

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Fecha (día, mes y año)

Señores  
**ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.**  
Gerencia de Vida  
Ciudad

**ASUNTO: MODIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS PÓLIZA DE VIDA No. \_\_\_\_\_**

Respetados señores:

Por medio de la presente me permito informar que a partir de la fecha mis nuevos beneficiarios para la póliza de vida individual No. \_\_\_\_\_, son:

<u>Nombres Completos</u>	<u>Tipo Identificación</u>	<u>No. Identificación</u>	<u>Parentesco</u>	<u>%</u>
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

*TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: "Con el diligenciamiento de este formato, autorizo a Allianz Seguros de Vida, identificada como NIT 860.027.404-1, como responsable del tratamiento a recolectar, almacenar y utilizar los datos personales de identificación de las personas que relacionó como beneficiarios del contrato de seguro suscrito con la Compañía, encontrándome debidamente legitimado para estos propósitos, para fin de dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por la Compañía respecto al contrato de seguro 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.*

*Finalmente, declaro conocer que a los titulares de datos personales tienen derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión 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 ALLIANZ en Bogotá 6065903 o a Nivel Nacional 018000514405 -Opción 9; ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29 – 24, Dirección de Servicio al cliente y iii) Correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co".*

Cordialmente,

\_\_\_\_\_  
Firma

Nombre Asegurado \_\_\_\_\_ C.C. Asegurado \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

NOTA: Entregue este formato debidamente diligenciado y autenticado, junto con los documentos relacionados en la lista de chequeo

## **Lista de Chequeo**

Favor diligenciar en su totalidad con letra legibles y sin enmendaduras.

### **Soportes requeridos para Modificación de Beneficiarios Póliza de Vida**

- ✓ Formato autenticado de Solicitud de Modificación de beneficiarios.
- ✓ Fotocopia legible del documento de identidad del Asegurado y de cada uno de los nuevos beneficiarios.

### **RECOMENDACIONES**

1. Radique este documento en original.
2. El número de póliza que debe relacionar corresponde al número expedido inicialmente por la Compañía.
3. Si su solicitud incluye más de una póliza, diligencie y entregue la documentación completa por cada una de ellas.
4. En caso de no dar cumplimiento a esta lista de chequeo no será posible atender su requerimiento.
5. Recuerde solicitar el radicado de esta comunicación por parte de Allianz Seguros. El cambio de beneficiario tendrá efecto a partir de la fecha en la cual usted radique esta comunicación.