

SOLICITUD PARA ASISTENCIA EXEQUIAL

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

VIGILADO

REV. Sep. 2022

DATOS GENERALES DE LA SOLICITUD

SUCURSAL	BOGOTÁ	FECHA DE SOLICITUD			DATOS DEL TOMADOR		
		PRIMER APELLIDO O RAZÓN SOCIAL	SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES COMPLETOS		
CIUDAD	BOGOTÁ	Día	Mes	Año	CAMACHO	CAMARGO	CARLOS PATRICK
TIPO DE PERSONA		DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				LUGAR DE EXPEDICIÓN	
Natural <input type="radio"/> Jurídica <input checked="" type="radio"/>		No. <input type="radio"/> C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>				NIT - DÍGITO DE VERIFICACIÓN 800256789 - 8	
DIRECCIÓN DE COBRO				TELÉFONO			
TIPO	DIRECCIÓN	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TIPO	TELÉFONO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
2	CALLE 24 B BIS # 65 A - 15 BL 8 OFI 4	CUNDINAMARCA	BOGOTÁ	3	477-8956	(315) 896-5641	CAMACHO78@GMAIL.COM.CO
TIPO: 1 OFICINA PRINCIPAL 2: COMERCIAL 3: DOMICILIO 4: OTRA				TIPO: 1 OFICINA PRINCIPAL 2: COMERCIAL 3: DOMICILIO 4: OTRO			

DATOS GENERALES DEL ASEGURADO PRINCIPAL - (Obligatorio diligenciar los campos resaltados y marcados con *)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES COMPLETOS	*ESTATURA (mts)	* PESO (Kg)	GÉNERO	FECHA DE NACIMIENTO		
CAMARGO	ALFONSO	CAMILO ANDRÉS	1.89	82	F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>	Día	Mes	Año
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		LUGAR DE EXPEDICIÓN	SALARIO		FECHA DE INGRESO/MOD.			
No. 80.452.582LKJ		BARRANQUILLA	\$ 40.162.378		Día	Mes	Año	
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		DIRECTOR FINANCIERO	CAMILO_DIAZ78@GMAIL.COM					
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"/>		1	Propia <input checked="" type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Arriendo <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>		1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input checked="" type="radio"/> 6 <input type="radio"/>			
TIPO	DIRECCIÓN	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TIPO	NÚMERO DE TELÉFONO			
3	CALLE 125 # 21 A - 27 CASA 9	CUNDINAMARCA	BOGOTÁ	3	478-9319			
TIPO: 1 OFICINA PRINCIPAL 2: COMERCIAL 3: DOMICILIO 4: OTRA				CELULAR	(315) 647-7013			
TIPO: 1 OFICINA PRINCIPAL 2: COMERCIAL 3: DOMICILIO 4: OTRA				TIPO: 1 OFICINA PRINCIPAL 2: COMERCIAL 3: DOMICILIO 4: OTRA				

INFORMACIÓN DEL SEGURO AL CUAL ACCEDE

Plan Escogido: Plan Premiun Plan Superior Forma de Pago: Anual Mensual Valor prima estimada \$ 2.001.587

PERSONAS A INCLUIR EN LA ASISTENCIA EXEQUIAL

N°	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		CONTINUIDAD		FECHA DE NACIMIENTO			GÉNERO		
					TIPO	NÚMERO	SI	NO	DESDE	Día	Mes	Año	M	F
1	CAMARGO	ALFONSO	CAMILO ANDRÉS	AP	C.C	80.452.582LKJ	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	12 MAYO DE 2017	9	11	1983	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	MAYORGA	SALAZAR	JENNY CAROLINA	CO	C.C	52.135.402	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	12 MAYO DE 2017	16	5	1988	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
3	CAMARGO	MAYORGA	VALENTINA XIMENA	HI	R.C.	11.742.845	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	12 MAYO DE 2017	30	9	2016	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
4	CAMARGO	MONSALVE	CARLOS FELIPE	PA	C.C	402.589	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	12 MAYO DE 2017	6	3	1950	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	PRIETO	ALFONSO	GRACIELA	PA	C.C	550.689	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	12 MAYO DE 2017	30	7	1961	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

PERSONAS ADICIONALES A INCLUIR EN LA ASISTENCIA EXEQUIAL

N°	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		CONTINUIDAD		FECHA DE NACIMIENTO			GÉNERO		
					TIPO	NÚMERO	SI	NO	DESDE	Día	Mes	Año	M	F
6	MAYORGA	SALAZAR	CARMEN	CU	C.C	53.138.415	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		26	9	1997	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
7							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PARENTESCO ASEGURADO PRINCIPAL (AP), HIJOS (HI), PADRES (PA), HERMANOS (HM), ABUELOS (AB), SUEGROS (SU), NIETOS (NI), TÍOS (TI), SOBRINOS (SO), CÓNYUGE (CO), CUÑADOS (CU), PRIMOS (PR), YERNO (YE), NUERA (NU), EMPLEADA DOMÉSTICA (EDO).

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS PARA EL SEGURO DE VIDA

ASEGURADO PRINCIPAL									
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	%	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	%
MAYORGA	SALAZAR	JENNY CAROLINA	CO	40	PRIETO	ALFONSO	GRACIELA	PA	30
CAMARGO	MONSALVE	CARLOS FELIPE	PA	30					

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, firmé y dejo huella en el presente documento.

Se firma el presente, en la ciudad de **BOGOTÁ** a los **VEINTE (20)** días del mes de **SEPTIEMBRE** de **2017**

OBSERVACIONES DE LA COMPAÑÍA	FIRMA DEL INTERMEDIARIO		FIRMA SOLICITANTE PRINCIPAL	
	Clave No.		C.C. No.	

HUELLA INDICE DERECHO