

## Solicitud de Seguro para Póliza de Seguro de Vida con Enfermedades Graves

Sucursal / ADN	Fecha Solicitud			Novedad	Negocio Nuevo <input type="checkbox"/>	
	Día	Mes	Año			Inclusión <input type="checkbox"/>
Intermediario	Clave	Participación %	E-mail			

### DATOS DEL TOMADOR

Razón Social de la Empresa	Tipo Documento	N° Documento	DV
Dirección	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA.* <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>		
Ciudad	Correo Electrónico	Número Celular	

### DATOS DEL SOLICITANTE PRINCIPAL (EMPLEADO O PERSONA QUE TENGA VINCULO PRINCIPAL CON EL TOMADOR)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo Documento	No. Documento	Parentesco AP	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/>			
Fecha de Nacimiento		Dirección	
Día	Mes	Año	
Ciudad	Correo Electrónico	Número Celular	Nombre EPS

### COBERTURAS SOLICITADAS

	PLAN 1 <input type="checkbox"/>	PLAN 2 <input type="checkbox"/>	PLAN 3 <input type="checkbox"/>
Básico, muerte por cualquier causa	\$ 1.000.000	\$ 1.000.000	\$ 1.000.000
Enfermedad Graves, suma fija	\$ 5.000.000	\$ 7.000.000	\$ 9.000.000

Forma de Cobro Elegida

Mensual

### PRIMAS MENSUALES INDIVIDUALES

	PLAN 1 <input type="checkbox"/>	PLAN 2 <input type="checkbox"/>	PLAN 3 <input type="checkbox"/>
ASEGURADO PRINCIPAL	\$ 2.676	\$ 4.746	\$ 8.243
CONYUGE	\$ 2.551	\$ 4.524	\$ 7.858
CADA HIJO	\$ 2.111	\$ 3.745	\$ 6.504
CADA HERMANO	\$ 2.551	\$ 4.524	\$ 7.858
CADA PROGENITOR	\$ 3.746	\$ 6.644	\$ 11.540
Tios	<b>\$ 2.676</b>	<b>\$ 4.746</b>	<b>\$ 8.243</b>
Sobrinos	<b>\$ 2.551</b>	<b>\$ 4.524</b>	<b>\$ 7.858</b>
Nietos	<b>\$ 2.551</b>	<b>\$ 4.524</b>	<b>\$ 7.858</b>
Suegros	<b>\$ 3.746</b>	<b>\$ 6.644</b>	<b>\$ 11.540</b>

### DATOS DE LAS PERSONAS A ASEGURAR (INCLUYE EL SOLICITANTE PRINCIPAL Y FAMILIARES)

No.	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo Documento	Número de Identificación	Parentesco	Sexo	Fecha de Nacimiento	Nombre EPS	Peso (Kgs)	Estatura (cms)
1					C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/>		AP					
2					C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/>							
3					C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/>							
4					C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/>							
5					C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/>							

#### Tipo Documento

C.C.: Cédula de Ciudadanía  
C.E.: Cédula Extranjería  
P.A.: Pasaporte

T.I.: Tarjeta de Identidad  
R.C.: Registro Civil

#### Parentesco

AP: Asegurado Principal  
CO: Cónyuge o compañero  
HI: Hijo

PA: Progenitor  
HE: Hermano  
NI: Nieto

TI: Tio  
SO: Sobrino  
SU: Suegro

**NOTA:** Si existen más solicitantes, favor diligenciar en otra solicitud.

En caso de celebrarse el contrato, para aquellos productos con planes, se tendrá en cuenta el que se registre en esta solicitud, en la caratula o slip comercial de la póliza. Si son diferentes primará lo indicado en la caratula o slip comercial de la póliza.

### DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Padece o ha padecido: Derrame cerebral, parálisis, convulsiones o epilepsia; Hipertensión arterial, infartos, arritmias, insuficiencia cardíaca, enfermedades en venas o arterial; Asma, tuberculosis o EPOC; Masas Hepáticas, pancreatitis, hemorragia intestinal; Insuficiencia Renal; Diabetes Mellitus o trastornos para Obesidad Morbida; Artritis Reumatoidea, lupus o síndrome antifosfolípido; Anorexia, autismo o depresión; Masas en mamas o utero; VIH, sífilis o gonorrea; Cáncer, leucemias o linfomas; Deformidad congénita?

No.	Nombres	Apellidos	Tipo Documento	Número de Identificación	Respuesta	Afección o Enfermedad	Fecha de Diagnóstico
1			C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
2			C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
3			C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
4			C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
5			C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

## AUTORIZACIONES:

### CLÁUSULA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Yo \_\_\_\_\_, identificado con CC, CE, TI, PASAPORTE N° \_\_\_\_\_, en mi calidad de tomador y/o asegurado y/o beneficiario, manifiesto que: a) he sido informado de la existencia de las políticas de tratamiento de HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. y HDI COMPAÑÍA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S. COOMEVA COOPERATIVA Y COOMEVA MP (en adelante LAS COMPAÑÍAS) identificados con Nit. 860.039.988-0, 860.508.462-1, 890.300.625 y 805.009.741, con domicilio principal en la Calle 72 # 10-07 piso 7 de Bogotá, las cuales se encuentran disponibles en [www.libertycolombia.com.co](http://www.libertycolombia.com.co) y que también pueden ser solicitadas en físico en la dirección del domicilio principal o a través del correo electrónico: [atencionalcliente@libertycolombia.com.co](mailto:atencionalcliente@libertycolombia.com.co) o del teléfono 1-3077050; b) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las Leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012 y las normas que las reglamenten, modifiquen o adicionen, en especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar mi información; c) Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, así como las preguntas sobre niños, niñas y adolescentes; d) Que cuento con la autorización de tratamiento de datos de las personas que se pretende incluir como asegurados y/o beneficiarios de las pólizas colectivas; y en consecuencia autorizo a LAS COMPAÑÍAS, como responsable del tratamiento de mis datos personales incluidos los sensibles en especial los relativos a la salud y a los datos biométricos, para:

### AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS

Para que cualquier información incluida en este documento o derivada del contrato de seguros o del contrato (en caso que suscriba), sea compilada, almacenada, consultada, usada, procesada, para las siguientes finalidades durante la relación contractual:

- i) Para la ejecución de los contratos celebrados con LAS COMPAÑÍAS ii) para control, reporte y prevención del Fraude, iii) iv) para la gestión de ambientes de Tecnología y para garantizar la seguridad de estos, v) para la elaboración de los estudios técnico actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias de mercado y estudios de técnica aseguradora;
- Para realizar encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LAS COMPAÑÍAS.

### AUTORIZACIÓN PARA TRANSFERENCIA DE DATOS

Para que cualquier información incluida en éste documento o derivada de los contratos celebrados con LAS COMPAÑÍAS, sea compartida, intercambiada, transferida, circulada, divulgada, consultada, ofrecida a: i) la Matriz de HDI SEGUROS COLOMBIA S.A., subsidiarias y filiales de la Matriz o de HDI SEGUROS COLOMBIA S.A., a las personas jurídicas vinculadas al Grupo de empresas de la Matriz, ii) a FASECOLDA, INVERFAS S.A., personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, para la elaboración de los estudios técnico actuariales, estadísticas, análisis de tendencias de mercado y estudios de técnica aseguradora, iii) a Coomeva Cooperativa y con las empresas que hagan parte del grupo empresarial Coomeva. iv) a los países donde se encuentran alojadas las bases de datos y/o servidores contratados por LAS COMPAÑÍAS en aquellos casos en que por razones de eficiencia y almacenamiento de datos sea requerido.

### AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE INFORMACIÓN FINANCIERA, COMERCIAL Y CREDITICIA

Autorizo a LAS COMPAÑÍAS, para que con fines de vinculación, estadísticos, de tarificación, de análisis de riesgo, de actualización de datos, control, supervisión y de información comercial, procese, reporte, conserve, consulte, obtenga cualquier información de carácter financiero, comercial, crediticio, de servicios y personal de/a las centrales de información crediticia legalmente establecidas en Colombia.

Afirmo que mis actividades, mi profesión, ocupación u oficio, son lícitos y los ejerzo dentro del marco legal colombiano.

Declaro que conozco y acepto que la firma y entrega de la presente solicitud de seguro a la aseguradora, no implica aprobación del contrato de seguro que se solicita, para ello es indispensable la aceptación escrita que la aseguradora haga del mismo.

Declaro que se me informó y acepto que cualquier patología, afección o condición médica preexistente diagnosticada manifiesta con anterioridad a la entrada en vigencia de la póliza o a la fecha de ingreso de cada asegurado, sean estas agudas o crónicas, quedaran excluidas de las coberturas otorgadas bajo el contrato de seguro que se celebre, salvo manifestación expresa en contrario de la aseguradora. Cuando la patología principal sea preexistente, quedaran además excluidas todas aquellas patologías relacionadas con ella.

**HISTORIA CLÍNICA:** De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo expresamente a HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. para verificar, consultar y/o pedir ante cualquier profesional de la salud, institución hospitalaria y/o cualquier persona natural o jurídica que me haya brindado atención médica u odontológica en Colombia o en el exterior, información médica u odontológica que sea necesaria, incluyendo la historia clínica completa respectiva, aun después de mi fallecimiento.

**SOLICITUD DE REVOCACIÓN POR INCLUSIÓN EN LISTAS RESTRICTIVAS:** Solicito, desde ya, en caso de ser celebrado el contrato de seguros a que se refiere la presente solicitud, la revocación del seguro al vencimiento de la vigencia en curso en caso de ser incluido en las listas restrictivas de la OFAC y/o de la ONU, y solicito se informe de ello al Oficial de Cumplimiento de la aseguradora.

Como consecuencia de haber leído, entendido y aceptado lo incluido en este documento, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo en constancia de ello el presente documento.

Para constancia se firma en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Tomador-Titular/Solicitante Principal

TD \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Huella Dactilar

Índice Derecho

**CLAUSULA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.**

Yo \_\_\_\_\_, identificado con CC, CE, TI, PASAPORTE N° \_\_\_\_\_, en mi calidad de tomador

y/o asegurado y/o beneficiario, manifiesto que he sido informado de: a) la existencia de las políticas de tratamiento de HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. (en adelante LA COMPAÑÍA) identificados con Nit. 860.039.988-0 y 860.008.645-7 respectivamente, con domicilio principal en la Calle 72 # 10-07 Piso 7 de Bogotá, las cuales se encuentran disponibles en [www.libertycolombia.com.co](http://www.libertycolombia.com.co) y que también pueden ser solicitadas en físico en la dirección del domicilio principal o a través del correo electrónico: [atencionalcliente@libertycolombia.com](mailto:atencionalcliente@libertycolombia.com) o del teléfono 1-3077050; b) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las Leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012 y las normas que las reglamenten, modifiquen o adicionen, en especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar mi información; c) Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, así como las preguntas sobre niños, niñas y adolescentes; y autorizo a LA COMPAÑÍA, como responsable del tratamiento de mis datos personales, incluidos los sensibles, en especial los relativos a la salud y a los datos biométricos:

**AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS**

Para que cualquier información incluida en este documento o derivada del contrato de seguros o del contrato de mutuo en caso que suscriba con LA COMPAÑÍA, sea compilada, almacenada, consultada, usada, procesada, para las siguientes finalidades durante la relación contractual:

1. i) Para mi vinculación como Tomador/ Asegurado y/o Beneficiario; para el control, reporte y prevención del Fraude; ii) para el análisis, liquidación y pago de siniestros; iii) para la gestión integral de los contratos de seguro celebrados; iv) para la gestión de ambientes de Tecnología y para garantizar la seguridad de estos; v) para la elaboración de los estudios técnico actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias de mercado y estudios de técnica aseguradora; vi) para monitorear y medir el cumplimiento de las políticas LA COMPAÑÍA y su casa matriz, vii) para compartir la información con las personas que actúen en nombre de LA COMPAÑÍA tales como asesores y consultores; a mí(s) intermediario(s) de seguros; a los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA COMPAÑÍA, tales como: ajustadores de seguros, call centers, investigadores, compañías de asistencia y abogados externos;
2. Para realizar encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LA COMPAÑÍA.
3. Para el envío de información comercial y ofertas/cotizaciones relacionadas con los contratos de seguro celebrados; y para ofrecerme otros productos y servicios de LA COMPAÑÍA:

**AUTORIZACIÓN PARA TRANSFERENCIA Y/O TRANSMISION DE DATOS**

Para que cualquier información incluida en éste documento o derivada del contrato de seguros que suscriba con LA COMPAÑÍA, sea compartida, intercambiada, transmitida, transferida, circulada, divulgada, consultada, ofrecida a: i) la Matriz de LA COMPAÑÍA, subsidiarias y filiales de la Matriz o de LA COMPAÑÍA, a las personas jurídicas vinculadas al Grupo de empresas de la Matriz, ii) los Coaseguradores y Reaseguradores en Colombia o en el exterior, iii) a FASECOLDA, INVERFAS S.A., personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, para la elaboración de los estudios técnico actuariales, estadísticas, análisis de tendencias de mercado y estudios de técnica aseguradora, iv) HDI COMPAÑÍA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S. para las finalidades relacionadas con la financiación de primas y servicios proporcionados por esta y a cualquier autoridad competente

**AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE INFORMACIÓN FINANCIERA, COMERCIAL Y CREDITICIA**

Autorizo a HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. y a HDI COMPAÑÍA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S., para que con fines estadísticos, de tarificación, de análisis de riesgo, control, supervisión y de información comercial procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero, comercial, crediticio, de servicios y personal a las centrales de información crediticia legalmente establecidas en Colombia.

Firma \_\_\_\_\_ Documento de identidad \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_