



Manual
Documentación
Formulario de
Conocimiento del Cliente

Intermediarios

Contenido

Descripción

Login

Dashboard

Módulos de intermediario

Gestiones

- Nueva gestión
- Diligenciar
- Formulario de Conocimiento del Cliente
- Declaración de Asegurabilidad
- Declaración de Salud

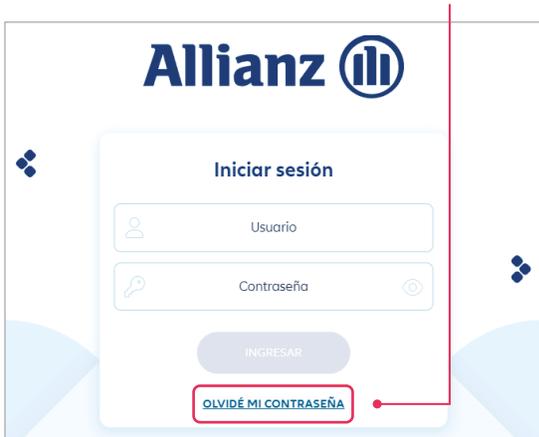
Descripción

A través de la plataforma Allianz Compañía de Seguros S.A., se podrán gestionar y administrar los procesos de creación de formularios de conocimiento del cliente, para los diferentes tipos de pólizas; así mismo, los documentos técnicos que lo acompañan, y se podrá controlar su vigencia.



Login

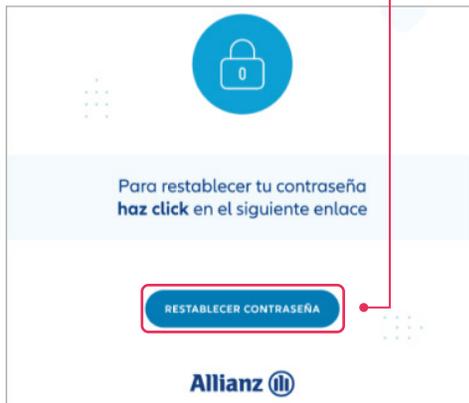
- 1 Digita tu usuario y contraseña. Al hacer clic en el botón **INGRESAR**, la plataforma te redireccionará a la vista del Dashboard. En caso de no recordar tu contraseña, haz clic en la opción **OLVIDÉ MI CONTRASEÑA**.



- 2 La plataforma mostrará una ventana emergente llamada **RESTABLECER CONTRASEÑA**. Una vez ingreses el código enviado a tu email, pulsa el botón **ENVIAR**.



3 Haz clic en el enlace **RESTABLECER CONTRASEÑA**.



4 Serás redireccionado a la vista **NUEVA CONTRASEÑA**. Digita la nueva contraseña con las características de seguridad solicitadas y haz clic en **ESTABLECER CONTRASEÑA**.



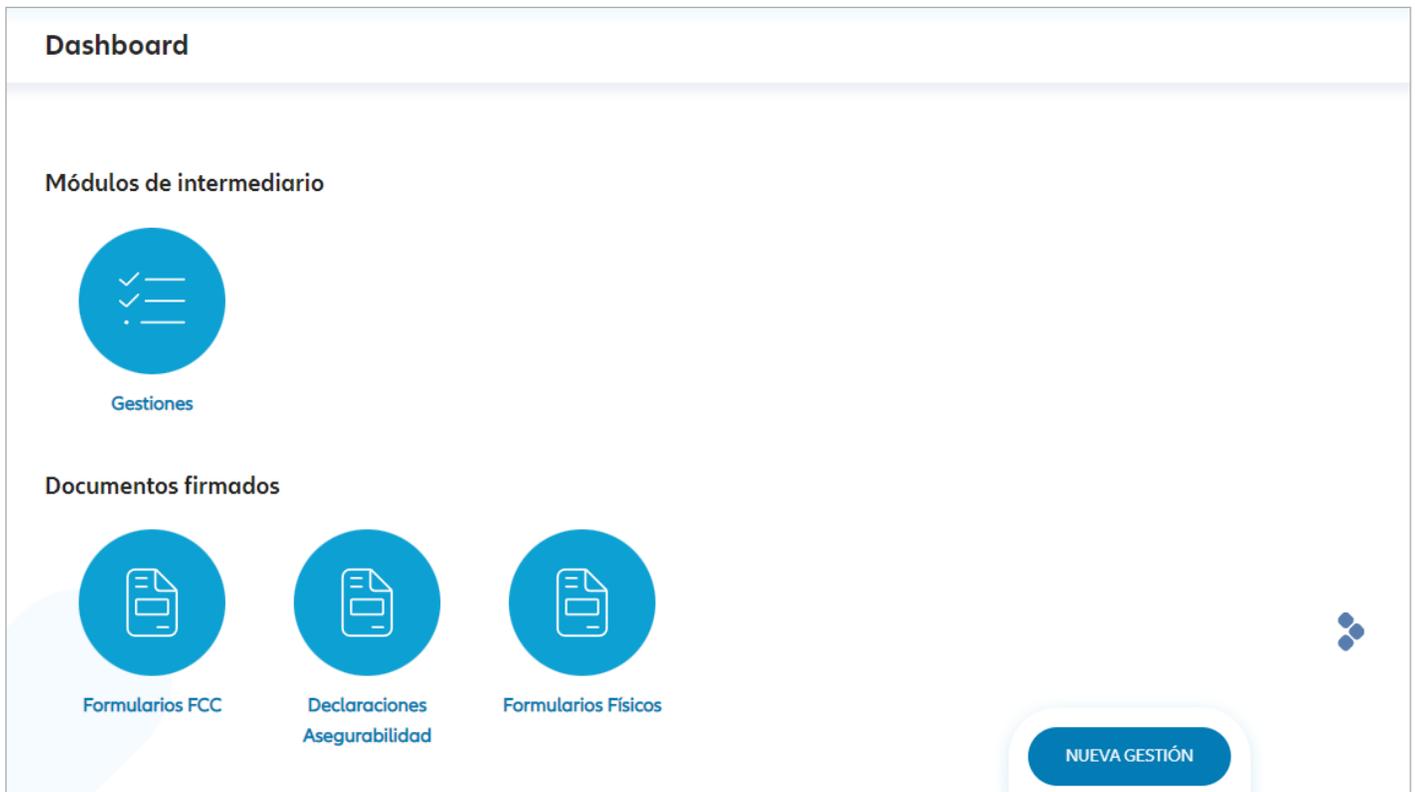
5 Una vez se restablezca tu contraseña, la plataforma te mostrará un mensaje confirmando el proceso exitoso. Al hacer clic en el botón **IR A LA PLATAFORMA** serás redireccionado a la vista **INICIAR SESIÓN**.





Dashboard

El panel principal del sistema corresponde al Dashboard que permite interactuar con la plataforma Allianz. Se encuentra compuesto por dos secciones, comprendidas por cuatro submódulos, a los cuales podrás ingresar de acuerdo con tu perfil.



Dashboard

Módulos de intermediario

- 
Gestiones

Documentos firmados

- 
Formularios FCC
- 
Declaraciones Asegurabilidad
- 
Formularios Físicos

[NUEVA GESTIÓN](#)





Módulos de Intermediario

Gestiones

Al hacer clic en esta opción, el sistema te redireccionará a la vista **GESTIONES**, en la cual podrás consultar las gestiones realizadas con tu clave, separadas por su estado: NO Enviadas, Enviadas y Filtradas; adicionalmente, podrás registrar nuevas gestiones.

The screenshot shows the Allianz 'Gestiones' interface. At the top, there are tabs for 'No enviadas', 'Enviadas', and 'Firmadas', with 'No enviadas' selected. A '+ NUEVA GESTIÓN' button is visible. Below the tabs is a 'Filtros' section with several input fields: 'Código de gestión', 'Fecha creación inicial', 'Fecha creación final', 'Tipo de gestión', 'Clave hija', 'Tipo de documento del cliente', 'Número documento cliente', 'Ramo', 'Producto', and 'Tipo de vinculación'. A blue 'FILTRAR' button is located at the bottom right of the filter section, highlighted with a red box and a red line pointing to it.

Una vez diligencias los valores, deberás hacer clic en el botón **FILTRAR**, para poder visualizar la información, por medio de los siguientes campos:

Código de gestión	Fecha creación	Tipo de gestión	Clave hija	Tipo doc.cliente	No.doc.cliente	Nombre/Razón social cliente	Ramo	Producto	Acciones
100	31-01-2023	Gestión de intermediario	1000850	Cédula de ciudadanía	52538836		Transportes	Mat Transportes	VER GESTIÓN, RETOMAR, ELIMINAR
141	15-02-2023	Gestión de intermediario	1111113	NIT	2345643253		Transportes	Mat Transportes	VER GESTIÓN, RETOMAR, ELIMINAR
144	15-02-2023	Gestión de intermediario	1111113	NIT	1234564322		Transportes	Mat Transportes	VER GESTIÓN, RETOMAR, ELIMINAR

NUEVA GESTIÓN

Haciendo clic en el botón **NUEVA GESTIÓN** se desplegará la siguiente ventana emergente >>>

Seleccione clave principal/hija ✕

Clave principal/hija ▼

1111113

← ATRÁS
SELECCIONAR

Al darle clic al botón **SELECCIONAR**, este te redireccionará a la vista **NUEVA GESTIÓN**, en la cual se encuentra **DATOS DE LA GESTIÓN**; allí deberás diligenciar todos los campos solicitados para la generación del Formulario de Conocimiento del Cliente Persona Natural o Persona jurídica.

Nueva gestión

Datos de la gestión

Producto

Ramo

Producto

Tomador

Tipo documento

Número documento

¿Tomador es diferente al Asegurado Principal?

Sí

Asegurado

Tipo documento

Número documento

¿Gestión por medio de un Apoderado?

Sí

Primer nombre apoderado

Segundo nombre apoderado

Primer apellido apoderado

Segundo apellido apoderado

Tipo documento

Número documento

SIGUIENTE

Al hacer clic en el botón **SIGUIENTE**, este te redireccionará a la vista **FORMULARIOS DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE**.



Formularios de Conocimiento del Cliente

Código de la gestión: **615**

Diligencie todos los formularios pendientes mostrados en esta sección.

Formulario del Tomador



Pendiente

CC 1.003.591.532
No tiene un FCC vigente

FORMULARIO AUTORIZADO

DILIGENCIAR

SIGUIENTE

Podrás realizar el diligenciamiento del Formulario de Conocimiento del Cliente o realizar el cargue de un Formulario Autorizado de Fasecolda (solo aplica para los intermediarios que se encuentren autorizados para recibir este formato).



Diligenciamiento digital de Formulario de Conocimiento del Cliente Persona natural

DILIGENCIAR

Al hacer clic en el botón **DILIGENCIAR**, este te redireccionará a la vista **INFORMACIÓN PERSONAL**, en la que deberás diligenciar la información básica solicitada:

- Primer nombre*
- Segundo nombre
- Primer apellido*
- Segundo apellido
- Fecha de nacimiento*
- Fecha de expedición de documento *
- País de nacionalidad*
- Género*
- Estado civil*

NOTA: Los campos marcados con * son de carácter obligatorio; el sistema validará en cada una de las pantallas el correcto diligenciamiento de estos campos al dar clic en el botón **SIGUIENTE**.

AGREGAR DISCAPACIDAD

Si la respuesta en el interruptor es SI, el sistema desplegará el botón **AGREGAR DISCAPACIDAD**

Al hacer clic en el botón **AGREGAR DISCAPACIDAD**, debes elegir el tipo de discapacidad en la lista desplegable y hacer clic en el botón **AGREGAR**.

Información Personal

Información básica

Primer nombre
NAGUID

Segundo nombre
JOSE

Primer apellido
HERNANDEZ

Segundo apellido
JIMENEZ

Fecha de nacimiento

Año v

Mes v

Día v

Fecha de expedición de documento

Año v

Mes v

Día v

País de nacionalidad v

Género v

Estado civil v

¿Tiene algún tipo de discapacidad?

SI

Identifique las discapacidades que tiene.

AGREGAR DISCAPACIDAD

< **Agregar discapacidad**

¿Qué tipo de discapacidad tiene? v

AGREGAR



Una vez agregues el tipo de discapacidad, verás la respuesta reflejada en el formulario, de esta manera >>>

PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA

Si la respuesta es SI, el sistema desplegará los siguientes campos, los cuales deben ser diligenciados en su totalidad. >>>

- Tipo de PEP
- Entidad
- Cargo
- Fecha vinculación
- ¿Sigue vinculado a esa entidad?
- ¿Maneja cuentas financieras extranjeras?

Una vez termines de diligenciar la información, haz clic en el botón **AGREGAR RELACIÓN**.

¿Tiene algún tipo de discapacidad?

Sí

Identifique las discapacidades que tiene.

Física 

AGREGAR DISCAPACIDAD

¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente (PEP)?

Sí

Tipo de PEP 

Entidad

Cargo

Fecha de vinculación

Año  Mes  Día 

¿Sigue vinculado a esa entidad? 

¿Maneja cuentas financieras extranjeras? 

A continuación, identifique las personas de su grupo familiar y/o asociados cercanos.

AGREGAR RELACIÓN

Al hacer clic en el botón **AGREGAR >>> RELACIÓN**, se desplegarán los siguientes campos, los cuales debes diligenciar:

- Relación
- Primer nombre
- Segundo nombre
- Primer apellido
- Segundo apellido
- Tipo de documento
- Número de documento
- País de nacionalidad

Luego haz clic en el botón **AGREGAR**.

¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO FAMILIAR, CIVIL O DE ASOCIADO ENTRE USTED Y UNA PEP?

Esta pregunta viene acompañada de un interruptor, para que elijas la respuesta que corresponda. Si la respuesta es SI, se activará los campos de la ventana siguiente.

AGREGAR VÍNCULO PEP

Al hacer clic en este botón , se desplegarán los siguientes campos, los cuales debes **>>>** diligenciar y luego hacer clic en el botón **AGREGAR**.

- Vínculo
- Tipo PEP
- Primer nombre
- Segundo nombre
- Primer apellido
- Segundo apellido
- Tipo de documento
- Número de documento
- País de nacionalidad
- Entidad
- Cargo
- Fecha de vinculación
- ¿Sigue vinculado a esa entidad?
- ¿Maneja cuentas financieras extranjeras?

Una vez diligencies todos los campos deberás hacer clic en el botón **AGREGAR**. Al darle clic en este botón, este se reflejará en el formulario.

Cuando completes toda la información deberás hacer clic en el botón **SIGUIENTE**, que se encuentra ubicado en la parte inferior derecha de la pantalla.

Al darle clic al botón **SIGUIENTE**, el sistema te redireccionará a la vista **INFORMACIÓN DE CONTACTO**

<
Agregar vínculo con PEP

Vínculo ▼

Tipo PEP ▼

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

Tipo documento ▼

Número de documento

País de nacionalidad ▼

Entidad

Cargo

Fecha de vinculación

Año ▼

Mes ▼

Día ▼

¿Sigue vinculado a esa entidad? ▼

¿Maneja cuentas financieras extranjeras... ▼

AGREGAR

¿Existe algún vínculo familiar, civil o de asociado entre usted y una Persona Expuesta Políticamente (PEP)?

Sí

A continuación, identifique las PEP con las que usted está vinculado.

VÍNCULO CON PEP

Ttt Tttt Yyyy Yyy
C.C. 123777777 ANTIARTIDA
Abuelos - PEP Extranjero
7
iiiiii
Cuenta financiera extranjera en ANGOLA

AGREGAR VÍNCULO CON PEP

INFORMACIÓN DE CONTACTO

En esta vista debes diligenciar los campos correspondientes:

- Email contacto
- Confirmación email contacto
- Celular contacto
- Dirección
- Departamento
- Ciudad

Cuando completes toda la información deberás hacer clic en el botón **SIGUIENTE**.

Al darle clic al botón **SIGUIENTE** continuarás con el diligenciamiento en la vista:

INFORMACIÓN TRIBUTARIA

La cual contiene los siguientes campos:

- Exento de IVA
- Tipo de contribuyente

Cuando completes toda la información deberás hacer clic en el botón **SIGUIENTE**.

INFORMACIÓN LABORAL

Posteriormente al dar clic al botón **SIGUIENTE**, deberás diligenciar esta vista que contiene los siguientes campos:

- Situación laboral
- Código CIU- Actividad económica de la empresa

Cuando completes toda la información deberás hacer clic en el botón **SIGUIENTE**.



Información de Contacto



Información Tributaria



Información Laboral

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

Al dar clic al botón **SIGUIENTE**, el sistema te redireccionará a esta vista en donde deberás escoger con cuál de los 2 tipos de firmas el cliente realizará el proceso de firmado y aceptación de la información.

FIRMA FÍSICA

Si eliges la firma física, se visualizará la siguiente vista. >>>

Al hacer clic en el botón **IMPRIMIR** se descargará el Formulario de Conocimiento del Cliente con la información diligenciada en formato PDF.

Este, una vez firmado por el cliente, deberá ser adjuntado en el campo **FORMULARIO FÍSICO FIRMADO**.



Formularios de Conocimiento del Cliente
Código de la gestión: 618
Diligencie todos los formularios pendientes mostrados en esta sección.

Formulario del Tomador

EMY LUZ TIRADO HOYOS
CC: 1.003.591.530

Listo para enviar

EDITAR

Tipo de firma: Digital

Digital

Física



Formularios de Conocimiento del Cliente
Código de la gestión: 618
Diligencie todos los formularios pendientes mostrados en esta sección.

Formulario del Tomador

EMY LUZ TIRADO HOYOS
CC: 1.003.591.530

Adjunto pendiente

EDITAR

Tipo de firma: Física

Formulario físico firmado

IMPRIMIR

formulario.pdf

Al hacer clic en el botón **EDITAR**, este te permitirá editar los siguientes formularios:

- Información personal
- Información de contacto
- Información tributaria
- Información laboral

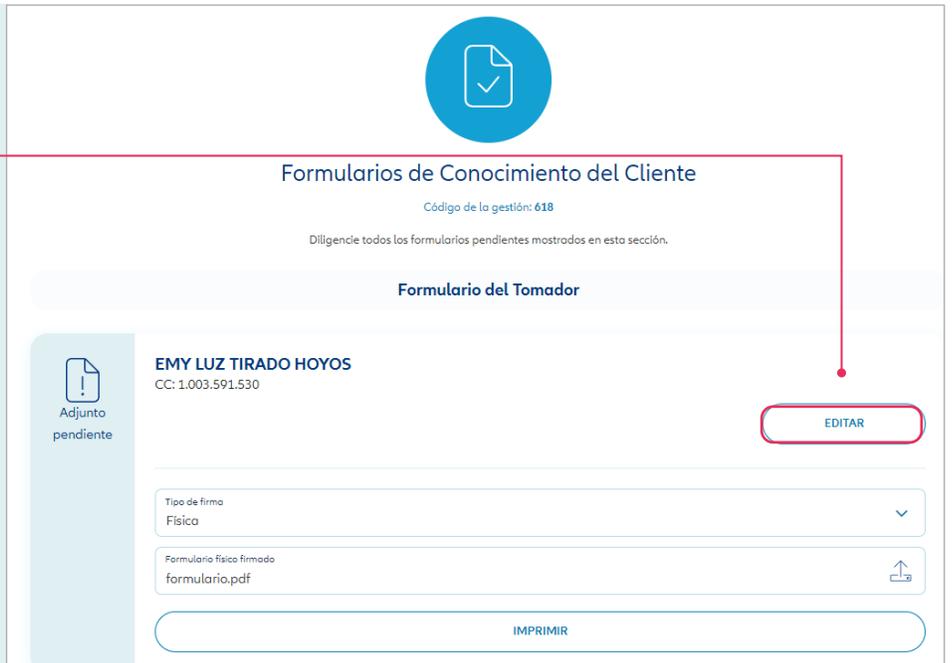
FIRMA DIGITAL

Si eliges la firma digital, se visualizará la siguiente vista **>>>**

Al hacer clic en el botón **EDITAR**, este te permitirá editar los siguientes formularios:

- Información personal
- Información de contacto
- Información tributaria
- Información laboral

Una vez elijas la firma digital, haz clic en el botón **SIGUIENTE**.



Formularios de Conocimiento del Cliente
Código de la gestión: 618
Diligencie todos los formularios pendientes mostrados en esta sección.

Formulario del Tomador

Adjunto pendiente

EMY LUZ TIRADO HOYOS
CC: 1.003.591.530

Tipo de firma: Física

Formulario físico firmado: formulario.pdf

EDITAR

IMPRIMIR



Formularios de Conocimiento del Cliente
Código de la gestión: 626
Diligencie todos los formularios pendientes mostrados en esta sección.

Formulario del Tomador

Listo para enviar

EMY LUZ TIRADO HOYOS
CC: 1.003.591.530

Tipo de firma: Digital

Correo electrónico para firmar: emy.tirado@red5g.co

EDITAR



PROCESO DE FIRMA DIGITAL DEL CLIENTE

1

El cliente recibe el siguiente correo electrónico, al dar clic el sistema le solicitará ingresar los últimos 4 dígitos de su cédula o NIT para continuar con el proceso y validar la información del formulario



Te invitamos a validar tu información en el formulario de conocimiento del cliente.

[Haz clic aquí](#)

Si tienes alguna duda, contacta a tu intermediario o comunícate con nosotros de forma gratuita a nuestras líneas de atención al cliente:

Desde un celular: #265
Bogotá: 601 594 11 33
Nacional: 018000 51 35 00

allianz.co

2

Una vez validada la información y aceptados los términos y condiciones, el cliente recibirá un código OTP por mensaje de texto a su celular y a su correo electrónico



Para formalizar el proceso es necesario que ingreses este código de verificación:

1 4 5 6

Si tienes alguna duda, contacta a tu intermediario o comunícate con nosotros de forma gratuita a nuestras líneas de atención al cliente:

Desde un celular: #265
Bogotá: 601 594 11 33
Nacional: 018000 51 35 00

allianz.co

3

Una vez se culmine exitosamente el proceso de firma digital, el cliente recibirá el siguiente correo con los documentos firmados adjuntos



Tu intermediario se pondrá en contacto contigo para finalizar el proceso de compra de tu seguro.

Adjunto encontrarás los documentos firmados.

Si tienes alguna duda, contacta a tu intermediario o comunícate con nosotros de forma gratuita a nuestras líneas de atención al cliente:

Desde un celular: #265
Bogotá: 601 594 11 33
Nacional: 018000 51 35 00

allianz.co

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Al hacer clic en el botón **DILIGENCIAR**, este te redireccionará a la vista **DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS**.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

En esta vista encuentras **TOMADOR Y ASEGURADO** y un interruptor para determinar si este también es beneficiario.

Si la respuesta es **SÍ**, la plataforma desplegará una ventana emergente llamada **INFORMACIÓN DE BENEFICIARIO** con los siguientes campos:

- Estatura (cm)
- Peso (kg)
- Ocupación

Una vez completes toda la información requerida debes dar clic al botón **SIGUIENTE**.



Declaración de Asegurabilidad
Código de la gestión: 618
Diligencie todos los formularios pendientes mostrados en esta sección.

Pendiente

Declaración de Asegurabilidad para Salud

DILIGENCIAR



Designación de Beneficiarios
Código de la gestión: 619
Tomador y Asegurado

EMY LUZ TIRADO HOYOS
C.C.: 1003591530

¿Es beneficiario? No

AGREGAR BENEFICIARIO



Agregar beneficiario
Código de la gestión: 619

Información de Beneficiario
EMY LUZ TIRADO HOYOS
C.C.: 1.003.591.530

Estatura (cm)

Peso (Kg)

Ocupación

SIGUIENTE

Al hacer clic en el botón **SIGUIENTE**, este te redireccionará a la vista **INFORMACIÓN DE CONTINUIDAD**, la cual cuenta con la pregunta

Si la respuesta es Si, el sistema desplegará los siguientes campos

Al pulsar el botón **SIGUIENTE**, este te redireccionará a la vista **DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS**

Al darle clic al botón **EDITAR**, este te permitirá editar los siguientes formularios:

- Información de beneficiario.
- Información de continuidad.

Al darle clic al botón **ELIMINAR**, este eliminará la información del beneficiario diligenciado.



Información de Continuidad

¿Se le está dando continuidad a un producto?

Sí

Aseguradora

Número de póliza

¿Cobertura de congénitos?



Designación de Beneficiarios
Código de la gestora: 619

Tomador y Asegurado (es beneficiario)

Beneficiario 1	EMY LUZ TIRADO HOYOS C.C.: 1003591530	EDITAR	ELIMINAR
-------------------	--	--------	----------

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

AGREGAR BENEFICIARIO

SIGUIENTE

AGREGAR BENEFICIARIO

Al hacer clic en este botón, el sistema desplegará una ventana emergente llamada **INFORMACIÓN DE BENEFICIARIO** con los siguientes campos **>>>**

- Primer nombre
- Segundo nombre
- Primer apellido
- Segundo apellido
- Tipo de documento
- Número de documento
- Género
- Fecha nacimiento
- Estatura (cm)
- Peso (Kg)
- Parentesco asegurado principal
- Estado civil
- Ocupación
- Ciudad

Nota: Debes diligenciar todos los campos, ya que son de carácter obligatorio para continuar con el proceso.

Cuando finalices, pulsa el botón **SIGUIENTE**.

Información de Beneficiario

Fecha de nacimiento

DECLARACIÓN DE SALUD

Al pulsar el botón **SIGUIENTE**, este te redireccionará a la vista **DECLARACIÓN DE SALUD**:



Declaración de Salud

¿Algún beneficiario sufre de alguna de las siguientes afecciones?

- Convulsiones, epilepsia o movimientos anormales, vértigo, secuelas de meningitis.

No
- Retardo mental, parálisis cerebral, autismo o trastornos del desarrollo, miastenia gravis, Guillain-Barré, parálisis.

No
- Esclerosis múltiple o enfermedad desmielinizante o "ELA" (esclerosis lateral amiotrófica).

No
- Trauma cráneo-encefálico, o de columna o de un nervio o dolor crónico. Trastorno de los discos intervertebrales, hernia discal, ciática o radiculopatía.

No
- Enfermedades neurológicas degenerativas, parkinson, alzheimer, esquizofrenia, demencia, depresión, ansiedad u otras enfermedades mentales.

No
- Hipertiroidismo, bocio, nódulos tiroideos o lesiones que ameriten biopsia de tiroides, antecedente de cirugía de tiroides (tiroidectomía) o yodoterapia.

No

Esta vista contiene las siguientes preguntas, cada una de las cuales viene acompañada del interruptor SI/NO, para responder de acuerdo con el estado de salud.

- Convulsiones, epilepsia o movimientos anormales, vértigo, secuelas de meningitis.
- Retardo mental, parálisis cerebral, autismo o trastornos del desarrollo, miastenia gravis, Guillain-Barré, parálisis.
- Esclerosis múltiple o enfermedad desmielinizante o “ELA” (esclerosis lateral amiotrófica).
- Trauma cráneo-encefálico, o de columna o de un nervio o dolor crónico. Trastorno de los discos intervertebrales, hernia discal, ciática o radiculopatía.
- Enfermedades neurológicas degenerativas, parkinson, alzheimer, esquizofrenia, demencia, depresión, ansiedad u otras enfermedades mentales.
- Hipertiroidismo, bocio, nódulos tiroideos o lesiones que ameriten biopsia de tiroides, antecedente de cirugía de tiroides (tiroidectomía) o yodoterapia.
- Catarata, glaucoma, estrabismo, ceguera, enfermedades del nervio óptico, desprendimiento de retina, pterigio.
- Sinusitis, rinitis, otitis, laringitis o amigdalitis crónicas; pólipos, desviación del tabique nasal, amígdalas o adenoides muy grandes. (Crónicas: más de 3 eventos por año).
- Pérdida de la audición, sordera, usa o necesita audífono o implante coclear.
- EPOC, enfisema, bronquitis crónica, fibrosis pulmonar, hipertensión pulmonar o requiere oxígeno o concentrador, C-PAP o B-PAP, tuberculosis.
- Asma, secuelas de ventilación pulmonar prolongada (displasia broncopulmonar), antecedente de membrana hialina.
- Diabetes mellitus, SIDA o VIH positivo, trasplantes, hepatitis B o C, cirrosis, enfermedad crónica del hígado, pancreatitis crónica, insuficiencia renal, diálisis, riñón poliquístico o glomerulopatías.
- Cáncer o tumores de cualquier órgano, leucemia.

- Enfermedades de la sangre, hemofilia o trastorno de coagulación, anemia, aplicación de hierro o transfusiones, uso de anticoagulantes.
- Hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, soplos enfermedades de las válvulas o prótesis valvular, arritmia, bloqueos, marcapasos, várices o enfermedad arterial de cualquier vaso o segmento corporal.
- Aneurismas, malformaciones arterio-venosas, trombosis o derrame cerebral, enfermedad coronaria, angina, infarto cardíaco, stent o revascularización (bypass coronario o puente).
- Esofagitis, esófago de barret, úlcera péptica o duodenal, hemorragia digestiva, divertículos en colon, colitis ulcerativa, cálculos de la vesícula, hemorroides, cirugías del intestino.
- Cirugía bariátrica (bypass gástrico, manga gástrica) antes de 1 año, colesterol o triglicéridos altos, ácido úrico o azúcar alta.
- Cisto, recto o úterocele (vejiga, recto o matriz caída), hemorragia uterina anormal, miomas, endometriosis, quistes en los ovarios, enfermedades de la mama.
- Citología con sospecha de cáncer (NIC I, II, III), infección por virus del papiloma, mamografía con resultados como quistes, tumores, dilataciones o lesiones que puedan o no, haber requerido biopsia.
- Cálculos renales, incontinencia, testículo no descendido, hidrocele, prepucio redundante, varicocele, trastornos de la próstata.
- Artritis reumatoide, lupus, enfermedades autoinmunes o del colágeno.
- Escoliosis, deformidades de columna, de los huesos o de las articulaciones, artrosis de cadera, rodilla, hombro, codo, prótesis o reemplazos articulares.
- Malformaciones o defectos congénitos o genéticos de cualquier órgano, síndrome de Down, malformaciones del corazón y/o de los grandes vasos o cardiopatía congénita.

Además también cuenta con la siguiente pregunta

Si la respuesta es **SÍ**, el sistema desplegará el botón **AGREGAR**.

Una vez hagas clic en el botón **AGREGAR**, este te redireccionará a la vista **IDENTIFICAR BENEFICIARIO**, que tiene los siguientes campos:

- Beneficiario
- Diagnostico
- Año de diagnostico
- Lateralidad
- Tratamiento
- Botón agregar

Los cuales debes diligenciar en su totalidad.

¿Algún beneficiario sufre de alguna afección no mencionada anteriormente?

Sí

Identifique los beneficiarios que apliquen.

No se ha agregado ningún beneficiario.

AGREGAR

< Identificar beneficiario

Beneficiario ▼

Diagnóstico

Año de diagnóstico

Lateralidad ▼

Tratamiento 0 / 150

AGREGAR

También encontrarás las siguientes preguntas con su interruptor, para responder SI o NO, según corresponda:

Indique si usted o alguno de sus beneficiarios tiene o ha tenido alguno de los siguientes antecedentes

- ¿Algún beneficiario consume medicamentos regularmente? ¿Qué medicamentos y en que dosis?

No
- ¿Algún beneficiario consume alcohol, cigarrillo, drogas alucinógenas o sustancias psicoactivas o se ha internado en instituciones para manejo de alcoholismo o drogadicción? Especifique.

No
- ¿Algún beneficiario requiere terapias o se encuentra en un programa de rehabilitación? ¿Qué terapias recibe? Especifique.

No
- ¿Algún beneficiario ha presentado alguna lesión o accidente que reduzca su capacidad física o intelectual?, o ¿por la que se encuentre incapacitado o con calificación de discapacidad?, o ¿que haya requerido material de osteosíntesis? Indique el número del solicitante que corresponda, tipo de lesión y/o secuelas si presenta. Lugar anatómico, fecha del evento, ¿conserva el material de osteosíntesis o ya lo retiraron? Especifique.

No
- ¿Algún beneficiario ha requerido o tiene pendiente la realización de exámenes (como TAC, resonancia, gammagrafía), o procedimientos (tales como artroscopia, endoscopia, colonoscopia, laparoscopia, biopsias), o ha estado hospitalizado, lo han operado o tiene pendiente alguna cirugía? En caso afirmativo especifique el tipo de examen, si ya lo tomó indique fecha, resultado y aporte copia de los reportes. En caso de hospitalización o cirugía indique el motivo o la causa de la misma, el diagnóstico definitivo, la fecha del evento y si quedó con alguna secuela. Especifique.

No
- En la familia los padres o hermanos del asegurado principal o de sus beneficiarios han sido diagnosticados antes de los 50 años con cáncer de mama, cáncer de ovario, cáncer de colon o de recto, diabetes mellitus, eventos cerebrovasculares (hemorragia o trombosis), eventos coronarios (infartos, colocación de stent o revascularización)? Indique qué enfermedad, qué miembro de su familia y a qué edad le hicieron el diagnóstico o presentó el evento. Especifique. Nota: Esta pregunta permitirá incluirlo en los programas de prevención de la compañía.

No

Indique si usted o alguno de sus beneficiarios tiene o ha tenido alguno de los siguientes antecedentes:

- ¿Algún beneficiario consume medicamentos regularmente? ¿Qué medicamentos y en que dosis?
- ¿Algún beneficiario consume alcohol, cigarrillo, drogas alucinógenas o sustancias psicoactivas o se ha internado en instituciones para manejo de alcoholismo o drogadicción? Especifique.
- ¿Algún beneficiario requiere terapias o se encuentra en un programa de rehabilitación? ¿Qué terapias recibe? Especifique.
- ¿Algún beneficiario ha presentado alguna lesión o accidente que reduzca su capacidad física o intelectual?, o ¿por la que se encuentre incapacitado o con calificación de discapacidad?, o ¿que haya requerido material de osteosíntesis? Indique el número del solicitante que corresponda, tipo de lesión y/o secuelas si presenta. Lugar anatómico, fecha del evento, ¿conserva el material de osteosíntesis o ya lo retiraron? Especifique.

- ¿Algún beneficiario ha requerido o tiene pendiente la realización de exámenes (como TAC, resonancia, gamagrafía), o procedimientos (tales como artroscopia, endoscopia, colonoscopia, laparoscopia, biopsias), o ha estado hospitalizado, lo han operado o tiene pendiente alguna cirugía? En caso afirmativo especifique el tipo de examen, si ya lo tomó indique fecha, resultado y aporte copia de los reportes. En caso de hospitalización o cirugía indique el motivo o la causa de la misma, el diagnóstico definitivo, la fecha del evento y si quedó con alguna secuela. Especifique.
- En la familia los padres o hermanos del asegurado principal o de sus beneficiarios han sido diagnosticados antes de los 50 años con cáncer de mama, cáncer de ovario, cáncer de colon o de recto, diabetes mellitus, eventos cerebrovasculares (hemorragia o trombosis), eventos coronarios (infartos, colocación de stent o revascularización)? Indique qué enfermedad, qué miembro de su familia y a qué edad le hicieron el diagnóstico o presentó el evento. Especifique.

Nota: Esta pregunta permitirá incluirlo en los programas de prevención de la compañía.

Pregunta exclusiva para mujeres >>>

Al pulsar el botón **SIGUIENTE**, este te redireccionará a la vista **INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA** >>>

Al pulsar el botón **SIGUIENTE**, este te redireccionará a la vista **DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD** >>>

Pregunta exclusiva para mujeres

• ¿Alguna de las beneficiarias ha estado embarazada alguna vez?

No



Información de Póliza







Declaración de Asegurabilidad

Código de la gestión: 426

Diligencia todos los formularios pendientes mostrados en esta sección.



Listo para enviar

Declaración de Asegurabilidad para Salud



Al darle clic al botón SIGUIENTE, el sistema te mostrará el mensaje: **GESTIÓN CULMINADA EXITOSAMENTE**; Si haces clic en **REALIZAR OTRA GESTIÓN**, este te redireccionará a la vista **FLUJO DE GESTIÓN**.

Si haces clic en **FINALIZAR**, este te redireccionará a la vista **DASHBOARD**.



Gestión culminada exitosamente

REALIZAR OTRA GESTIÓN

FINALIZAR

Ya que conoces la herramienta, comienza a utilizarla; si tienes dudas sobre funcionalidad de la misma, por favor marca a los siguientes números telefónicos **300 248 7325 - 300 249 8081 - 300 248 9624 - 300 248 7808** o envía un mensaje a los siguientes correos electrónicos **soporteallianzfcc1@red5g.co • soporteallianzfcc2@red5g.co • soporteallianzfcc3@red5g.co • soporteallianzfcc4@red5g.co**.

Si tienes dudas sobre lineamientos y políticas, por favor contacta a tu Director Comercial.