SOLICITUD DE SEGURO VIDA GRUPO FAMILIAR

HDI SEGUROS DE VIDA S.A.
NIT 860.010.170-7

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. JUL.2019

F-004-02-23

DATOS GENERALES DE LA SOLICITUD

SUCURSAL		FECHA DE SOLICITUD			DATOS DEL TOMADOR		
		Día	Mes	Año	PRIMER APELLIDO O RAZON SOCIAL	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES COMPLETOS
CIUDAD							

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN	CORREO ELECTRÓNICO
CC ○ C.E ○ Otro ○ _____ No._____ ○ NIT - DIGITO DE VERIFICACIÓN _____ - ___		

TIPO	DIRECCIÓN	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TIPO	TELÉFONO	CELULAR

TIPO :1. RESIDENCIAL 2.LABORAL — TIPO : 1. RESIDENCIAL 2.LABORAL

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
						F ○ M ○	Día / Mes / Año

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN	SALARIO	FECHA DE VIGENCIA DE PÓLIZA
C.E ○ C.C ○ Otro ○ _____ No. _____			Día / Mes / Año

NIVEL EDUCATIVO	PROFESIÓN U OCUPACIÓN	CORREO ELECTRÓNICO
Bachillerato ○ Técnico ○ Tecnólogo ○ Profesional ○ Postgrado ○ Otro ○ _____		

ESTADO CIVIL	NO. HIJOS	TIPO DE VIVIENDA	ESTRATO
Soltero ○ Unión libre ○ Casado ○ Separado ○ Viudo ○		Propia ○ Familiar ○ Arriendo ○ Otra ○ _____	1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○

TIPO	DIRECCIÓN	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TIPO	NUMERO DE TELEFONO
				CELULAR	

TIPO :1. RESIDENCIAL 2.LABORAL — TIPO :1. RESIDENCIAL 2.LABORAL

TIPO DE PRODUCTO

	VALOR ASEGURADO	VALOR PRIMA ANUAL	FORMA DE PAGO
PLAN SUPERIOR			Semestral ○ Anual ○

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
						F ○ M ○	Día / Mes / Año

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN	PROFESIÓN U OCUPACIÓN	SALARIO
C.E ○ C.C. ○ Otro ○ _____ No. _____			

DIRECCIÓN RESIDENCIA	CIUDAD RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL

DIRECCIÓN DE TRABAJO	CIUDAD DE TRABAJO	TELÉFONO DEL TRABAJO	CORREO ELECTRÓNICO DEL TRABAJO

	VALOR ASEGURADO	VALOR PRIMA ANUAL	TOTAL PRIMA DE GRUPO FAMILIAR
PLAN BÁSICO			

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	NÚMERO	Día	Mes	Año				
1											F ○ M ○		
2											F ○ M ○		
3											F ○ M ○		
4											F ○ M ○		
5											F ○ M ○		
6											F ○ M ○		
7											F ○ M ○		
8											F ○ M ○		

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:	VALOR ASEGURADO PROGENITOR No. 2:	TOTAL VALOR ASEGURADO:

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 de Vida 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	FECHA DE VENCIMIENTO	MES	AÑO	BANCO

BENEFICIARIOS

ASEGURADO PRINCIPAL					CÓNYUGE				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	%	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	%

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

CUESTIONARIO DE ESTADO DE SALUD

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 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, 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?								
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 o por lo que se encuentra en tratamiento?								
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?								
8. ¿Ha recibido amenazas de secuestro o muerte o le han solicitado contribuciones para evitarlo?								

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. Amplíe 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:

9. ¿Tiene usted o su cónyuge pólizas vigentes con HDI Seguros de Vida S.A.? SI ◯ NO ◯ ¿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. Amplíe su respuesta incluyendo el año, la causa, tipo de tratamiento, recaídas y estado actual.

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:
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 de Vida 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 de Vida 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 de Vida 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 las Aseguradoras HDI Seguros de Vida S.A. y/o HDI Seguros S.A. para la compañia de Generales, en adelante llamadas "HDI Seguros", las cuales tienen los siguientes datos de contacto: domicilio principal ubicado en Bogotá D.C., en la Carrera 7 No. 72 – 13 piso 8 y correo electrónico presidencia@hdi.com.co., y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de la sociedad antes mencionada o Compañía con la cual HDI Seguros 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(s) Aseguradora(s) 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 legalmente. 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(s) Aseguradora(s), los cuales se encuentran publicados en la Política y Procedimiento de Protección de Datos de HDI Seguros que se encuentra en www.hdi.com.co / Atención Al Cliente/ Protección de Datos, 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 _____.

OBSERVACIONES DE LA COMPAÑÍA			
	FIRMA DEL INTERMEDIARIO Clave No. _____	FIRMA DEL ASEGURADO PRINCIPAL C.C. No.	HUELLA ÍNDICE DERECHO
		FIRMA CÓNYUGE C.C. No.	HUELLA ÍNDICE DERECHO

REV. JUL.2019

F-004-02-23