HDI SEGUROS S.A.
NIT 860.004.875-6

SOLICITUD SEGURO DE VIDA GRUPO Y/O ACCIDENTES PERSONALES

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SUCURSAL				TOMADOR:		CIUDAD:
FECHA SOLICITUD	Día	Mes	Año	NIT O C.C:	DIGITO DE VERIFICACIÓN NIT:	TELÉFONO:
				DIRECCIÓN:		

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO Día	Mes	Año

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	LUGAR DE EXPEDICIÓN	GÉNERO	FECHA DE INGRESO/MOD. Día	Mes	Año
C.C. C.E. Otro _____ No. _____		F M			

NIVEL EDUCATIVO	CORREO ELECTRÓNICO
Bachillerato Técnico Tecnólogo Profesional Postgrado Otro _____	

ESTADO CIVIL	NO. HIJOS	PROFESIÓN U OCUPACIÓN	* PESO (Kg)	* ESTATURA (mts)
Soltero Unión libre Casado Separado Viudo				

TIPO DE VIVIENDA	ESTRATO	SALARIO	SUMA ASEGURADA
Propia Familiar Arriendo Otra _____	1 2 3 4 5 6		

TIPO	DIRECCIÓN	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TIPO	NÚMERO DE TELÉFONO
				CELULAR	

Tipo dirección: 1: Comercial 2: Domicilio 3: Otro — Tipo teléfono: 1: Comercial 2: Domicilio 3: Otra

TIPO DE PRODUCTO

Vida Grupo	Vida Grupo	Accidentes Personales	Individual a Primera Pérdida
	Vida Grupo Deudor		Colectiva
	Vida Grupo a Primera Pérdida	Otro (especificar):	

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS : En caso de fallecimiento designo como beneficiario a las personas que relaciono a continuación:
Recuerde que el porcentaje puede ser distribuido entre varios beneficiario, de tal forma que éstos sumen el 100%

BENEFICIARIOS

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

CUESTIONARIO ESTADO DE SALUD

Si alguna respuesta es afirmativa, indique diagnóstico, fecha, tratamiento y estado actual.

PREGUNTA	SI	NO	EXPLICACIÓN
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 cardiacos, arritmias cardiacas, infartos o dolor torácico cardiacos, trastornos en las válvulas cardiacas, trastornos coronarios, aneurismas, malformaciones arteriovenosas cerebrales, hipertensión arterial de difícil tratamiento, eventos o derrames cerebrales o isquemias cerebrales, trastornos neurológicos crónicos, 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, trastornos osteoarticulares, trastornos vasculares, malformaciones, enfermedades autoinmunes, enfermedades crónicas, alcoholismo, drogadicción, trastornos pulmonares o hepáticos crónicos, inmunodeficiencias, trasplantes previos? ¿Si es mujer, dos (2) miembros del núcleo familiar, –madre, hermanas-, han padecido cáncer de seno?¿Sufre usted y/o su familia el trastorno hereditario dislipidemia familiar o de poliposis vellosa o adenomatosa familiar?			
2. ¿Fuma diariamente más de un (1) paquete de veinte (20) cigarrillos?			
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?			
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 o tratamientos médicos?			
5. ¿Sufre de alguna enfermedad o trastorno no preguntado en el presente cuestionario?			
6. ¿Practica deportes peligrosos?			
7. ¿Está solicitando o tiene otro seguro de vida deudor en otras aseguradoras?			**Aseguradora :** **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 S.A.?			**¿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, firmó 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	TOMADOR	FIRMA DEL SOLICITANTE PRINCIPAL C.C. No.	HUELLA ÍNDICE DERECHO

Entiéndase "HDI Seguros" como HDI Seguros S.A.