HDI SEGUROS S.A.
NIT 860.004.875-6

SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD

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

DATOS GENERALES DE LA SOLICITUD

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

TIPO DE PERSONA	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN	CORREO ELECTRÓNICO
Natural ◯ Jurídica ◯	CC ◯ C.E ◯ Otro ◯ _____ No. _____ ◯ NIT - DIGITO DE VERIFICACIÓN _____ - ___		

DIRECCIÓN DE COBRO				TELÉFONO		
TIPO	DIRECCIÓN	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TIPO	TELÉFONO	CELULAR

TIPO :1 OFICINA PRINCIPAL2 :COMERCIAL 3: DOMICILIO 4: OTRA — TIPO : 1 OFICINA PRINCIPAL 2 : COMERCIAL 3: DOMICILIO 4: OTRO

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES COMPLETOS	* ESTATURA (m)	* PESO (Kg)	GÉNERO	FECHA DE NACIMIENTO		
					F ◯ M ◯	Día	Mes	Año

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN	SALARIO
◯ C.E ◯ C.C. ◯ Otro _____ No. _____		

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	NÚMERO DE TELÉFONO
				CELULAR	

TIPO :1 OFICINA PRINCIPAL 2 :COMERCIAL 3: DOMICILIO 4: OTRA — TIPO :1 OFICINA PRINCIPAL 2 :COMERCIAL 3: DOMICILIO 4 : OTRA

TIPO DE PRODUCTO

	Plan	Amparos Adicionales	Forma de Pago	Inicio de Vigencia del Grupo Asegurado
◯ Colectivo ◯ Individual ◯ Otro	☐ Básico ☐ Superior ☐ Premium ☐ Otro _____	☐ Consulta Externa en Red ☐ Consulta Externa fuera de Red	Semestral ◯ Anual ◯ Mensual ◯	Día / Mes / Año

PERSONAS A ASEGURAR (INCLUIR ASEGURADO PRINCIPAL SI DESEA SER ASEGURADO) - (Obligatorio permanecer afiliado al regimen contributivo de Salud (EPS), diligenciar los campos resaltados y marcados con *)

Nº	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FECHA DE NACIMIENTO			* ESTATURA (m)	* PESO (Kg)	EPS EN LA QUE ESTÁ ACTIVO PARA EL POS
					TIPO	NÚMERO	Día	Mes	Año			
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												

PARENTESCO: ASEGURADO PRINCIPAL (AP), HIJOS (HI), PADRES (PA), HERMANOS (HM), ABUELOS (AB), SUEGROS (SU), NIETOS (NI), TÍOS (TI), SOBRINOS (SO), CÓNYUGE (CO), CUÑADOS (CU), PRIMOS (PR), YERNO (YE), NUERA (NU), EMPLEADA DOMÉSTICA (EDO).

CUESTIONARIO DE ESTADO DE SALUD

Conteste SI o NO a cada una de las preguntas para cada uno de los solicitantes de seguro. Para las respuestas afirmativas por favor escribir en el espacio indicado, el número del solicitante, el número de pregunta y la explicación. Para las preguntas 1 a 4, relacione la causa de la hospitalización o el nombre la cirugía o su causa, fecha aproximada del evento, recaídas, si es el caso, especificar si la lesión fue izquierda o derecha en la columna de explicación.

CUESTIONARIO DE ESTADO DE SALUD

PREGUNTA	SOLICITANTE 1	2	3	4	5	6	7	8
1. ¿Ha sido hospitalizado alguna vez? ¿Por qué razón?								
2. Nombre los medicamentos que toma actualmente y su razón médica								
3. ¿Le han practicado exámenes o estudios médicos especiales? ¿Por qué razón?								
4. ¿Ha tenido alguna intervención quirúrgica?								
5. ¿Tiene o ha tenido trastornos arteriales o venosos, trombosis, embolias, aneurismas, malformaciones arteriovenosas otros?								
6. ¿Tiene o ha tenido juanetes?								
7. ¿Tiene o ha tenido várices? ¿Sufre de hemorroides?								
8. ¿Tiene o ha sufrido hernias? (indique dónde).								
9. ¿Tiene o ha sufrido de cálculos biliares o renales?								
10. ¿Sufre o ha sufrido de fibromialgia, artritis, trastornos osteoarticulares, autoinmunes, del colágeno o trastornos de la coagulación?								
11. ¿Tiene o ha sufrido de úlcera gástricas o duodenales? ¿Trastornos de mala absorción intestinal o pancreatitis?								
12. ¿Tiene o ha tenido desviaciones en el tabique nasal o traumas nasales, cirugías previas?								
13. ¿Tiene o ha tenido en los ojos pterigión, cataratas, estrabismo, glaucoma, trastornos de la retina, otros? ¿Usa gafas? ¿Causas?								
14. ¿Sufre de malformación congénita, enfermedad genética, adquirida o alguna discapacidad?								
15. ¿Sufre o ha sufrido de trastornos neurológicos? ¿Trastornos de la movilidad o sensibilidad?								
16. ¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad cardiaca? ¿Es hipertenso?								
17. ¿Sufre o ha sufrido de trastornos de la sangre, del colágeno, pulmonares, pancreáticos, hepáticos o renales?								
18. ¿Sufre alteraciones de azúcar en la sangre? ¿Sufre de diabetes?								
19. ¿Ha tenido pérdida súbita de conocimiento? ¿Ha convulsionado alguna vez? ¿trastornos psiquiátricos?								
20. ¿Ha padecido de trombosis o derrame cerebral?								
21. ¿Ha sufrido o sufre de cirrosis hepática, hepatitis tipo "B" o "C" o cualquier otro tipo de hepatitis?								

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, estado actual e indique la parte del cuerpo comprometida (Derecha, Izquierda, Ambas)

Pregunta: ____ Solicitante: ____ Año: ____

Explicación:

CUESTIONARIO DE ESTADO DE SALUD

PREGUNTA	SOLICITANTE 1	2	3	4	5	6	7	8
22. ¿Tiene o ha tenido problemas con su columna, hombros, caderas o rodillas? (indique cuál).								
23. ¿Ha tenido alguna fractura o le han operado alguna vez por una fractura o por ligamentos?								
24. ¿Tiene o ha tenido verrugas, tumores de piel benignos o malignos?								
25. ¿Presenta o ha presentado trastornos ginecológicos o dolores crónicos abdominopélvicos?								
26. ¿Le han diagnosticado alguna vez algún tipo de cáncer, leucemia, linfoma, trastorno mielodisplásico?								
27. Si es fumador ¿Cuántos cigarrillos al día? ( ) ¿Desde hace cuántos años? ( )								
28. ¿Es ex fumador? ¿hace cuántos años? ( )								
29. ¿Padece anomalía alguna de la próstata?								
30. ¿Tiene prótesis dentales o cualquier otra prótesis?								
31. ¿Se ha sometido o le han sugerido la práctica del examen para el diagnóstico del SIDA? ¿Resultado?								
32. ¿Ha padecido alguna enfermedad que no esté mencionada en este cuestionario?								
33. ¿Sufre de síntomas o alguna enfermedad próxima a ser tratada que requiera de estudios o que se encuentre en proceso de estudio?								
34. ¿Presenta actualmente secuelas por accidentes o enfermedades previas? ¿Amputaciones?								
35. ¿Ha sido rechazado, extraprimado o limitado en algún otro seguro?								
36. ¿Practica algún deporte específico? (Diga cuál en orden de importancia).								
37. ¿Participa en competencias de los deportes mencionados con carácter profesional?								
38. ¿Tiene actualmente otra póliza de seguro de salud, accidentes personales o plan de medicina prepagada?								
EN CASO DE SER MUJER — 39. ¿Cuántos partos normales ha tenido? ¿Cuántas cesáreas? ¿Cuántos abortos?								
40. ¿Está usted embarazada actualmente?								
41. ¿Le han detectado algún tumor o quiste en la matriz u ovarios?								
42. ¿Un médico o usted ha detectado alguna masa o endurecimiento en sus senos?								

Nombre de la compañía

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, estado actual e indique la parte del cuerpo comprometida (Derecha, Izquierda, Ambas)

Pregunta: Solicitante: Año: Explicación:

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, estado actual e indique la parte del cuerpo comprometida (Derecha, Izquierda, Ambas).

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:

PARA USO EXCLUSIVO DE HDI SEGUROS S.A.

SELECCIÓN TÉCNICA

SELECCIÓN MÉDICA

OBSERVACIONES

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

Clave No.

FIRMA SOLICITANTE PRINCIPAL

C.C. No.

HUELLA ÍNDICE DERECHO

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO
REV. Sep. 2022
F-004-02-09