HDI SEGUROS DE VIDA S.A.

NIT 860.010.170-7

crezcamos — Juntos, un paso adelante

SOLICITUD SEGURO DE VIDA GRUPO Y/O ACCIDENTES PERSONALES

SUCURSAL	FECHA	Tomador CREZCAMOS	
		NIT o C.C. 900.211.263-0	Ciudad BUCARAMANGA
	Día / Mes / Año	Dirección CRA 23 # 27 - 28 BARRIO ALARCON	Teléfono 6450500

DATOS ASEGURADO PRINCIPAL

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres	Fecha de nacimiento
			AÑO MES DÍA

Documento de identificación	Lugar de expedición	Género	Tipo de persona	Fecha de ingreso
C.C. ☐ C.E. ☐ Otro ☐ No.		F ☐ M ☐	Natural ☐ Jurídica ☐	AÑO MES DÍA

Nivel educativo	Profesión u ocupación
Bachillerato ☐ Técnico ☐ Tecnólogo ☐ Profesional ☐ Postgrado ☐ Otro ☐	

Estado civil	Estatura	Peso	Número de hijos	Correo electrónico
Soltero ☐ Unión libre ☐ Casado ☐ Separado ☐ Viudo ☐				

Tipo de vivienda	Estrato	Salario	Suma asegurada
Propia ☐ Familiar ☐ Arriendo ☐ Otr ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐		

Dirección asegurado principal				Teléfono	
Tipo	Dirección	Departamento	Municipio	Tipo	Número
☐				☐	
☐				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 Sicura 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%

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, 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 funcionales o pérdidas de órganos o miembros, trastornos en ojos u oídos, o ha sido declarado en estado de invalidéz o en incapacidad permanente parcial? ¿Esta 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 y/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 Generali Colombia Vida Compañía de 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 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 DE TRATAMIENTO DE DATOS

Autorizo de manera permanente e irrevocable a las aseguradoras HDI Seguros S.A. y HDI Seguros de Vida S.A., en adelante "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 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 Generali Colombia 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.

Certifico que he leído, comprendido y estoy de acuerdo con lo que se indica anteriormente.
Se firma el presente, en la ciudad de_____a los_____días del mes de_____de 20____.

HDI SEGUROS DE VIDA S.A.	TOMADOR	FIRMA DEL SOLICITANTE PRINCIPAL C.C. No.	HUELLA ÍNDICE DERECHO

Entiéndase "HDI Seguros" como HDI Seguros de Vida S.A. o HDI Seguros S.A.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA — VIGILADO

F-004-02-01 — REV. MAY. 2018 — GCV 13-51-09/16

Original Aseguradora-Copia Rosada Inermediario-Copia Azul Asegurado