

Tomador <b>Banco GNB Sudameris S.A.</b> NIT. 860.050.750-1	Sucursal <b>26</b>	Código Director	Fecha de Solicitud Día Mes Año			Lugar de Solicitud
--	-----------------------	-----------------	-----------------------------------	--	--	--------------------

**DATOS DEL ASEGURADO - CLIENTE**

Nombre Completo		Identificación		Tipo CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>		Fecha Nacimiento Día Mes Año		
Dirección		Ciudad	Teléfono	Celular		Ocupación (Detallada)		
E-mail				Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Peso Kg	Estatura Mts	Calculo IMC

**BENEFICIARIOS**

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Parentesco	Porcentaje %

**SEGURO SOLICITADO**

AMPARO	PLAN I	PLAN II
	Valor Asegurado	Valor Asegurado
Básico – Muerte por cualquier causa	\$ 80.000.000	\$ 120.000.000
Invalidez, Pérdida o Inutilización por enfermedad o accidente	\$ 80.000.000	\$ 120.000.000
Enfermedades Graves (60% anticipo del Básico)	\$ 48.000.000	\$ 72.000.000
Auxilio por maternidad y paternidad	\$ 100.000	\$ 100.000
Asistencia al Viajero	INCLUIDA	INCLUIDA
<b>PRIMA ANUAL</b>	<b>\$ 403.440</b> <input type="text"/>	<b>\$ 605.160</b> <input type="text"/>
<b>PRIMA MENSUAL</b>	<b>\$ 33.620</b> <input type="text"/>	<b>\$ 50.430</b> <input type="text"/>

**AUTORIZACIÓN PAGO DE PRIMA**

Autorizo al Banco GNB Sudameris S.A., para cargar a mi tarjeta de crédito o debitar de la cuenta mencionada en este documento, el valor que corresponde a la prima del seguro a la cual hace referencia esta solicitud y/o a sus renovaciones, si a ellas hubiere lugar. Como titular de la tarjeta o cuenta declaro que conozco que si no mantengo el cupo disponible o los fondos suficientes para el pago de la prima en el plazo establecido para ello en cada periodo pactado, la póliza terminará por mora en el pago de la prima. El débito o cargo solo se realizará por el monto total de la cuota para el periodo correspondiente, en ningún caso se realizarán cobros parciales del valor de la prima para el periodo pactado. La autorización se otorga hasta que se verifique el pago total de la prima del seguro. Como cliente solicitante del seguro, autorizo cargar al producto señalado a continuación y en caso de no tener saldo o cupo disponible a cualquiera de los productos financieros que tengo actualmente con el Banco GNB Sudameris S.A. el valor de la prima que cause el seguro objeto de esta póliza, según la tabla de primas en la fecha de expedición y de allí en adelante cada periodo, de acuerdo con la tarifa vigente.

Cuenta Corriente  Cuenta Ahorros  Tarjeta Crédito Visa  Tarjeta Crédito Master   
 Mensual  Anual  N° \_\_\_\_\_ Número de cuotas a diferir el pago total de la prima \_\_\_\_\_

**FORMA DE PAGO**

**ART 1152 CÓDIGO DE COMERCIO: (...) EL NO PAGO DE LAS PRIMAS DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO (...). LA TERMINACIÓN SE PRODUCIRÁ AL VENCIMIENTO DE DICHO PERÍODO PACTADO. ART. 1068 CÓDIGO DE COMERCIO: “LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO”. LO DISPUESTO EN ESTE ARTÍCULO NO PODRÁ SER MODIFICADO POR LAS PARTES.**

**DECLARACIONES, CERTIFICACIONES Y AUTORIZACIONES DE LOS ASEGURADOS****POR FAVOR ABSTÉNGASE DE FIRMAR SI ESTAS DECLARACIONES NO CORRESPONDEN A LA REALIDAD**

**Declaraciones:** 1) Nuestra edad actual no supera 48 años 2) No tenemos defectos o limitaciones físicas o mentales que incidan en nuestro estado de salud. 3) Nuestro Índice de Masa Corporal es inferior a 30 (Índice de Masa Corporal = Peso / Estatura 2). 4) No tenemos intervenciones quirúrgicas pendientes. 5) No consumimos bebidas alcohólicas en exceso, ni consumimos sustancias psicoactivas. 6) No tenemos en esta Compañía otros Seguros de Vida cuyo valor asegurado acumulado con la presente póliza exceda la suma de 1.000 Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes. 7) No hemos sido rechazados o aplazados por HDI Seguros Colombia S.A. o por otra Compañía al presentar una solicitud de Seguro de Vida, Salud o Accidentes Personales. 8) Afirmando que mis actividades, mi profesión, ocupación u oficio, son lícitos y los ejerzo dentro del marco legal colombiano. 9) Estamos desarrollando en forma normal nuestras actividades y no hemos recibido amenazas en contra de nuestras vidas e integridad. 10) No practicamos deportes que afecten nuestra integridad, como los considerados de alto riesgo. 11) Nos obligamos para con la Compañía a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario, para lo cual nos comprometemos a reportar por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado respecto de la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tenga dispuesta la Compañía. 12) 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. 13) Declaro que tuve a disposición las condiciones Generales del producto Póliza de Seguro de Vida Grupo Liberty Empresarial Versión 26/08/2024-1333-P-34-SGEMPRESARIAL005-D00I, que además se encuentran publicados en la página Web de la aseguradora [www.Libertyseguros.com.co](http://www.Libertyseguros.com.co).

**Certificaciones:** 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 del seguro. 2) Certificamos que las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas, 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 de Comercio.

**Autorización 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. 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 cursando, 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:** El presente seguro inicia vigencia por un año, a partir de las 00:00 horas del día siguiente a aquel en que se efectúe el pago total de la prima o su primera cuota y estará vigente hasta las 00:00 horas del último día del período pagado.

**Renovación:** El seguro se renovará automáticamente por periodos iguales al inicialmente contratado en el certificado de seguro o en la póliza, según se trate, con los ajustes de prima a que haya lugar. En caso de que el Asegurado decida la no renovación del seguro, deberá comunicarlo por escrito a la otra parte, con una antelación no inferior a 30 días comunes al vencimiento de la vigencia del seguro.

**Plazo para Pago:** Si su seguro es de pago mensual, se deberá pagar la prima dentro del mes respectivo correspondiente al período de pago, se realizarán los respectivos intentos de cobro a sus productos registrados en el Banco. Si su seguro es anual, a la renovación, se pagará la prima dentro del primer mes de vigencia de esta, igualmente se realizarán los respectivos intentos de cobro a sus productos registrados por el Banco.

**Nota:** Los términos y condiciones aplicables a este seguro están determinados en las condiciones generales de la póliza de Seguro de Vida Grupo de HDI Seguros Colombia S.A. El cumplimiento del contrato de seguro es responsabilidad del asegurado y de la aseguradora. Banco GNB Sudameris S.A. no es compañía de seguros ni corredor de Seguros.

Como Asegurado bajo este contrato declaro que conozco y acepto las Condiciones Generales de la presente póliza Forma 26/08/2024-1333-P-34-SGEMPRESARIAL005-D00I incluyendo los amparos y exclusiones aplicables.

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.

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

C.C. \_\_\_\_\_  
Firma Asegurado

de

C.C. \_\_\_\_\_  
Firma Titular Cuenta

de

C.C. \_\_\_\_\_  
Firma Director Comercial Banco GNB Sudameris S.A.

de

  
Firma Autorizada  
HDI Seguros Colombia S.A.

Nombre del Director Comercial de GNB Sudameris \_\_\_\_\_

**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 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 mi(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 HDI SEGUROS COLOMBIA S.A., sea compartida, intercambiada, transmitida, 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) 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: \_\_\_\_\_