



Internal

Ciudad _____

Fecha (día, mes y año) _____

Señores

ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.

Gerencia de Vida y Run Off

Ciudad _____

ASUNTO: MODIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS POLIZA 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.

Finamente, 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".

Autorizo que se actualicen los datos personales aquí relacionados

SI _____

NO _____

Cordialmente,

Firma del Asegurado _____

Nombre Asegurado _____ C.C. Asegurado _____

Ciudad _____ Dirección _____

Correo Electrónico _____ Teléfono _____

Nota: Remitir este formato legible debidamente diligenciado y firmado por el Asegurado principal, junto con los documentos de identidad a través del buzón rovidaindividual@allianz.co

Tener presente que el tiempo de atención a su solicitud es de 10 días hábiles a partir de la radicación de este documento. Si se envía la solicitud después de las 3:00 pm, se contarán los 10 días, a partir del primer día hábil siguiente.

Versión Julio 2026