

SOLICITUD PARA ASISTENCIA EXEQUIAL

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

REV. Sep. 2022

F-004-02-07

DATOS GENERALES DE LA SOLICITUD

SUCURSAL	CIUDAD	FECHA DE SOLICITUD			DATOS DEL TOMADOR		
		Día	Mes	Año	PRIMER APELLIDO O RAZÓN SOCIAL	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES COMPLETOS
TIPO DE PERSONA		DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				LUGAR DE EXPEDICIÓN	
Natural	Jurídica	C.C.	C.E	Otro	No.	NIT - DIGITO DE VERIFICACIÓN	-
TIPO		DIRECCIÓN DE COBRO		DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TIPO	TELÉFONO
							CELULAR
							CORREO ELECTRÓNICO

TIPO : 1 OFICINA PRINCIPAL 2 : 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 (mts)	* PESO (Kg)	GÉNERO	FECHA DE NACIMIENTO		
					F M	Día	Mes	Año
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		LUGAR DE EXPEDICIÓN	SALARIO		FECHA DE INGRESO/MOD.			
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	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

INFORMACIÓN DEL SEGURO AL CUAL ACCEDE

Plan Escogido:	Plan Premiun	Plan Superior	Forma de Pago:	Anual	Mensual	Valor prima estimada \$	
----------------	--------------	---------------	----------------	-------	---------	-------------------------	--

PERSONAS A INCLUIR EN LA ASISTENCIA EXEQUIAL

N°	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		CONTINUIDAD		FECHA DE NACIMIENTO			GÉNERO		
					TIPO	NÚMERO	SI	NO	DESDE	Día	Mes	Año	M	F
1														
2														
3														
4														
5														

PERSONAS ADICIONALES A INCLUIR EN LA ASISTENCIA EXEQUIAL

N°	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		CONTINUIDAD		FECHA DE NACIMIENTO			GÉNERO		
					TIPO	NÚMERO	SI	NO	DESDE	Día	Mes	Año	M	F
6														
7														
8														
9														
10														

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).

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS PARA EL SEGURO DE VIDA

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

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 dejó 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 SOLICITANTE PRINCIPAL	
	Clave No.		C.C. No.	

FUELLA INDICE DERECHO