

CUESTIONARIO DE ESTADO DE SALUD

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA

VIGILADO

REV. Sep. 2022

F-004-02-23

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 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 mamá y/o hermanas han sufrido de cáncer de seno? ¿Sufriría 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. ¿Sufriría 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. ¿Sufriría 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?								
9. ¿Tiene usted o su cónyuge pólizas vigentes con HDI Seguros S.A.?								

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. Amplie 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:

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. Amplie 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 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, 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	FIRMA DEL ASEGURADO PRINCIPAL	FIRMA CÓNYUGE
	Clave No. _____		