

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

F-004-02-08

REV. Sep. 2022

FORMA GCV 13-5609-16

DATOS GENERALES DE LA SOLICITUD

SUCURSAL	FECHA SOLICITUD			DATOS DEL TOMADOR			
	Día	Mes	Año	RAZÓN SOCIAL	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN	
CIUDAD				NIT _____ - _____ (Diligenciar No. NIT y Dígito de Verificación)			
DIRECCIÓN				TELÉFONO			
TIPO	DIRECCIÓN	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TIPO	TELÉFONO	TIPO	CELULAR
Tipo: 1. Oficina principal 2. Comercial 3. Representante legal 4. Domicilio 5. Otra				Tipo: 1. Oficina principal 2. Comercial 3. Representante legal 4. Domicilio 5. Fax 6. Otra			

DATOS PERSONALES ASEGURADO PRINCIPAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES		FECHA DE NACIMIENTO				
				Día	Mes	Año		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			LUGAR DE EXPEDICIÓN	GÉNERO	SALARIO		FECHA DE INGRESO/MOD.	
C.C. C.E. Otro _____ No. _____				F M			Día Mes Año	
NIVEL EDUCATIVO				PROFESIÓN U OCUPACIÓN				
Bachillerato	Técnico	Tecnólogo	Profesional	Postgrado	Otro			
ESTADO CIVIL			NO. HIJOS	TIPO DE VIVIENDA				
Soltero	Unión libre	Casado	Separado	Viuvo	Propia	Familiar	Arriendo	Otra
TIPO DE PERSONA		ESTRATO			CORREO ELECTRÓNICO			
Natural	Jurídica	1	2	3	4	5	6	
TIPO	DIRECCIÓN	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TIPO	NÚMERO DE TELÉFONO			
					CELULAR			
Tipo: 1. Oficina principal 2. Comercial 3. Representante legal 4. Domicilio 5. Otra				Tipo: 1. Oficina principal 2. Comercial 3. Representante legal 4. Domicilio 5. Fax 6. Otra				

INFORMACIÓN DEL SEGURO - (Obligatorio diligenciar los campos resaltados y marcados con *)

* MÓDULO	COBERTURAS	ASEGURADO PRINCIPAL		CÓNYUGUE		HIJO		PADRES	
		PLAN	VALOR ASEGURADO	PLAN	VALOR ASEGURADO	PLAN	VALOR ASEGURADO	PLAN	VALOR ASEGURADO
VIDA	Vida								
	Incapacidad Total y Permanente								
	Enfermedades Graves como Anticipo								
	Renta para Gastos de Hogar por 12 meses								
	Auxilio de Exequias								
Asegurado principal cónyuge									
Accidentes Personales	Muerte Accidental (Suma Única)								
	Invalidez por Accidente (Suma Única)								
	Desmembración (Según Tabla) Hasta								
	Renta para Gastos de Estudio por 12 meses (por C/hijo menor 18 años)								
	Asistencia por Emergencia Oftalmológica*								
Progenitores hasta 60 años									
Renta Hospitalaria	Renta Diaria Por Hospitalización								
	Renta Diaria Por Uci								
	Renta Diaria Post Hospitalaria								
	Cirugía Ambulatoria								
	Auxilio Por Maternidad								
Asegurado principal cónyuge (18 a 60 años)									
Hijos (1 a 25 años)									
Progenitores (hasta 60 años)									

(*) Grupo Familiar Básico para Asistencia Oftalmológica: Solteros: Asegurado Principal, Hijos ó hermanos menores de 35 años y Padres menores de 65 años
Casados: Asegurado Principal, Cónyuge, Hijos menores de 25 años y Padres menores de 65 años

INFORMACIÓN DEL GRUPO ASEGURADO - (Obligatorio diligenciar los campos resaltados y marcados con *)

No.	PA	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FECHA DE NACIMIENTO			* ESTATURA (mts)	* PESO (Kg)	PRIMA SEGÚN FORMA DE PAGO
					TIPO	NÚMERO	Día	Mes	Año			
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												

Parentesco: Asegurado principal (AP), Hijos (HI), Padres (PA), Cónyuge (CO).	FORMAS DE PAGO				PRIMA TOTAL GRUPO FAMILIAR SEGÚN FORMA DE PAGO
	Anual	Semestral	Mensual	Otro _____	

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS

ASEGURADO PRINCIPAL					CÓNYUGUE(CO) / PADRES(PA)					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	%	CO/PA	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	%

MEDIO DE PAGO

Autorizo a descontar de mi Tarjeta de Crédito _____, Cuenta de Ahorros _____, Cuenta Corriente _____, Salario _____ la prima correspondiente al presente seguro de HDI Seguros S.A., de acuerdo con el 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 art.1152 del código de comercio

EXCLUSIONES: Según lo estipulado en las condiciones generales y particulares de la póliza

N° CUENTA _____	FECHA DE VENCIMIENTO	Día	Mes	Año	BANCO _____
-----------------	----------------------	-----	-----	-----	-------------

CUESTIONARIO DE ESTADO DE SALUD PARA EL GRUPO ASEGURADO

PREGUNTA	SOLICITANTE								EXPLICACIÓN: 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, explicando su respuesta.
	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?									Pregunta: Solicitante: Explicación:
2. ¿Fuma diariamente más de un (1) paquete de veinte (20) cigarrillos?									Pregunta: Solicitante: Explicación:
3. ¿Ha padecido o tiene en la actualidad deficiencias funcionales o pérdidas de órganos o miembros, trastornos articulares, carpianos, hombro, de la columna, trastornos de la voz, postraumáticos, mentales, ansiedad, depresión, trastornos en ojos u oídos, o ha sido declarado en estado de invalidez o en incapacidad permanente parcial? Esta siendo estudiado o desea ser estudiado por una Junta o comisión médica de estudio de invalidez?									Pregunta: Solicitante: Explicación:
4. ¿Sufre 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 y/o tratamientos médicos?									
5. ¿Sufre de alguna enfermedad o trastorno no preguntado en el presente cuestionario?									Pregunta: Solicitante: Explicación:
6. ¿Practica deportes peligrosos?									
7. ¿Está solicitando o tiene otro seguro de vida deudor en otras aseguradoras? Si su respuesta es "SI" por favor indique en cuál Aseguradora y el valor asegurado.									
8. ¿Ha recibido amenazas de secuestro o muerte o le han solicitado contribuciones para evitarlo?									
9. ¿Tiene usted o su cónyuge otras pólizas vigentes con HDI Seguros?									SI NO ¿Por qué valor? _____

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 DE 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 _____ a los _____ días del mes de _____ de _____.

				FECHA DILIGENCIAMIENTO		
				Día	Mes	Año
Nombre y firma del promotor	Firma autorizada HDI Seguros	Firma del asegurado principal	Huella índice derecho	Hora		
				a.m	p.m	