

## Solicitud de Seguro Vida Grupo Mercadeo Empresarial

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				

### DATOS HIJOS

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				
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				
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				

### DATOS HERMANOS

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				
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				
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				

**DATOS PROGENITORES**

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

**OBSERVACIONES**

- \* FAVOR DILIGENCIE 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**

Cobertura	Opción 1 <input type="checkbox"/>	Opción 2 <input type="checkbox"/>	Opción 3 <input type="checkbox"/>	Opción 4 <input type="checkbox"/>	Opción 5 <input type="checkbox"/>
Básico, muerte por cualquier causa no excluida, incluye homicidio, terrorismo y suicidio desde el inicio de vigencia. Sida siempre y cuando no sea preexistente.	\$ 30.000.000	\$ 60.000.000	\$ 120.000.000	\$ 150.000.000	\$ 180.000.000
Renta de Libre destinación por fallecimiento, pago único	\$ 3.000.000	\$ 4.000.000	\$ 5.000.000	\$ 5.500.000	\$ 6.000.000
Amparo Opcional de Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad o Accidente no preexistente	\$ 30.000.000	\$ 60.000.000	\$ 120.000.000	\$ 150.000.000	\$ 180.000.000
Renta de Libre destinación por Incapacidad Total y Permanente, pago único	\$ 3.000.000	\$ 4.000.000	\$ 5.000.000	\$ 5.500.000	\$ 6.000.000
Amparo Opcional de Indemnización Adicional por Muerte Accidental	\$ 30.000.000	\$ 60.000.000	\$ 120.000.000	\$ 150.000.000	\$ 180.000.000
Amparo Opcional de Enfermedades Graves, como anticipo a incluye trasplante de órgano	El 60% de lo contratado en el amparo básico	El 60% de lo contratado en el amparo básico	El 60% de lo contratado en el amparo básico	El 60% de lo contratado en el amparo básico	El 60% de lo contratado en el amparo básico
Auxilio Funerario, como suma adicional, por fallecimiento	\$ 3.000.000	\$ 6.000.000	\$ 10.000.000	\$ 10.000.000	\$ 10.000.000
Renta Diaria por Hospitalización por enfermedad o Accidente-Vr Diario	\$ 30.000	\$ 60.000	\$ 100.000	\$ 120.000	\$ 150.000
Renta Diaria Post Hospitalización por Enfermedad o Accidente-Vr diario	\$ 30.000	\$ 60.000	\$ 100.000	\$ 120.000	\$ 150.000
Renta Diaria por Hospitalización por enfermedad o Accidente en UCI-Vr Diario	\$ 30.000	\$ 60.000	\$ 100.000	\$ 240.000	\$ 300.000
Auxilio de Maternidad o Paternidad suma única	\$ 150.000	\$ 200.000	\$ 250.000	\$ 300.000	\$ 300.000
Auxilio de Traslado del cadaver del asegurado dentro del territorio nacional	\$ 2.000.000	\$ 2.500.000	\$ 3.000.000	\$ 3.500.000	\$ 3.500.000
Prima Mensual Asegurado Principa	\$ 11.283	\$ 22.566	\$ 45.132	\$ 56.415	\$ 67.698
Prima Mensual Conyúge-Compañero.(a) Permanente	\$ 11.019	\$ 22.038	\$ 44.076	\$ 55.095	\$ 66.114
Prima Mensual por cada hijo	\$ 11.283	\$ 22.566	\$ 45.132	\$ 56.415	\$ 67.698
Prima Mensual por cada Hermano	\$ 11.283	\$ 22.566	\$ 45.132	\$ 56.415	\$ 67.698
Prima Mensual por cada Progenitor	\$ 15.798	\$ 31.596	\$ 63.192	\$ 78.990	\$ N/A

NOTA: progenitores, no se otorga el amparo de Auxilio de Maternida

Forma de Cobro Elegida    Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Pago Directo <input type="checkbox"/> Pago por Nómina <input type="checkbox"/>					
Cuadro de Primas	Asegurado Principal	Cónyuge	Hijos	Hermanos	Progenitores
Prima por Persona según forma de cobro	\$	\$	\$	\$	\$
<b>TOTAL PRIMA A PAGAR \$</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 alguna patología, enfermedad o lesión relacionada con: Derrames cerebrales, parálisis, convulsiones - epilepsia o migraña; Trastornos cardiovasculares como hipertensión arterial, infarto agudo de miocardio, arritmias, insuficiencia cardíaca, enfermedades en venas o arterias; Trastornos pulmonares como bronquitis, asma, tuberculosis, epec; Trastornos gastrointestinales como úlcera o gastritis, cálculos biliares, masas hepáticas, pancreatitis, hernias, hemorragia intestinal o pólipos; Trastornos renales como ausencia de riñón, anomalías renales, insuficiencia renal crónica, infecciones urinarias repetición, cálculos renales o problemas de vejiga; Trastornos endocrinos en tiroides, diabetes mellitus, colesterol - triglicéridos o tratamiento quirúrgico para obesidad mórbida; Trastornos musculoesqueléticos como hernias discales, gota, lumbago; Trastornos autoinmunes como artritis reumatoidea, lupus, síndrome antifosfolípido; Trastornos psiquiátricos como anorexia, autismo o depresión; Trastornos genitales como masas en mamas o útero, hemorragia uterina anormal o quistes ováricos. Lesiones en pene, próstata o testículos. Enfermedades de transmisión sexual como VIH, sífilis, gonorrea, condiloma o infección por vph; Trastornos alérgicos, rinitis, sinusitis o dermatitis; Cáncer de tiroides, mama, ovario o testículo o desordenes sanguíneos como anemia, leucemia o linfomas? Si su respuesta es afirmativa, señale la afección o enfermedad y la fecha de diagnóstico _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. Si en su saber o entender, conoce la existencia de cualquier otra enfermedad, patología o trastorno diferentes a los mencionados anteriormente, indique cuál? _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. Tiene alguna anomalía física, deformidad congénita y/o amputación? Si su respuesta es afirmativa, explique detalladamente _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4. Ha sido sometido a cirugías? Si su respuesta es afirmativa explique detalladamente. Tiene algún procedimiento pendiente? Si su respuesta es afirmativa explique detalladamente _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5. <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"/>
6. <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"/>
7. 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"/>
8. 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"/>
9. 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"/>
10. 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 COMPAÑÍA, 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-P34-SGEMPRESARIAL005-D001** las cuales se encuentran disponibles en la página web de LA COMPAÑÍA [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 reticencia 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.

**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.**

**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.