

Este documento debe ser firmado, guardado en formato PDF y posteriormente indexado en la ficha de gestión de la póliza.

Información del Tomador

Nombre completo / Apellido(s), nombre(s)	Tipo y No. de documento de identidad	Género
--	--------------------------------------	--------

Información Asegurado (persona natural)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre Completo	Tipo y No. de documento de identidad	Género	Fecha de nacimiento
Dirección de residencia		Ciudad	Teléfono/Celular	Correo electrónico	

Información de Coberturas y valor asegurado (adjuntar carta de la entidad financiera)

Valor asegurado solicitado para las coberturas seleccionadas \$

x	Paquete	Coberturas (favor marque una sola opción). El valor asegurado es igual para las coberturas contratadas		
	Básico	Fallecimiento		
	Óptimo	Fallecimiento	Incapacidad total y permanente por enfermedad o accidente	
	Extra	Fallecimiento	Incapacidad total y permanente por enfermedad o accidente	Enfermedades graves

Crecimiento anual del valor asegurado: 0% 5% 10% Tipo de crecimiento anual del valor asegurado: Aritmético Forma de pago: Anual

Información Beneficiario a título oneroso (Hasta el saldo insoluto de la deuda), únicamente persona jurídica

Nombre completo	Tipo y No. identificación	% Participación

Autorizo a Allianz Seguros de Vida, S.A. para renovar automáticamente la vigencia del contrato de seguro a partir de su vencimiento, por un periodo no mayor a doce (12) meses, siempre y cuando la prima de la vigencia anterior haya sido recaudada en su totalidad. Sí NO

Información Beneficiario a título gratuito (Para los excedentes del valor de la deuda)*

Nombre(s) y apellido(s)	Tipo y No. identificación	% participación

*En caso de no designar beneficiarios a título gratuito, serán los de ley (de acuerdo con lo estipulado en el artículo 1142 del Código de Comercio).

Declaración Salud del Asegurado (Este cuestionario deberá ser contestado totalmente)*

Peso kg Estatura cm

1. ¿Padece, ha padecido o le han diagnosticado alguna(s) de las siguientes enfermedades, circunstancias o eventos? Sí NO
En caso de respuesta afirmativa seleccione:

- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoidea - Lupus <input type="checkbox"/> Artrosis - Reemplazos Articulares <input type="checkbox"/> Asma : <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Último episodio hace mas de 2 años (seleccione una opción) <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No requiere medicamentos <input type="radio"/> Utiliza inhalador <input type="radio"/> Último episodio hace menos de 2 años <input type="checkbox"/> Cataratas - Glaucoma - Queratocono. <input type="checkbox"/> Ceguera - Sordera <input type="checkbox"/> Cirrosis Hepática - Pancreatitis - Úlcera Péptica - Colitis Ulcerativa <input type="checkbox"/> Cirugía Bariátrica: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sin complicaciones (seleccione una opción) <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Cirugía realizada hace menos de 1 año <input type="radio"/> Cirugía realizada entre 1 y 5 años <input type="radio"/> Cirugía realizada hace más de 5 años <input type="radio"/> Con complicaciones <input type="checkbox"/> Enfermedades de la Sangre - Trombosis venosa <input type="checkbox"/> Enfisema- Bronquitis crónica (EPOC)- Fibrosis Pulmonar - Hipertensión Pulmonar <input type="checkbox"/> Síncope - Vértigo | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Colesterol Alto <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Menor de 250 mg. <input type="radio"/> Entre 251 y 280 mg. <input type="radio"/> Entre 281 y 300 mg. <input type="radio"/> Mayor de 300 mg. <input type="checkbox"/> Consumo de cigarrillo-tabaco <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Menos de 10 cigarrillos al día <input type="radio"/> Más de 10 cigarrillos al día <input type="checkbox"/> Cualquier Tipo de Cáncer (Tumores Malignos -Leucemia, Mieloma Múltiple) <input type="checkbox"/> Depresión, Ansiedad, ataque de nervios u otro trastorno mental <input type="checkbox"/> Derrame, Isquemia o Trombosis Cerebral <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Embarazo en curso <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Glándula Tiroides <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Hipotiroidismo, Hipertiroidismo, nódulo tiroideo benigno, bocio. <input type="radio"/> Otras enfermedades de la tiroides <input type="checkbox"/> Epilepsia - Convulsiones - Parkinson - Alzheimer - Esclerosis múltiple <input type="checkbox"/> Trasplante | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gastritis - Dispepsia -Reflujo Gastroesofágico: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ¿Ha requerido endoscopia, tratamiento y seguimiento supervisado por el médico? (seleccione una opción) <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Único episodio hace menos de 6 meses <input type="radio"/> Único episodio hace más de 6 meses <input type="radio"/> Varios episodios <input type="radio"/> Nunca ha requerido tratamiento <input type="checkbox"/> Gota - hiperuricemia <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sin antecedentes de artritis <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ácido úrico menor de 10 mg/dl <input type="radio"/> Ácido úrico mayor de 10 mg/dl <input type="radio"/> Con antecedentes de artritis <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/> Infarto del Miocardio - Enfermedad Coronaria -Valvulopatías-Arritmias <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal <input type="checkbox"/> Pérdida funcional o anatómica (amputaciones o pérdida de la fuerza o movilidad) <input type="checkbox"/> Pérdida o disminución de capacidad para realizar su trabajo o sus actividades cotidianas <input type="checkbox"/> SIDA y VIH Positivo - Hepatitis B o C - Tuberculosis <input type="checkbox"/> Trauma Cráneo Encefálico o de columna <input type="checkbox"/> Tratamiento para Alcoholismo o Drogadicción |
|---|--|---|

2. ¿Tiene o ha tenido enfermedades, hospitalizaciones, cirugías, tratamientos farmacológicos, cuadros clínicos, lesiones, eventos o circunstancias de salud diferentes a las enunciadas en el numeral 1? En caso de respuesta afirmativa, por favor diligencie la siguiente información: SÍ NO

Nombre de las enfermedades, afecciones, lesiones, estudios, tratamientos, intervenciones quirúrgicas y complicaciones	Fecha de aparición u ocurrencia	Tratamiento o evolución	Estado actual
			<input type="checkbox"/> Recuperado sin secuelas <input type="checkbox"/> Recuperado con secuelas <input type="checkbox"/> Controlado con tratamiento <input type="checkbox"/> No controlado <input type="checkbox"/> Sin tratamiento
			<input type="checkbox"/> Recuperado sin secuelas <input type="checkbox"/> Recuperado con secuelas <input type="checkbox"/> Controlado con tratamiento <input type="checkbox"/> No controlado <input type="checkbox"/> Sin tratamiento
			<input type="checkbox"/> Recuperado sin secuelas <input type="checkbox"/> Recuperado con secuelas <input type="checkbox"/> Controlado con tratamiento <input type="checkbox"/> No controlado <input type="checkbox"/> Sin tratamiento

3. ¿Tiene programada alguna intervención quirúrgica o se encuentra en la actualidad bajo estudio médico para el diagnóstico de alguna enfermedad? En caso de respuesta afirmativa, por favor diligencie la siguiente información: SÍ NO

a. Registre aquí los síntomas pendientes por consultar o aclarar con el médico, o estudios pendientes por realizar.

b. Registre aquí el tratamiento médico o quirúrgico pendiente por realizar.

4. ¿A sus padres o hermanos(as) les han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades? SÍ NO **En caso de respuesta afirmativa seleccione:**

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cualquier Tipo de Cáncer: | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cerebro Vascular (Derrame cerebral); Enfermedad coronaria; Diabetes: | <input type="checkbox"/> Enfermedad Neurológica |
| <input type="checkbox"/> Diagnosticado antes de los 50 años (seleccione una opción): | <input type="checkbox"/> Diagnosticado antes de los 60 años (seleccione una opción): | |
| <input type="radio"/> Un pariente (Cáncer) | <input type="radio"/> Un pariente | |
| <input type="radio"/> Más de un pariente (Cáncer) | <input type="radio"/> Más de un pariente | |
| <input type="checkbox"/> Diagnosticado después de los 50 años (seleccione una opción): | <input type="checkbox"/> Diagnosticado después de los 60 años (seleccione una opción): | |
| <input type="radio"/> Un pariente (Cáncer) | <input type="radio"/> Un pariente | |
| <input type="radio"/> Más de un pariente (Cáncer) | <input type="radio"/> Más de un pariente | |

5. ¿Tiene algún seguro de vida individual o de accidentes personales vigente, diferente a aquellos que respaldan deudas en entidades financieras? SÍ NO

6. ¿Ha sido indiciado, investigado, procesado, inculpado, imputado, detenido y/o condenado por algún delito? SÍ NO

COMPROMISO DE SINCERIDAD Y VERACIDAD DE LAS DECLARACIONES

De conformidad con lo estipulado en el artículo 1058 del Código de Comercio, hago constar que las respuestas que he dado a las preguntas contenidas en el cuestionario precedente, son sinceras y veraces y pueden servir de fundamento a Allianz Seguros de Vida S.A., para tomar la decisión de asumir o no los riesgos de seguro de vida a que se refiere mi solicitud. En consecuencia de lo anterior, cualquier retención o inexactitud en que el suscrito solicitante haya incurrido viciara de nulidad relativa el contrato de seguro y Allianz podrá alegarla por acción o excepción, quedando facultada para abstenerse de pagar la indemnización que se reclame. Declaro que mi ocupación esta permitida por la Ley y no ejerzo actividades ilícitas. Acepto que Allianz Seguros de Vida S.A. No asume responsabilidad alguna sino mediante la expedición de la póliza.

AUTORIZACIONES

En cumplimiento de las previsiones legales sobre el manejo, custodia y archivo de la Historia clínica, autorizo irrevocablemente durante la vigencia del contrato de seguro que llegare a celebrar con Allianz Seguros de Vida S.A, y por diez años más después de finalizada la vigencia del mismo, a los médicos, clínicos, hospitales, EPS y demás establecimientos que me hayan brindado atención en servicios de salud, para suministrar la información sobre mi historia clínica y/o estado de salud que Allianz Seguros de Vida S.A les solicite, aún después de mi fallecimiento.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá llegar a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad y la de terceras personas que sean asegurados o beneficiarios del seguro. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica. También será objeto de tratamiento la información de naturaleza sensible relacionada con el estado de salud y datos de identidad sexual. La información descrita será utilizada para las siguientes finalidades:

- (i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. SÍ NO
- (ii) Envíos Comerciales: Contactar al titular a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, teléfono, entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios de la Compañía o terceros vinculados, campañas de fidelización o mejora de servicio, así como para realizar encuestas y estudios de mercado, por lo que la Compañía podrá suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y cualquier tercero con el cual tengan un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas. SÍ NO
- (iii) Perfilamiento: Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar o predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias personales, intereses, comportamiento, entre otros. SÍ NO

El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión de sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes, solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada, consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atienda en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. Los anteriores derechos podrán ser ejercidos presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención: i) Línea call center- Clientes (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Requerimiento escrito a la Carrera 13A No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; iii) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co.

Declaro conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente solicitud de autorización, así como el contenido de la política de protección de datos personales de la Compañía publicada en www.allianz.co. Además, declaro que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable y que autorizo su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna, y me obligo a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Declaro haber recibido las condiciones generales del producto, así mismo entender las coberturas, las exclusiones y las garantías.

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Firma	Firma	Firma
Nombre del asegurado: _____	Nombre del tomador: _____	Asesor de Seguros: _____
Tipo y número de documento de identidad: _____	Tipo y número de documento de identidad: _____	No. Clave: _____