

## Solicitud Certificado de Vida Grupo Familia Protegida

Seguro de vida grupo voluntario lo desea tomar: SI  NO

Fecha de Solicitud			Inicio de Vigencia	Fecha inicial			Fecha Final			SUC-108-HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.
Día	Mes	Año		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	

### TOMADOR

Tomador	NIT	Cuenta N°
Código Agencia	Nombre de Agencia	

### DATOS DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos							
Número Identificación	Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo	Actividad / Ocupación u Oficio que desempeña (Detalle)		
Dirección de la Residencia		Día	Mes	Año	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	
Dirección de la Residencia				Ciudad	Departamento	Teléfono	
Número de Celular	Correo Electrónico						

### BENEFICIARIOS DEL SEGURO

Nombres y Apellidos	Número Identificación	Parentesco	Porcentaje

El numero de identificación puede ser; cedula de ciudadanía (C.C), Cedula de extranjería (C.E), tarjeta de identidad (T.I), registro civil (NUIP)

Amparos	PLAN 1	SI	NO	PLAN 2	SI	NO	PLAN 3	SI	NO	PLAN 4	SI	NO
VIDA (Amparo Básico de Muerte) - Edad Máxima de Ingreso : 73 Años y 364 días permanencia – Indefinida	\$ 4.000.000			\$ 6.000.000			\$ 10.000.000			\$ 12.000.000		
Incapacidad Total Y Permanente - Edad Máxima de Ingreso 72 Años y 364 días de permanencia – 74 años y 364 días"	\$ 4.000.000			\$ 6.000.000			\$ 10.000.000			\$ 12.000.000		
Indemnización por Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración - Edad Máxima de Ingreso 72 Años y 364 días Permanencia - 74 años y 364 días	\$ 4.000.000			\$ 6.000.000			\$ 10.000.000			\$ 12.000.000		
Renta Diaria por Hospitalización- Cobertura de 30 días con deducible de (1) día.Edades Máxima de Ingreso 64 años y 364 días Edad de Permanencia – 65 años y 364 días	\$ 25.000			\$ 35.000			\$ 50.000			\$ 60.000		
PLAN ELEGIDO/PRIMA MENSUAL (Señale X)	\$ 5.500			\$ 8.250			\$ 13.750			\$ 16.500		

### DECLARACION DE ASEGURABILIDAD PARA VALORES SUPERIORES A 12,000,0001 CON COMULO HASTA \$24,000,000 EN UNA O VARIAS POLIZAS

1. Según su leal saber y entender tiene o ha tenido padecimientos de índole cardiovascular (como ataques cardíacos, enfermedades de las arterias coronarias o de las válvulas del corazón, insuficiencia, falla cardíaca, infarto del miocardio u otros), o de índole neurológico (como hemorragias, trombosis, aneurismas), o ha padecido o padece enfermedades como hipertensión arterial, cáncer, leucemia, asma, enfisema pulmonar, insuficiencia renal, diabetes, cálculos, enfermedades de la sangre o los ganglios linfáticos, o padecimientos relacionados con el Sida, o enfermedades mentales (como psicosis, trastorno bipolar, esquizofrenia) Indique en Observaciones la afección o enfermedad, fecha de diagnóstico y tratamiento.	SI	NO
2. Tiene algún defecto o limitación física o mental que incida en su estado de salud? Indique cuál	SI	NO
3. Le han indicado la necesidad de alguna cirugía o tratamiento que no se ha realizado aún? Indique cuál	SI	NO
4. Practica algún deporte de los considerados de alto riesgo, como paracaidismo, motociclismo, carrera de karts, alas delta, parapente? Indique cuáles y periodicidad	SI	NO
5. Solo para mujeres. ¿Se encuentra en estado de embarazo o sufre algún trastorno ginecológico (tumores o enfermedades de los senos, ovarios, utero)?	SI	NO

**El cliente tendrá cobertura para los amparos de este seguro siempre y cuando cumpla con las edades de ingreso y permanencia aquí enunciadas para cada amparo**  
**Consulte clausulado general en el siguiente link <http://www.bmm.com.co/pdf/clausuladoSeguroFamiliaProtegida.pdf>**

**Autorización de consulta y reporte a centrales de información:** Autorizo de manera expresa a HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. Y HDI COMPAÑÍA DE ONVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S o a quien represente sus derechos, para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial a otras entidades procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero, comercial, crediticio y personal desde el momento de la solicitud de seguro o vinculación, a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas que estimen conveniente, en los términos o el tiempo en que los sistemas de bases de datos, las normas y las autoridades lo establezcan. La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mi información en las mencionadas bases de datos y por tanto las entidades del Sector Financiero, asegurador o de cualquier otro sector afiliadas a dichas centrales, conocerán mi comportamiento presente y pasado relacionado con mis obligaciones financieras, comerciales, crediticias y personales, o cualquier otro dato personal o económico que estime pertinente.

**Autorización Tratamiento de Datos:** Autorizo a HDI Seguros Colombia S.A., y HDI Compañía de Inversiones y Servicios S.A.S., en adelante Las Compañías, para que con fines, comerciales realicen envío de información de ofertas/cotizaciones relacionadas con los contratos celebrados y para ofrecerme otros productos y servicios de Las Compañías, estadísticos, financieros y administrativos, consulte, transfiera, comparta, solicite, procese, reporte, y divulgue con su matriz, filiales, subsidiarias, Fasecolda e Inverfaz y contratistas, la información confidencial (datos personales) que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se hayan otorgado o se otorguen en el futuro en virtud de los servicios de esta relación comercial o contrato que declaro conocer y aceptar en todas sus partes. Además, me comprometo a actualizar toda mi información en forma anual y autorizo a Las Compañías a actualizar o enriquecer toda mi información con aquella que reposa en las centrales de información financiera. Autorizo voluntariamente que información de mis pólizas y/o información general de Las Compañías me sea enviada por algún medio electrónico (mensaje de texto al celular reportado como de mi uso o propiedad, correo electrónico, entre otros). De igual forma AUTORIZO a Las Compañías y a las entidades que éstas deleguen a que me contacten para los propósitos anteriormente señalados a través de mensajes de texto (SMS), mensajería por aplicaciones web, correos electrónicos, llamadas telefónicas, mensajerías de correo físico y cualquier otro que en adelante pueda surgir. Manifiesto que, en caso de que no quiera ser contactado por algunos de estos canales lo indicaré por escrito a Las Compañías.

**Autorización de 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, aún después de mi fallecimiento.

**Autorización de renovación del contrato** ("Mediante este documento solicito, autorizo expresamente a HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. a renovarlo de manera automática por períodos iguales al inicialmente contratado, con los ajustes de prima a que haya lugar. No obstante lo anterior, declaro que conozco y acepto que La Aseguradora, el tomador y/o asegurado podrán optar unilateralmente o de común acuerdo por la no renovación del seguro avisando con una antelación no menor a Treinta (30) días al vencimiento de la vigencia del seguro y/o certificado correspondiente, caso en el cual el seguro se extinguirá al vencimiento del término de la última vigencia.

**Cláusula de declaración de conocimiento de las condiciones que aplicarían al contrato de seguro que se solicita.** Declaro que tuve a disposición las Condiciones Generales del producto Póliza de Seguro de Vida Grupo, Forma 26/08/2024-1333-P-34-VGVMUNDOMUJER008-0R00 que además se encuentran publicadas en la página web de la aseguradora.

**Declaro que conozco y acepto:** que la firma y entrega de la presente solicitud certificado de seguro a HDI SEGUROS COLOMBIA S.A., no implica aprobación del contrato de seguros que se solicita, para ello es indispensable la aceptación que HDI SEGUROS COLOMBIA S.A., haga del mismo de manera expresa.

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

**Autorización:** Autorizo expresamente a La Aseguradora, en el caso de afectarse el amparo de Renta Diaria por Hospitalización y de existir deuda con el Banco Mundo Mujer, el valor indemnizado sea girado al Banco como abono o pago total de la deuda.

**Cláusula 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 certificado, la revocación del presente seguro al vencimiento de la vigencia que esté cursando, en caso de ser incluido en las listas restrictivas OFAC y/o de la ONU, cuando esta circunstancia se presente, y solicito se informe de ello al Oficial de Cumplimiento de HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.

POR FAVOR ANTES DE FIRMAR REVISE NUEVAMENTE QUE TODAS LAS DECLARACIONES Y / O MANIFESTACIONES EFECTUADAS CORRESPONDEN A LA REALIDAD.

EL NO PAGO DE LAS PRIMAS DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO SIN QUE EL ASEGURADOR TENGA DERECHO PARA EXIGIRLAS". (ARTÍCULO 1152 CÓDIGO DE COMERCIO)

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 en la Ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 2.0\_\_\_\_\_

  
HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.  
Firma Autorizada

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASEGURADO  
C.C. No.