

**Solicitud Individual  
Seguro de Vida Grupo**

Sucursal	Fecha		
	Día	Mes	Año
Ramo <b>Vida</b>	Póliza		

**TOMADOR - COLEGIO**

Entidad Contratante <b>Fundación Educativa Rochester</b>	NIT. <b>9005095897</b>		
E-mail <b>admisiones@rochester.edu.com</b>	Dirección <b>Autopista Norte, km 15</b>	Ciudad <b>Chía, Cundinamarca</b>	Teléfono <b>749 6000</b>

**ASEGURADO PADRE**

Nombres y Apellidos		Cédula de Ciudadanía número		Fecha de Nacimiento		
				Día	Mes	Año
Edad	Correo Electrónico	Actividad/Profesión	Oficio que usted desempeña			
Dirección Residencia			Ciudad	Departamento		
Teléfono	Celular	Peso aproximado en Kilogramos	Estatura	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		

**ASEGURADO MADRE O ACUDIENTE**

Nombres y Apellidos		Cédula de Ciudadanía número		Fecha de Nacimiento		
				Día	Mes	Año
Edad	Correo Electrónico	Actividad/Profesión	Oficio que usted desempeña			
Dirección Residencia			Ciudad	Departamento		
Teléfono	Celular	Peso aproximado en Kilogramos	Estatura	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		

**AMPAROS**

AMPAROS	VALOR ASEGURADO
AMPARO BÁSICO DE VIDA	
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	
AUXILIO FUNERARIO	

**DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD**

1. Ha padecido o padece de alguna enfermedad, o afección, o lesión, o incapacidad relacionada con lo siguiente: Trastornos cardiovasculares, o trastornos renales, o tensión arterial alta, o derrames cerebrales, o cáncer, o leucemia, o diabetes, o epilepsia, o asma, o trastornos inmunológico, o padecimientos con el SIDA, o tumores, o cálculos? Si su respuesta es afirmativa, señale la afección o enfermedad y fecha de su diagnóstico: _____	Padre Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Madre Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. Según su leal saber y entender, conoce de la existencia de cualquier otra enfermedad, o trastorno, o estado patológico, o afección distinta a las mencionadas anteriormente? En caso afirmativo, cuál? _____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. Tiene alguna anomalía física o deformidad congénita de cualquier índole? En caso afirmativo, suministre detalles: _____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. <b>Sólo para Mujeres.</b> Se encuentra en estado de embarazo ó sufre algún trastorno ginecológico? En caso afirmativo, número de semanas de gestación: _____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. 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"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. Practica algún deporte de los considerados de alto riesgo, por ejemplo: Paracaidismo, motociclismo, montañismo, a las Delta, aviación no comercial, ultralivianos, automovilismo, etc? En caso afirmativo, mencione qué deporte y con qué frecuencia lo practica: _____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	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"/>	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"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

**BENEFICIARIOS DEL SEGURO HIJO(S)**

Apellidos y Nombres	Tipo Docum.	Número Identificación	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Edad	%
			Día   Mes   Año			
			Día   Mes   Año			
			Día   Mes   Año			

**AUTORIZACIONES**

**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 **POLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO FORMA por el clausulado 26/08/2024-1333-P-34-SGEMPRESARIAL005-DOOI** las cuales se encuentran disponibles en la a 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.

**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.**

**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.**

Para constancia se firma en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del solicitante (Padre) \_\_\_\_\_

C.C. No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del solicitante (Madre) \_\_\_\_\_

C.C. No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_