

## Solicitud de Seguro para Póliza de Seguros de Asistencia Médica Domiciliaria

Sucursal / ADN	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">Fecha Solicitud</th> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">Día</td> <td style="width: 33%;">Mes</td> <td style="width: 33%;">Año</td> </tr> </table>	Fecha Solicitud			Día	Mes	Año	Novedad Inclusión <input type="checkbox"/> Número de Póliza _____ Certificado _____	Negocio Nuevo <input type="checkbox"/>
Fecha Solicitud									
Día	Mes	Año							
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"/>	N° Documento	DV
Dirección	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 <b>AP</b>	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">Fecha de Nacimiento</th> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">Día</td> <td style="width: 33%;">Mes</td> <td style="width: 33%;">Año</td> </tr> </table>		Fecha de Nacimiento			Día	Mes	Año	Dirección
Fecha de Nacimiento								
Día	Mes	Año						
Ciudad	Correo Electrónico	Número Celular	Nombre EPS					

### COBERTURAS SOLICITADAS

Cobertura Principal Asistencia Médica Domiciliaria	① Coberturas Opcionales: Consulta Médica Ilimitada(CIL) <input type="checkbox"/> Renta Diaria por Hospitalización(RH) <input type="checkbox"/> Exámenes Simples <input type="checkbox"/> Limitada(CTR) <input type="checkbox"/> Asistencia Odontológica(AO) <input type="checkbox"/> Ilimitada(EIL) <input type="checkbox"/>
---	---

Nota: ① Seleccione la cobertura opcional según las condiciones del slip y registre los códigos en cada fila de los datos de las personas a asegurar.

### 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	Fecha de Nacimiento	Nombre EPS	① Amparos Opcionales
					C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/>				Día   Mes   Año		
1							AP				
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

#### 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: Tio  
 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 carátula o slip comercial de la póliza.

### COBERTURAS

**COBERTURA PRINCIPAL**  
**ASISTENCIA MÉDICA DOMICILIARIA**  
**COBERTURAS OPCIONALES**  
 A. CONSULTA MÉDICA AMBULATORIA

B. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN E INCAPACIDAD DOMICILIARIA  
 C. EXÁMENES DE DIAGNOSTICO SIMPLE, RX, TERAPIAS E INFILTRACIONES  
 D. ASISTENCIA ODONTOLÓGICA

### DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Declaro que todas y cada una de las personas a asegurar relacionados en esta solicitud tenemos un estado de salud normal, que no tenemos o hemos recibido o nos han diagnosticado enfermedad o lesión alguna, que no recibimos tratamiento por ninguna enfermedad o lesión y que no padecemos o hemos padecido o hemos sido tratados por enfermedades o afecciones producidas o relacionadas con la ingestión voluntaria de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos, enfermedades mentales y/o eventos de orden psiquiátrico agudos o crónicos o padecemos de patologías crónicas, así mismo, declaro que no realizamos práctica de deportes de alto riesgo tales como automovilismo, motociclismo, paracaidismo, kartismo, esquí acuático, motocros, parapente, espeleología, ciclomontañismo, alpinismo, buceo entre otros.

## 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 LIBERTY SEGUROS 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 RESTRICATIVAS:** 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

**CLAUSULA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES LIBERTY SEGUROS S.A. Y LIBERTY SEGUROS DE VIDA**

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 LIBERTY SEGUROS S.A. y LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A (en adelante LIBERTY) identificados con Nit. 860.039.988-0 y 860.008.645-7 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 LIBERTY, 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 LIBERTY, 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 LIBERTY y su casa matriz, vii) para compartir la información con las personas que actúen en nombre de LIBERTY 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 LIBERTY, 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 LIBERTY.
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 LIBERTY:

**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 LIBERTY, sea compartida, intercambiada, transmitida, transferida, circulada, divulgada, consultada, ofrecida a: i) la Matriz de LIBERTY, subsidiarias y filiales de la Matriz o de LIBERTY, 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) LA LIBERTAD 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 LIBERTY y a LA LIBERTAD 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: \_\_\_\_\_