

| | | | |
|--|------------------------|-----------------------------------|--------------------|
| Tomador Banco Mundo Mujer S.A. NIT. 900.768.933-8 | Sucursal 216 | Fecha de Solicitud Día Mes Año | Lugar de Solicitud |
|--|------------------------|-----------------------------------|--------------------|

DATOS DEL ASEGURADO No. 1 - CLIENTE

| | | | | | | | | |
|-----------------------|--------|----------------|--------|---|--|---------------------------------|-----------------|----------------|
| Nombre Completo | | Identificación | | Tipo CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> | | Fecha Nacimiento Día Mes Año | | |
| Dirección | | | Ciudad | Departamento | | Teléfono | | Celular |
| Ocupación (Detallada) | E-mail | | | Genero 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 - 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 del 60% del lo contratado en el amparo básico | \$ 18.000.000 | \$ 36.000.000 | \$ 72.000.000 | \$ 90.000.000 | \$ 108.000.000 |
| 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 Principal | \$ 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 |

| | | | | | |
|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|--|---------------------|
| 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 | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| TOTAL PRIMA A PAGAR \$ | | | | | |

DATOS DE LAS PERSONAS A ASEGURAR (INCLUYE EL SOLICITANTE PRINCIPAL Y FAMILIARES)

| No. | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Tipo Documento C.C. C.E. PA TI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Número de Identificación | Parentesco | Sexo | Fecha de Nacimiento Día Mes Año | Nombre EPS | Peso (Kgs) | Estatura (cms) | Calculo IMC |
|-----|-----------------|------------------|---------------|----------------|--|--------------------------|------------|------|------------------------------------|------------|------------|----------------|-------------|
| 1 | | | | | | | AP | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | |

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

Parentesco
AP: Asegurado Principal
CO: Cónyuge o compañero permanente
HI: Hijo

PA: Progenitor
HE: Hermano

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

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, epoc; Trastornos gastrointestinales como ulcera 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 diagnostico _____

SI NO

2. Si en su leal saber o entender, conoce la existencia de cualquier otra enfermedad, patología o trastorno diferentes a los mencionados anteriormente, indique cuál? _____

SI NO

3. Ha sido sometido a cirugías? Si su respuesta es afirmativa explique detalladamente. Tiene algún procedimiento pendiente? Si su respuesta es afirmativa explique detalladamente _____

SI NO

4. **SOLO PARA MUJERES.** Se encuentra en embarazo? ha tenido complicaciones obstétricas o perinatales? Explique detalladamente _____

SI NO

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 NO

| No. | Nombres y Apellidos | Tipo Documento | Número de Identificación | Respuesta Pregunta 1 | Respuesta Pregunta 2 | Respuesta Pregunta 3 | Respuesta Pregunta 4 | Respuesta Pregunta 5 | Afeccion o Enfermedad | Fecha de Diagnostico |
|-----|---------------------|--|--------------------------|---|---|---|---|---|-----------------------|----------------------|
| 1 | | C.C. C.E. PA TI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |
| 2 | | C.C. C.E. PA TI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |
| 3 | | C.C. C.E. PA TI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |
| 4 | | C.C. C.E. PA TI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | 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, autorizo expresamente a HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. a renovarlo de manera automática por periodos 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-D00I** las cuales se encuentran disponibles en la página web de La Aseguradora 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 HEMOS 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.


HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.
 Firma Autorizada

ASEGURADO PRINCIPAL
 C.C. No.

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 y que también pueden ser solicitadas en físico en la dirección del domicilio principal o a través del correo electrónico: 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: _____