

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SOLICITUD						
SUCURSAL	FECHA DILIGENCIAMIENTO			TOMADOR:		CIUDAD:
	Día	Mes	Año	NIT:	DIGITO DE VERIFICACIÓN:	TÉLEFONO:
				DIRECCIÓN DE COBRO:		

ASEGURADO PRINCIPAL						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES		TIPO DOCUMENTO: C.C C.E Otro _____	
					N° DOCUMENTO: _____ DE _____	
DIRECCIÓN DOMICILIO			DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TELÉFONO	
DIRECCIÓN TRABAJO			DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TELÉFONO	
CARGO	SEXO	ESTADO CIVIL		PROFESIÓN U OCUPACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	
	F M	Separado Unión libre			Día Mes Año	Día Mes Año
		Casado Soltero Viudo				

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS: En caso de fallecimiento, designo como beneficiarios a las personas que se relacionan a continuación:
 Las personas que figuran como beneficiarios son de libre designación.
 Los porcentajes son de libre designación y deben sumar 100%.
 Para efectos del pago de la indemnización, se tendrán en cuenta únicamente las personas aquí designadas.
 En caso de tener que realizar el pago del seguro de vida a un beneficiario menor de edad, este pago se hará a su representante Legal que para efectos de la ley será el padre o la madre o los dos, o a menos que exista fallo judicial anterior a la fecha de fallecimiento del empleado que designe representante legal diferente.
 En caso de no designar beneficiarios, el pago del seguro de vida se efectuará a los beneficiarios de ley, previo proceso de sucesión.
 Los beneficiarios registrados en este formulario podrán ser cambiados por el empleado cuando lo considere necesario, diligenciando este mismo formulario y entregándolo a recursos humanos, para archivo en la hoja de vida.

BENEFICIARIOS									
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	%	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	%

AUTORIZACIÓN DEL GRUPO ASEGURADO

EN DESARROLLO DEL ARTÍCULO 34 DE LA LEY 23 DE 1981, AUTORIZO EXPRESAMENTE A HDI SEGUROS S.A, PARA TENER ACCESO A MIS HISTORIAS CLÍNICAS Y A TODOS AQUELLOS DATOS QUE EN ELLAS SE REGISTREN O LLEGUEN A SER REGISTRADOS. AUTORIZO IGUALMENTE A LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD O A LOS MÉDICOS TRATANTES LA ENTREGA DIRECTA A HDI SEGUROS S.A DE ESTA INFORMACIÓN O SEGUNDAS OPINIONES MÉDICAS, AÚN DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO.

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, firmo y dejo huella en el presente documento.
 Se firma el presente, en la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ de _____.

HDI SEGUROS S.A.	FIRMA DEL INTERMEDIARIO CLAVE:	FIRMA DEL SOLICITANTE PRINCIPAL C.C. No.	HUELLA INDICE DERECHO

F-004-02-22
REV. Sep. 2022