

Solicitud de Seguro

Póliza Exequial <input type="checkbox"/> Póliza de Seguro Exequial Liberty Integral <input type="checkbox"/>	Plan Especial <input type="checkbox"/> Tradicional <input type="checkbox"/>	Fecha Solicitud			Fecha Inicio Vigencia			Fecha Fin Vigencia		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

DATOS DEL TOMADOR

Nombre / Razon Social				Documento de Identidad NIT. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>			No. Documento de Identidad			
Dirección Residencial		E-mail		Teléfono		Celular		Ciudad		Departamento

DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre del Asegurado Principal				Documento de Identidad			Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Edad		Fecha de Nacimiento Día Mes Año		
Dirección Residencial				E-mail		Teléfono		Celular		Ciudad		Departamento	

ASEGURADOS DEPENDIENTES

Apellidos y Nombres	Documento de Identidad	Parentesco	Fecha de Nacimiento			Edad	Extraprima
			Día	Mes	Año		

DATOS DEL CONTRATO

Concepto	Prima Anual
Cobertura Exequial	
Extraprima por edad (Exequial)	
Prima asegurados adicionales	
Prima anexo de accidentes personales	
Prima anexo de repatriación	
Prima Gasto Emergente	
Total Prima Anual antes de IVA	
IVA 19%	
Total Prima Anual	
Frecuencia de pago (no aplica para pólizas individuales)	Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/>

AMPARO OPCIONAL - MUERTE ACCIDENTAL (Únicamente para el Asegurado Principal). Si No

BENEFICIARIOS - AMPARO OPCIONAL - MUERTE ACCIDENTAL

Apellidos y Nombres	Parentesco	Porcentaje

AMPARO OPCIONAL DE GASTOS EMERGENTES (Únicamente para el Asegurado Principal). Si No

Plan: Especial Tradicional

AMPARO OPCIONAL DE REPATRIACIÓN RESTOS MORTALES

Si No Número de Cupos Contratados _____ (Máximo 3 cupos por Póliza)

INFORMACIÓN GENERAL DE LA PÓLIZA (Aplica solo para Pólizas Individuales)

Yo, _____ solicito mi inclusión y la de mi grupo familiar (si lo hubiere) en la póliza mencionada con los amparos y autorizo se descuente el valor correspondiente de la prima, con cargo a:

Cuenta de Ahorros <input type="checkbox"/>	Cuenta Corriente <input type="checkbox"/>	Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/>	No. de Cuotas	No. <input type="text"/>
Tipo de Tarjeta Visa <input type="checkbox"/> Diners <input type="checkbox"/> Credencial <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> Express <input type="checkbox"/>		American <input type="checkbox"/>	Entidad Financiera	Número de Tarjeta
Si es pago de contado marque con una "X" (recuerde que el pago de contado sólo se permite para forma de cobro "Anual y Semestral") Efectivo <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/>			Firma del Titular de la Cuenta o Tarjeta _____ C.C. No. _____	

ASISTENCIAS OPCIONALES (CON COBRO DE PRIMA ADICIONAL)

Medica Internacional Vida Medica Especializada

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL ASEGURADO

Autorización de Consulta y Reporte a Centrales de Información: Autorizo de manera expresa a HDI SEGUROS COLOMBIA S.A., Y A HDI COMPAÑÍA DE INVERSIONES 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 LA ASEGURADORA 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 renovación del seguro avisando con una antelación no menor a 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 Aplicarán al contrato de seguro que se solicita. "Declaro que tuve a disposición las Condiciones Generales del producto

Condicionado	Póliza Exequial	Póliza de Seguro Liberty Integral Exequial
Código de Registro ante la Superintendencia Financiera de Colombia.	26/08/2024-1333-P-30-LIBERTYEXEQUIAL9-D001	26/08/2024-1333-P-30-EXEINTEGRAL00012-D001

Que además se encuentran publicados en la página web de la aseguradora".

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 seguros que se solicita, para ello es indispensable la aceptación que la aseguradora 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.

Declaración de Asegurabilidad: 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.

Cláusula de solicitud de revocación por inclusión en listas restrictivas: Solicito, desde ya, la revocación del presente seguro, al vencimiento de la vigencia que este cursado, en caso de ser incluido en las listas restrictivas de la OFAC y/o de la ONU, cuando esta circunstancia se presente y solicito se informe de ello al Oficial de Cumplimiento de la aseguradora.

Vigencia del Seguro: El presente seguro inicia vigencia a partir de las 00:00 horas del día siguiente a la fecha de la firma de la solicitud certificado.

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

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

Nombre del Solicitante	Firma del Solicitante
------------------------	-----------------------