

**Solicitud Seguro de Vida Individual - Allianz Vida modalidad Deudores**

(Para asegurados hasta 74 años de edad) Favor diligenciar con letra legible. Recuerde adjuntar el formato SARLAFT  
 Indexación Ficha de Gestión de la póliza: Código 2252



Allianz Seguros de Vida

**1. Información Tomador (Diligencie si es diferente al Asegurado)**

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres(s) Completo(s)	Tipo y No. Documento de identidad
-----------------	------------------	------------------------	-----------------------------------

**2. Información Asegurado (persona natural)**

C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	NIT <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	No. de Documento			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres(s) Completo(s)	Ciudad y Fecha de Nacimiento	DD	MM	AÑO	
Dirección particular		Ciudad	Dirección Comercial		Ciudad		
Ingresos mensuales	Egresos mensuales	Total Activos		Total Pasivos			
Empresas donde trabaja			Actividad económica de la empresa				

**3. Información Beneficiario a título oneroso (Hasta el saldo insoluto de la deuda)**

Valor inicial de la deuda	Plazo máximo del crédito	N.I.T.	Nombre Entidad Financiera	Nombre Oficina / Sucursal	Ciudad	% Participación Valor Asegurado

Autorizo a la Compañía para renovar automáticamente la vigencia del contrato de seguro a partir de su vencimiento, por un periodo no mayor a 12 meses, siempre y cuando la prima de la vigencia anterior haya sido recaudada en su totalidad.

Firma Asegurado \_\_\_\_\_  
 C.C. No. \_\_\_\_\_

**3.1 Información Beneficiarios designados a título gratuito (Para los excedentes del valor de la deuda)**

Tipo Identific.	No. Documento de identidad	Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	% Partic. Vr. Asegurado	Parentesco

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC: Cédula de Ciudadanía - CE: Cédula de Extranjería - PA: Pasaporte - TI: Tarjeta de Identidad - RC: Registro Civil. NIT. Número de identificación tributario. **Con Derecho a Acrecimiento**

PARENTESCO: Cónyuge, Hijo, Hermano, Padres, Otros. Si el parentesco es Otros especificar: \_\_\_\_\_

**4. Paquetes de Coberturas**

<b>Obligatorias</b>	<b>COBERTURAS EXIGIDAS PARA RESPALDAR DEUDAS</b>	<b>Opcionales</b>	<b>VALOR ASEGURADO SOLICITADO</b>
	Fallecimiento (cubre el suicidio y homicidio desde inicio de vigencia)		\$.
	Incapacidad total y permanente por enfermedad o accidente: El valor asegurado es igual al fallecimiento		Seleccione el crecimiento anual del valor asegurado: 0% <input type="checkbox"/> 5% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> El crecimiento seleccionado del valor asegurado será igual para todas las coberturas contratadas en la póliza de seguro
	<b>Coberturas adicionales a las exigidas para respaldar deudas (X)</b>		Seleccione la forma de pago de la prima: Anual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>
	Enfermedades Graves: El valor asegurado es igual al fallecimiento		
	Auxilio por Fallecimiento: El valor asegurado será el 10% del fallecimiento, máximo \$5,000,000		

**5. Datos del Riesgo, información del asegurado**

Especifique claramente su ocupación y actividades detalladas de su cargo: \_\_\_\_\_

¿Piensa cambiar pronto de ocupación? NO \_\_\_ SI \_\_\_. ¿A cuál? \_\_\_\_\_

¿Su actividad personal tiene relación con el negocio de las esmeraldas, drogas o estupefacientes? NO \_\_\_\_, SI \_\_\_\_, aclare \_\_\_\_\_

¿Tiene usted servicio de escoltas o guardaespaldas? NO \_\_\_\_, SI \_\_\_\_, aclare motivos: \_\_\_\_\_

¿Ha sido o se encuentra amenazado, secuestrado, extorsionado? NO \_\_\_\_, SI \_\_\_\_, aclare motivos: \_\_\_\_\_

¿Existen o han existido demandas o procesos judiciales promovidos en su contra? NO \_\_\_\_, SI \_\_\_\_, aclare naturaleza de la demanda, juzgado y causa: \_\_\_\_\_

¿Ha sido investigado por cometer algún delito? NO \_\_\_\_, SI \_\_\_\_, en caso afirmativo especifique: \_\_\_\_\_

**6. Información de otros seguros**

¿Tiene algún seguro de vida individual o de accidentes personales vigente, diferente a aquellos que respaldan deudas en entidades financieras? NO \_\_\_\_, SI \_\_\_\_, nombre compañía \_\_\_\_\_ valor asegurado \_\_\_\_\_ Fecha expedición \_\_\_\_\_

¿Está tramitando otro seguro de vida en la actualidad? NO \_\_\_\_, SI \_\_\_\_, nombre Compañía \_\_\_\_\_, Valor asegurado \_\_\_\_\_

¿Ha rehusado alguna Compañía expedir o rehabilitar su seguro de vida o accidentes? NO \_\_\_\_, SI \_\_\_\_, motivo \_\_\_\_\_ nombre de la Compañía \_\_\_\_\_

¿Lo han aceptado con recargo de prima? NO \_\_\_\_, SI \_\_\_\_, ¿Que recargo? (Motivo), \_\_\_\_\_, Qué Compañía \_\_\_\_\_

**7. Declaración de asegurabilidad del Asegurado**

Peso (kg) \_\_\_\_\_ Estatura (cm) \_\_\_\_\_ ¿Fuma? NO \_\_\_ SI \_\_\_, ¿Cuántos cigarrillos al día? \_\_\_\_\_ Desde cuando? \_\_\_\_\_

¿Bebe licor? NO \_\_\_ SI \_\_\_, en caso afirmativo, aclare frecuencia \_\_\_\_\_

¿Su capacidad de trabajo está reducida? NO \_\_\_\_, SI \_\_\_\_, ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Se encuentra en buen estado de salud y plena capacidad de trabajar? NO \_\_\_\_, SI \_\_\_\_, Si su respuesta es NO especifique: \_\_\_\_\_

**MEDICO (Este cuestionario deberá ser contestado totalmente). ¿Padece o ha padecido de alguna(s) de las siguientes enfermedades, circunstancias o eventos?:**

1. ¿Convulsiones, trombosis, parálisis u otras enfermedades del sistema nervioso?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	9. ¿Enfermedades de los huesos y de las articulaciones: Lumbalgia, Ciática, Artritis, Reumatismo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2. ¿Ansiedad depresión u otro trastorno mental?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	10. ¿Cualquier enfermedad, lesión o incapacidad no mencionada en el cuestionario anterior?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3. ¿Pulmonares, asma, tuberculosis	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	11. ¿Ha consumido durante los últimos 5 años estimulantes o estupefacientes?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4. ¿Hipertensión arterial, enfermedad coronaria, valvulopatía?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	12. ¿Ha sido operado u hospitalizado?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
5. ¿Digestivas (úlceras, pólipos, quistes, hernias, colon) cirrosis hepáticas, pancreatitis?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	13. ¿Piensa hacerse una operación?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
6. ¿Renales y/o genitourinarias (próstata, testículos, útero, ovarios, trompas de falopio, senos, complicaciones ginecoobstétricas) enfermedades venéreas?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	14. ¿Le han tomado otros exámenes para diagnosticar otras enfermedades o antecedentes diferentes a los anteriormente mencionados?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
7. ¿Tumores, cualquier tipo de Cáncer, Anemia, Leucemia, Hepatitis, SIDA - VIH o cualquier otra enfermedad de la sangre	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	15. (MUJERES) ¿Está embarazada actualmente, ha tenido complicaciones en éste o en embarazos anteriores? En caso afirmativo, adjuntar copia de controles prenatales completos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
8. ¿Diabetes, Enfermedades de la tiroides, Dislipidemia, Gota o alguna enfermedad Endocrina o Glandular?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			¿De cuántos meses? _____

**En caso de contestar afirmativamente, ampliar información**

Pregunta No.	Nombre de las enfermedades, afecciones, lesiones, estudios, tratamientos, intervenciones quirúrgicas y complicaciones	Fecha de aparición, ocurrencia ó practica			Tratamiento o evolución	Estado actual
		Día	Mes	Año		

**8. Antecedentes familiares del Asegurado**

¿Tiene o ha tenido familiares de primer grado de consanguinidad (padre, madre, hermanos(as)) con enfermedades cardiovasculares, cerebrales, cáncer, diabetes, hipertensión, dislipidemia, muerte súbita u otras enfermedades graves? SI  NO . En caso de contestar afirmativamente, debe diligenciar la siguiente información:

Parentesco	Enfermedad	Padece, padeció, falleció

**9. 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 la Compañía 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 reticencia o inexactitud en que el suscrito solicitante haya incurrido le viciara de nulidad relativa del contrato de seguro y la Compañía aseguradora podrá alegarla por acción u excepción, quedando facultada para abstenerse de pagar la indemnización que se reclama. ACEPTO QUE ALLIANZ SEGUROS DE VIDA, S.A. NO ASUME RESPONSABILIDAD ALGUNA SI NO MEDIANTE LA EXPEDICION DE LA PÓLIZA.

**10. Cláusula de Asegurabilidad**

El diligenciamiento y suscripción de la presente solicitud individual de seguro no compromete de ningún modo a la Aseguradora, ni implica obligación alguna de otorgar el seguro de vida al que accede. La Aseguradora se reserva el derecho de otorgar la cobertura una vez evaluada y verificada la información aquí consignada.

**11. Declaraciones y autorizaciones**

**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 llegarse 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 SI  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 podrán 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. SI  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. SI  NO

El titular cuenta con el 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 atiende en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center - Clientes ALLIANZ (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.

Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario Usted declara 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, declara que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunta es veraz y verificable y que autoriza su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna, y se obliga a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

**DECLARACIÓN:** Todos los datos aquí consignados son ciertos, la información que adjunto es veraz y verificable y 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. 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, clínicas, 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.

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior,

Firma Asegurado	<input type="text"/>	Firma Tomador	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
No. Documento de identidad:	Índice Derecho	No. Documento de Identidad:	Índice Derecho
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Se firma la presente solicitud en la ciudad de : \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_