

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA GRUPO FAMILIAR

Este formulario debe ser diligenciado única y exclusivamente por el asegurado. Los funcionarios de la aseguradora, intermediarios de seguros o instituciones financieras no deben diligenciarlo.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REV. Sep. 2022

F-004-02-23

DATOS GENERALES DE LA SOLICITUD																			
SUCURSAL		SUCURSAL BOGOTÁ			FECHA DE SOLICITUD			PRIMER APELLIDO O RAZÓN SOCIAL		DATOS DEL TOMADOR									
CIUDAD		BOGOTÁ			Día 23 Mes 1 Año 2018			UNIVERSIDAD DEL NORTE		SEGUNDO APELLIDO									
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		CC <input type="radio"/> C.E <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> No. _____ NIT - DÍGITO DE VERIFICACIÓN 8005678942 - 9			LUGAR DE EXPEDICIÓN			BOGOTÁ		CORREO ELECTRÓNICO									
TIPO		DIRECCIÓN			DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		TIPO		TELEFONO								
2		CALLE 197 A # 58 -96 EDIFICIO SUR 3			CUNDINAMARCA		BOGOTÁ		2		458-7963								
		TIPO: 1. RESIDENCIAL 2. LABORAL									CELULAR								
											(321) 654-7889								
DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE PRINCIPAL - (Obligatorio diligenciar los campos resaltados y marcados con *)																			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES COMPLETOS		* ESTATURA (m)		* PESO (Kg)		* EDAD		GÉNERO		FECHA DE NACIMIENTO					
MENDEZ		GIRALDO		LUIA FERNANDA		1.72		65		33		F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>		Día 3 Mes 1 Año 1985					
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		LUGAR DE EXPEDICIÓN			SALARIO			FECHA DE VIGENCIA DE PÓLIZA											
C.E <input type="radio"/> C.C. <input type="radio"/> Otro <input checked="" type="radio"/> PASAPORTE No. 456JKL7891133		BOGOTÁ			\$ 15.896.321			28		11		2011							
NIVEL EDUCATIVO				PROFESIÓN U OCUPACIÓN				CORREO ELECTRÓNICO											
Bachillerato <input type="radio"/> Técnico <input type="radio"/> Tecnólogo <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Postgrado <input type="radio"/> Otro <input checked="" type="radio"/> DIPLOMADO				GERENCIA EMPRESARIAL				LUISAMENDEZ@GMAIL.COM.CO											
ESTADO CIVIL			NO. HIJOS		TIPO DE VIVIENDA			ESTRATO											
Soltero <input type="radio"/> Unión libre <input type="radio"/> Casado <input checked="" type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/>			1		Propia <input checked="" type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Arriendo <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>			1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/>											
TIPO		DIRECCIÓN		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		TIPO		NUMERO DE TELEFONO									
2		CARRERA 7 NO. 26 - 14 OFICINA 324		CUNDINAMARCA		BOGOTÁ		2		479-6574									
1		CALLE 24 # 15 -62 TORRE 5		CUNDINAMARCA		BOGOTÁ		CELULAR		(321) 478-9655									
		TIPO: 1. RESIDENCIAL 2. LABORAL																	
TIPO DE PRODUCTO																			
PLAN SUPERIOR		VALOR ASEGURADO			VALOR PRIMA ANUAL			FORMA DE PAGO											
		\$ 25.000.000			\$ 138.785			Semestral <input type="radio"/> Anual <input checked="" type="radio"/>											
DATOS PERSONALES DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE DEL ASEGURADO - (Obligatorio diligenciar los campos resaltados y marcados con *)																			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES COMPLETOS		* ESTATURA (m)		* PESO (Kg)		* EDAD		GÉNERO		FECHA DE NACIMIENTO					
CAMACHO		AGUILAR		SERGIO ALEJANDRO		1.82		85		35		F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>		Día 16 Mes 1 Año 1982					
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		LUGAR DE EXPEDICIÓN			PROFESIÓN U OCUPACIÓN			SALARIO											
C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> No. 80435789		BOGOTÁ			INGENIERO CIVIL			\$ 17.895.000											
DIRECCIÓN RESIDENCIA			CIUDAD RESIDENCIA		TELÉFONO RESIDENCIA		CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL										
CALLE 24 # 15 -62 TORRE 5			BOGOTÁ		479-5623		(321) 478-8965		SERGIOCAMACHO@GMAIL.COM										
DIRECCIÓN DE TRABAJO			CIUDAD DE TRABAJO		TELÉFONO DEL TRABAJO		CORREO ELECTRÓNICO DEL TRABAJO												
CALLE 26 # 78 - 96 BLOQUE 7 - 615			BOGOTÁ		456-8924		SERGIO_CAMACHO@IDENTICOSIMAGEN.COM.ES												
PLAN BÁSICO		VALOR ASEGURADO			VALOR PRIMA ANUAL			TOTAL PRIMA DE GRUPO FAMILIAR											
		\$ 25.000.000			\$ 190.708			\$ 329.493											
PERSONAS A ASEGURAR (INCLUIR ASEGURADO PRINCIPAL EN EXEQUIAS) - (Obligatorio diligenciar los campos resaltados y marcados con *)																			
N°	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FECHA DE NACIMIENTO			* EDAD	* GENERO	ESTATURA (m)	PESO (Kg)						
					TIPO	NUMERO	Día	Mes	Año										
1	MENDEZ	GIRALDO	LUIA FERNANDA	AP	PAS.	456JKL7891133	3	1	1985	33	F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	1.70	60						
2	CAMACHO	AGUILAR	SERGIO ALEJANDRO	CO	C.C.	80435789	16	1	1982	35	F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>	1.82	82						
3											F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>								
4											F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>								
5			PROGENITORES CON COBRO DE PRIMA								F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>								
6	ACEBEDO	GIRALDO	MERCEDES	PA	C.C.	400256	6	3	1960	57	F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	1.65	61						
7	MENDEZ	PRIETO	CARLOS	PA	C.C.	385579	3	3	1960	70	F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>	1.75	80						
8											F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>								
Parentesco: Asegurado principal (AP), Cónyuge (CO), Hijos (HI), Padres (PA), (En caso de no existir los anteriores parentescos, puede incluir solo una de las siguientes opciones: Hermano (HM), Nieto (NI), Tío (TI) o Sobrino (SO)).																			
PLAN SUPERIOR: Prima adicional por cada progenitor		VALOR ASEGURADO PROGENITOR No. 1: \$ 27.692			VALOR ASEGURADO PROGENITOR No. 2: \$ 27.692			TOTAL VALOR ASEGURADO: \$ 55.384											
MEDIO DE PAGO																			
Autorizo a descontar de mi tarjeta de crédito <input checked="" type="radio"/> cuenta de ahorros <input type="radio"/> cuenta corriente <input type="radio"/> salario <input type="radio"/> la prima correspondiente al presente seguro de HDI Seguros S.A. de acuerdo del plan escogido, así mismo, autorizo la renovación mensual automática y el débito respectivo.																			
TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL SEGURO: EL NO pago de la prima en el tiempo establecido genera la terminación del contrato de conformidad con lo establecido en el artículo 1152 del código de comercio.																			
EXCLUSIONES: Según lo estipulado en las condiciones generales y particulares de la póliza																			
No. CUENTA O TARJETA		1234567891011213			FECHA DE VENCIMIENTO		MES 06 AÑO 2021		BANCO		UNIÓN DE EUROPA								
BENEFICIARIOS																			
ASEGURADO PRINCIPAL						CÓNYUGE													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES		PARENTESCO		%		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES		PARENTESCO		%	
ACEBEDO		GIRALDO		MERCEDES		MADRE		100		CAMACHO		OLIVEROS		JAIR		PADRE		45	
										AGUILAR				MARIA MERCEDES		MADRE		55	

CUESTIONARIO DE ESTADO DE SALUD

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA

VIGILADO

REV. Sep. 2022

F-004-02-23

PREGUNTA

SOLICITANTE

1 2 3 4 5 6 7 8

1. ¿Padece o ha padecido, le han diagnosticado o ha sido tratado o está siendo estudiado por: cualquier tipo de cáncer, tumores malignos, leucemias, linfomas, trastornos cardíacos, arritmias cardíacas, infartos o dolor torácico cardíacos, trastornos en las válvulas cardíacas, trastornos coronarios, aneurismas, malformaciones arteriovenosas cerebrales, hipertensión arterial de difícil tratamiento, eventos o derrames cerebrales o isquemias cerebrales, otros tumores o malformaciones cerebrales, trastornos neurológicos, del movimiento o de la sensibilidad, trastornos mentales, hepatitis B o C, diabetes, cirrosis, anemia falciforme, enfermedad poliquística renal, insuficiencia renal o trastornos renales crónicos, infección por VIH, trastornos de la coagulación, artritis, trastornos de las articulaciones o huesos o músculos, trastornos vasculares -de las arterias o venas-, malformaciones, enfermedades autoinmunes, enfermedades crónicas, alcoholismo, drogadicción, trastornos pulmonares o hepáticos crónicos, inmunodeficiencias, trasplantes previos? Si es mujer, ¿su mama y/o hermanas han sufrido de cáncer de seno? ¿Sufre usted y/o su familia de poliposis vellosa o adenomatosa familiar?	No	No						
2. ¿Fuma diariamente más de un (1) paquete de veinte (20) cigarrillos?	No	No						
3. ¿Ha padecido o tiene en la actualidad deficiencias o discapacidades, pérdida de órganos o miembros, trastornos articulares, del túnel carpiano, o del hombro, de la columna vertebral o de las rodillas, trastornos de la voz, mentales, depresión y/o ansiedad, trastornos postraumáticos, de los ojos u oídos, o ha sido declarado en estado de invalidez o en incapacidad permanente parcial? Está siendo estudiado o desea ser estudiado por una junta o comisión médica de estudio de invalidez?	No	No						
4. ¿Sufrir o recientemente se ha detectado o le han visto alguna condición que requiera de estudios, o por los que se encuentre en estudio médico o en espera de estudios o tratamientos médicos o por lo que se encuentra en tratamiento?	No	No						
5. ¿Sufrir de alguna enfermedad o trastorno no preguntado en el presente cuestionario?	No	No						
6. ¿Practica deportes peligrosos?	Si	Si						
7. ¿Está solicitando o tiene otro seguro de vida deudor en otras aseguradoras?	No	No						
8. ¿Ha recibido amenazas de secuestro o muerte o le han solicitado contribuciones para evitarlo?	No	No						
9. ¿Tiene usted o su cónyuge pólizas vigentes con con HDI Seguros S.A.?	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> ¿Por qué valor? _____							

AMPLIACIÓN: En caso de ser "SI" su respuesta para alguno de los solicitantes, por favor escribir el No. de pregunta y el No. del Solicitante correspondiente. Amplie su respuesta incluyendo el año, la causa, tipo de tratamiento, recaídas y estado actual.

Por favor diligencie el cuestionario en la parte de abajo.

Aseguradora :
Valor Asegurado:

AMPLIACIÓN: En caso de ser "SI" su respuesta para alguno de los solicitantes, por favor escribir el No. de pregunta y el No. del Solicitante correspondiente. Amplie su respuesta incluyendo el año, la causa, tipo de tratamiento, recaídas y estado actual.

Pregunta:	6	Solicitante:	1	Año:	2000	Explicación:	HE PRATICADO PARACAIDISMO EXTREMO
Pregunta:	6	Solicitante:	2	Año:	1998	Explicación:	HE PRACTICADO CICLOMONTAÑISMO EN EUROPA
Pregunta:		Solicitante:		Año:		Explicación:	
Pregunta:		Solicitante:		Año:		Explicación:	
Pregunta:		Solicitante:		Año:		Explicación:	
Pregunta:		Solicitante:		Año:		Explicación:	
Pregunta:		Solicitante:		Año:		Explicación:	
Pregunta:		Solicitante:		Año:		Explicación:	
Pregunta:		Solicitante:		Año:		Explicación:	
Pregunta:		Solicitante:		Año:		Explicación:	
Pregunta:		Solicitante:		Año:		Explicación:	
Pregunta:		Solicitante:		Año:		Explicación:	
Pregunta:		Solicitante:		Año:		Explicación:	
Pregunta:		Solicitante:		Año:		Explicación:	
Pregunta:		Solicitante:		Año:		Explicación:	
Pregunta:		Solicitante:		Año:		Explicación:	

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD PARA EL ASEGURADO (Leer antes de firmar)

Declaro en mi nombre que lo escrito en esta solicitud es verídico, exacto, completo y que no ejerzo una actividad al margen de la Ley. HDI Seguros S.A. se reserva todos los derechos que pueda asistirle en caso que en cualquier momento, se compruebe que esta declaración no corresponde a mi verdadero estado de salud u ocupación al momento de aceptarse el seguro (Código de Comercio Art. 1058 – 1158). En desarrollo del Art. 34 de la ley 23 de 1981, expresamente autorizo a HDI Seguros S.A. para tener acceso a mi historia clínica y a todos aquellos datos que en ellas se registren o lleguen a ser registrados. Autorizo igualmente a las instituciones prestadoras de salud o los médicos tratantes la entrega directa a HDI Seguros S.A. de esta información o segundas opiniones médicas, aún después de mi fallecimiento.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS

AUTORIZO de manera permanente e irrevocable a HDI con domicilio principal en la ciudad de Bogotá D.C., en la Carrera 7 No. 72 – 13 piso 8 y correo electrónico presidencia@hdi.com.co., y/o a cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de la sociedad antes mencionada o Compañía con la cual HDI tenga firmado un contrato para el tratamiento de datos personales, para que con fines estadísticos, comerciales y de información, procese, actualice, consulte, almacene, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad, la información derivada del presente contrato o la que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se hayan realizado con la Aseguradora o se realicen en el futuro, así como sobre novedades, referencias, manejo y demás servicios que surjan del contrato/póliza, que declaro conocer y aceptar en todas sus partes. Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular, ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos en la ley. De manera expresa, **AUTORIZO** el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y, autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados. Que he sido informado de las condiciones, las finalidades de la autorización y los derechos que le asisten al titular y responsable de la información entregada a la Aseguradora, los cuales se encuentran publicados en la Política y Procedimiento de Tratamiento de Datos de HDI Seguros que se encuentra publicada en <https://www.hdi.com.co/media/documents/politica-tratamiento-datos.pdf>, donde pueden ser consultadas constantemente. Así mismo, me fue informado que los cambios que se realicen a la misma serán publicados en el sitio web mencionado.

El solicitante declara que los datos suministrados en la presente solicitud son completamente verídicos, que no ha ocultado ninguna información que afecte el concepto de gravedad del riesgo o que pueda influenciar la decisión de la compañía respecto a esta solicitud, que conviene en aceptar una póliza sujeta a los términos y condiciones normales de la compañía y en pagar la prima correspondiente. Declara además que los activos que posee y en particular los que son objeto de esta solicitud de seguro, y los ingresos y egresos generados por la actividad que desarrolla, no provienen ni tienen vínculo alguno con actividades ilícitas. Declaro que conozco las condiciones del seguro ofrecido por la Compañía y sé que están publicadas permanentemente para mi consulta, en el sitio web www.hdi.com.co

Declaro que este formulario ha sido diligenciado por mí, en mi condición de Tomador/Asegurado o por un Tercero con mi autorización y conocimiento, como constancia de haber leído, entendido y aceptado todo el documento, firmó y dejó huella en el presente documento.

Se firma el presente, en la ciudad de BOGOTÁ a los VENTITRÉS (23) días del mes de ENERO de 2018.

OBSERVACIONES DE LA COMPAÑÍA	FIRMA DEL INTERMEDIARIO	FIRMA DEL ASEGURADO PRINCIPAL	FIRMA CÓNYUGE
	Clave No. _____		

HUELLA INDIJE DERECHO

HUELLA INDIJE DERECHO