

**Solicitud De Seguro Vida Grupo**  
**Cooperativa Medica del Valle- Asociados (Coomeva)**

Programa de Seguros \_\_\_\_\_

Sucursal / ADN	Póliza No.	Certificado No.	Fecha Solicitud
			Día Mes Año

**TOMADOR**

Razón Social	NIT.	Dirección	Ciudad	Teléfono
Correo Electrónico			Celular	

**DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL**

Nombres y Apellidos	No. Documento	Fecha Nacimiento	Edad	Sexo	Peso	Estatura
		Día Mes Año		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		mts.
Actividad u Oficio que desempeña (Detalle)		Dirección de la Residencia		Ciudad		
Teléfono	Correo Electrónico		Celular			

**DATOS DEL CÓNYUGE**

Nombres y Apellidos	No. Documento	Fecha Nacimiento	Edad	Sexo	Peso	Estatura
		Día Mes Año		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		mts.
Actividad u Oficio que desempeña (Detalle)		Dirección de la Residencia		Ciudad		

**OBSERVACIONES**

- \* FAVOR DILIGENCIA SOLO UNO DE LOS CUADROS DE ACUERDO CON LA MODALIDAD DE SEGURO ELEGIDA.
- \* RECUERDE TENER EN CUENTA LAS CONDICIONES PARTICULARES DEL PROGRAMA DE SEGUROS, EN LO RELACIONADO CON PLANES, VALORES ASEGURADOS, Y LAS OPCIONES DE SEGURO PARA LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

**SEGURO SOLICITADO - MODALIDAD VALOR ASEGURADO**

Amparos	Asegurado Principal	Cónyuge
Amparo Básico de Muerte	\$	\$
Amparo Opcional de Incapacidad Total y Permanente para el Asegurado Principal	\$	\$
Amparo Opcional de Indemnización Adicional por Muerte Accidental y Beneficio por Desmembración.	\$	\$

**Forma de Cobro Elegida**

Mensual

Anual

Cuadro de Primas	Asegurado Principal	Cónyuge
Prima por Persona según forma de cobro	\$	\$
<b>TOTAL PRIMA A PAGAR</b>		<b>\$</b>

**BENEFICIARIOS ASEGURADO PRINCIPAL**

Nombres y Apellidos	Identificación No.	Parentesco	Edad	Correo Electrónico	Celular	Porcentaje

**BENEFICIARIOS CONYUGUE**

Nombres y Apellidos	Identificación No.	Parentesco	Edad	Correo Electrónico	Celular	Porcentaje

**DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD**

1. 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 útero; VIH, sífilis o gonorrea; Cáncer, leucemias o linfomas; Deformidad congénita?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. Conoce la existencia de otra patología diferente a las mencionadas en la pregunta anterior? Tiene alguna anomalía física, deformidad congénita y/o amputación? Ha sido sometido a Cirugías? Tiene algún procedimiento pendiente? Favor amplíe la Información	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. <b>SOLO PARA MUJERES.</b> Se encuentra en embarazo? A tenido complicaciones obstétricas o perinatales? Explique detalladamente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4. <b>RESPONDER ÚNICAMENTE SI HAY RESPUESTA AFIRMATIVA EN LAS PREGUNTAS 1 Y/O 2.</b> En su familia hay casos de cáncer, hipertensión, diabetes, enfermedades del corazón o muerte súbita? Explique detalladamente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5. Practica algún deporte considerado de alto riesgo, ejemplo: Alpinismo, automovilismo, aviación no comercial o ultralivianos, buceo, carreras de autos, motociclismo, montañismo, paracaidismo. En caso afirmativo, suministre detalles	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6. Alguna Compañía de Seguros le ha declinado, aplazado o extraprimado solicitud de Seguro de Vida o Accidentes Personales? En caso afirmativo, suministrar detalles:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7. Las actividades a las que se dedica son lícitas y las ha ejercido dentro de los marcos legales?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
8. Ha sido o es objeto de amenazas en contra de su vida o libertad?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**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** “en caso de celebrarse el contrato de seguros que 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.** “Declaro que tuve a disposición las Condiciones Generales del producto **Póliza de Seguro de Vida Grupo Liberty Empresarial forma 26/08/2024-1333-P-34-SGEMPRESARIAL005-D001** las cuales se encuentran disponibles en la página web de La Aseguradora [www.libertycolombia.com.co](http://www.libertycolombia.com.co)

**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.**

**CERTIFICAMOS:** (1) Conocemos que la presente Póliza de Vida Grupo excluye las Enfermedades Diagnosticadas y/o que se hayan manifestado con anterioridad al inicio de vigencia del seguro, así como los accidentes ocurridos con anterioridad al inicio de vigencia. (2) Certificamos que las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y por tanto, cualquier omisión, inexactitud o retención en la información suministrada se sancionará de acuerdo con lo previsto en los artículos 1058, 1158 y 1161 del Código del Comercio.

**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 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.

**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.

**COMO CONSECUENCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO INCLUIDO EN ESTE DOCUMENTO, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE MOS SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EN CONSTANCIA DE ELLO, EL PRESENTE DOCUMENTO.**

**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)**

**NOTA: POR FAVOR ANTES DE FIRMAR ESTE DOCUMENTO, REVISE NUEVAMENTE QUE TODAS LAS DECLARACIONES Y / O MANIFESTACIONES, O SOLICITUDES EFECTUADAS, CORRESPONDEN A LA REALIDAD O A SU EXPRESA VOLUNTAD.**

**LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGUROS. Art.1152 del 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. POR FAVOR ANTES DE FIRMAR REVISE NUEVAMENTE QUE TODAS LAS DECLARACIONES Y / O MANIFESTACIONES EFECTUADAS CORRESPONDEN A LA REALIDAD Y FIRMAR TODAS LAS COPIAS DE ESTA SOLICITUD Y COLOCAR SU HUELLA EN CADA UNA DE ELLAS.**

Huella Dactilar

Índice Derecho

HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.  
Firma Autorizada

ASEGURADO PRINCIPAL  
C.C. No.