

Solicitud de Seguro para: Póliza de Seguro de Salud Eventos Críticos

Póliza de Seguro de Salud Eventos Críticos Plan Nacional

Sucursal / ADN	Fecha Solicitud Día Mes Año	Novedad Negocio Nuevo <input type="checkbox"/>	Inclusión <input type="checkbox"/> Número de Póliza _____ Certificado _____
Intermediario	Clave	Participación %	E-mail
Intermediario	Clave	Participación %	E-mail

DATOS DEL TOMADOR	
Razón Social de la Empresa	Tipo Documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>
Dirección	Nº Documento DV
Ciudad	Correo Electrónico
Número Celular	

DATOS DEL SOLICITANTE PRINCIPAL (EMPLEADO O PERSONA QUE TENGA VINCULO PRINCIPAL CON EL TOMADOR)					
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre		
Tipo Documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/>	No. Documento	Parentesco AP	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento Día Mes Año	Dirección
Ciudad	Correo Electrónico	Número Celular	Nombre EPS		

DATOS DE LAS PERSONAS A ASEGURAR (INCLUYE EL SOLICITANTE PRINCIPAL Y FAMILIARES)													
No.	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo Documento	Número de Identificación	Parentesco	Sexo	Peso (kgs)	Estatura (cms)	Fecha de Nacimiento	Nombre EPS	
1					C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/>		AP						
2					C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/>								
3					C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/>								
4					C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/>								
5					C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/>								
6					C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/>								
7					C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/>								
8					C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/>								
9					C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/>								
10					C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/>								

Tipo Documento
 C.C.: Cédula de Ciudadanía T.I.: Tarjeta de Identidad
 C.E.: Cédula Extranjería R.C.: Registro Civil
 P.A.: Pasaporte

Parentesco
 AP: Asegurado Principal PA: Progenitor TI: Tío
 CO: Cónyuge o compañero HE: Hermano SO: Sobrino
 HI: Hijo NI: Nieto SU: Suegro

NOTA: Si existen más solicitantes, favor diligenciar en otra solicitud.

En caso de celebrarse el contrato, para aquellos productos con planes, se tendrá en cuenta el que se registre en esta solicitud, en la caratula o slip comercial de la póliza. Si son diferentes primará lo indicado en la caratula o slip comercial de la póliza.

PRODUCTO SOLICITADO
Plan Internacional <input type="checkbox"/> Plan Nacional <input type="checkbox"/>

COBERTURA PRODUCTO PLAN INTERNACIONAL	VALOR ASEGURADO
AMPAROS	
Enfermedades Graves ◁ Enfermedades Neurológicas. ◁ Cirugía Cardíaca y Angioplastia. ◁ Cáncer. ◁ Trasplante de Órganos. ◁ Trauma Mayor. ◁ Insuficiencia Renal Crónica.	US\$ 1.000.000 Anual Renovable Deducible: US\$ 10.000 Exterior US\$ 5.000 Colombia
✓ Gastos de transporte	Se reconoce un número de tiquetes aéreos al año para el asegurado y un acompañante, según las condiciones o límites especificados en la carátula de la póliza
✓ Gastos para estadía en el exterior o fuera de su ciudad de residencia	Se reconoce un valor diario por un periodo de días según las condiciones o límites especificados en la carátula de la póliza
✓ Exoneración de pago de primas	Por muerte del tomador ó asegurado principal
✓ Interconsulta	Consulta médica a nivel mundial sobre diagnósticos
✓ Intersalud	
✓ Gastos Médicos de Urgencia y Asistencia en Viaje	Se reconoce un valor por evento por un periodo de días según las condiciones o límites especificados en la carátula de la póliza
✓ Auxilio Funerario	Se reconoce un valor por evento según las condiciones o límites especificados en la carátula de la póliza
✓ Reconocimiento de aparatos ortopédicos con discapacidad permanente	Se reconoce un valor por evento según las condiciones o límites especificados en la carátula de la póliza
✓ Reconocimiento de alimentación enteral y parenteral domiciliaria	Se reconoce un periodo de días según las condiciones o límites especificados en la carátula de la póliza
✓ Apoyo Psicológico	Por diagnóstico de una enfermedad grave, enfermedad congénita o fallecimiento de un familiar. Se reconoce un periodo de tiempo y unas sesiones por evento según las condiciones o límites especificados en la carátula de la póliza

COBERTURA PRODUCTO PLAN NACIONAL	VALOR ASEGURADO
AMPAROS	
Enfermedades Graves ◁ Enfermedades Neurológicas. ◁ Cirugía Cardíaca y Angioplastia. ◁ Cáncer. ◁ Trasplante de Órganos. ◁ Trauma Mayor. ◁ Insuficiencia Renal Crónica.	Cobertura ILIMITADA en RED LIBERTY Deducible: \$ 3.000.000
Gastos de Traslado en Territorio Nacional	Se reconoce un número de tiquetes aéreos por vigencia para el asegurado y un acompañante, según las condiciones o límites especificados en la carátula de la póliza
Gastos de estadía del asegurado y un acompañante.	Se reconoce un valor diario por un periodo de días según las condiciones o límites especificados en la carátula de la póliza
Exoneración de pago de prima	Por muerte del asegurado principal

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD Y AUTORIZACIONES PARA CADA UNO DE LOS SOLICITANTES					SOLICITANTE NÚMERO											
Usted o alguno de los solicitantes ha padecido o padece actualmente alguna enfermedad, lesión o incapacidad relacionada con:					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1	Enfermedades del corazón o enfermedades de la circulación de la sangre, infarto al corazón, arritmias cardíacas, hipertensión arterial, colesterol o triglicéridos altos (tratados con medicamentos), derrames, isquemia o trombosis cerebral, convulsiones, enfermedades de los pulmones, asma, bronquitis crónica, cáncer, leucemia, enfermedades de la sangre, lupus, tumores malignos, SIDA o VIH positivo, insuficiencia renal, cálculos en el riñón, próstata, esclerosis múltiple, artritis reumatoidea, enfermedad de la glándula tiroidea, diabetes, pancreatitis, gastritis, colitis, hepatitis B o Hepatitis C, cirrosis hepática, retardo mental, trastornos psiquiátricos, demencia, enfermedad de Alzheimer, Enfermedad de Parkinson, Enfermedades Neurológicas, parálisis, deformidades corporales, ceguera o sordera total o parcial, fracturas, hernias, enfermedades de la columna vertebral, consume drogas psicoestimulantes o ¿ha estado en tratamiento para alcoholismo o drogadicción?				S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
2	¿Ha tenido enfermedades, lesiones o accidentes diferentes a las enunciadas en el numeral anterior, por las que ha recibido o está recibiendo tratamiento o control médico o tiene pendiente alguna cirugía?				S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
3	Alguna de las solicitantes esta en embarazo? _____ Cuántos meses? _____ Número de embarazos previos: _____ Abortos: _____ Cesáreas: _____				S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
4	Ha padecido algún familiar suyo de diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, renal o mental u otras? Quién? _____				S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N

Número Pregunta	Número Solicitante	Enfermedad / Lesión - Medicamento	Operado	Tratado	Fecha Comienzo			Médico Tratante	Fecha Terminación		
					Día	Mes	Año		Día	Mes	Año
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							

AUTORIZACIONES

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

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 seguro que se solicita, para ello es indispensable la aceptación escrita que la aseguradora haga del mismo.

Declaro que se me informó y acepto que cualquier patología, afección o condición médica preexistente diagnosticada manifiesta con anterioridad a la entrada en vigencia de la póliza o a la fecha de ingreso de cada asegurado, sean estas agudas o crónicas, quedaran excluidas de las coberturas otorgadas bajo el contrato de seguro que se celebre, salvo manifestación expresa en contrario de la aseguradora. Cuando la patología principal sea preexistente, quedaran además excluidas todas aquellas patologías relacionadas con ella.

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 medica u odontológica en Colombia o en el exterior, información médica u odontológica que sea necesaria, incluyendo la historia clínica completa respectiva, aun después de mi fallecimiento.

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 seguro al vencimiento de la vigencia en curso en caso de ser incluido en las listas restrictivas de la OFAC y/o de la ONU, 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.

Para constancia se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ de _____

Firma Tomador-Titular/Solicitante Principal
TD _____ No. _____ de _____

Huella Dactilar

Índice Derecho

CLÁUSULA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Yo _____, identificado con CC, CE, TI, PASAPORTE, PPT y OTRO 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. y HDI COMPAÑÍA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S. (en adelante LAS COMPAÑÍAS) identificados con Nit. 860.039.988-0 y 860.508.462-1, con domicilio principal en la Calle 72 # 10-07 piso 7 de Bogotá, las cuales se encuentran disponibles en 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.co 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; d) Que cuento con la autorización de tratamiento de datos de las personas que se pretende incluir como asegurados y/o beneficiarios de las pólizas colectivas; y en consecuencia autorizo a LAS COMPAÑÍAS, como responsable del tratamiento de mis datos personales, incluidos los sensibles en especial los relativos a la salud y a los datos biométricos, para:

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), sea compilada, almacenada, consultada, usada, procesada, para las siguientes finalidades durante la relación contractual:

1. i) Para la ejecución de los contratos celebrados con LAS COMPAÑÍAS ii) para control, reporte y prevención del Fraude, iii) para la gestión de ambientes de Tecnología y para garantizar la seguridad de estos, iv) para la elaboración de los estudios técnico actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias de mercado y estudios de técnica aseguradora;
2. Para realizar encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LAS COMPAÑÍAS.
3. Para el envío de información comercial y ofertas/cotizaciones relacionadas con los contratos celebrados y para ofrecerme otros productos y servicios de LAS COMPAÑÍAS:

AUTORIZACIÓN PARA TRANSFERENCIA DE DATOS

Para que cualquier información incluida en éste documento o derivada de los contratos celebrados con LAS COMPAÑÍAS, sea compartida, intercambiada, 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) 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, iii) 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, iv) a los países donde se encuentran alojadas las bases de datos y/o servidores contratados por LAS COMPAÑÍAS en aquellos casos en que por razones de eficiencia y almacenamiento de datos sea requerido.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE INFORMACIÓN FINANCIERA, COMERCIAL Y CREDITICIA

Autorizo a LAS COMPAÑÍAS, para que con fines de vinculación, estadísticos, de tarifación, de análisis de riesgo, de actualización de datos, control, supervisión y de información comercial, procese, reporte, conserve, consulte, obtenga cualquier información de carácter financiero, comercial, crediticio, de servicios y personal de/a las centrales de información crediticia legalmente establecidas en Colombia.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Declaro conocer y estar informado que los canales que a continuación se relacionan, cuyos datos veraces y fidedignos he suministrado voluntariamente en el presente formulario de conocimiento del cliente SARLAFT, pueden ser utilizados por HDI Seguros Colombia S.A. para realizar gestiones de cobranza, así como para el envío de mensajes publicitarios a través de mensajes cortos de texto (SMS), mensajería por aplicaciones web, correos electrónicos y llamadas telefónicas de carácter comercial o publicitario, todo dentro del marco legal aplicable. De esta manera, AUTORIZO expresamente para ser contactados por HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. y/o sus gestiones de cobranza, para los fines mencionados en la presente declaración, mediante los siguientes canales: Llamada telefónica, Mensaje de Texto, Correo electrónico, Mensajería en físico, Mensajería por aplicaciones o web, Otro

Firma _____ Documento de identidad _____

Correo electrónico: _____

Fecha: _____