

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

C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	NIT <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	No. Documento	<input type="text"/>	Género	Estado civil	No. Hijos
Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombres(s) Completo(s)				

## 2. Información Asegurado (Persona natural)

C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	NIT <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	No. Documento	<input type="text"/>	Género	Estado civil	No. Hijos		
Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombres(s) Completo(s)		Ciudad y Fecha de Nacimiento		DD <input type="text"/>	MES <input type="text"/>	AÑO <input type="text"/>
Dirección particular			Ciudad		Dirección Comercial			Ciudad		
Ingresos mensuales		Egresos mensuales		Total Activos		Total Pasivos				
Empresa donde trabaja					Correo electrónico					

## 3. Información Beneficiario a título oneroso (Hasta el saldo insoluto del valor 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC: Cédula de Ciudadanía - CE: Cédula de Extranjería - PA: Pasaporte - TI: Tarjeta de Identidad - RC: Registro Civil. NIT: Número de identificación

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

## 4. Paquetes de Coberturas

	Coberturas exigidas para respaldar deudas	Valor asegurado solicitado
Obligatorias	Fallecimiento (cubre el suicidio y homicidio desde inicio de vigencia)	\$ <input type="text"/>
	Incapacidad total y permanente por enfermedad o accidente: El valor asegurado es igual al fallecimiento	
Opcionales	Coberturas adicionales a las exigidas para respaldar deudas (X)	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
	Enfermedades Graves: El valor asegurado es igual al fallecimiento Auxilio por Fallecimiento: El valor asegurado será el 10% del fallecimiento, máximo \$5,000,000	Seleccione la forma de pago de la prima Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>

## 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: \_\_\_\_\_

## 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: \_\_\_\_\_

MÉDICO (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  NO

9. ¿Enfermedades de los huesos y de las articulaciones: Lumbalgia, Ciática, Artritis, Reumatismo?

SI  NO

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

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"/>		
4. ¿Hipertensión arterial, enfermedad coronaria, valvulopatía?	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"/>
5. ¿Digestivas (úlceras, pólipos, quistes, hernias, colon) cirrosis hepáticas, pancreatitis?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	12. ¿Ha sido operado u hospitalizado?	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"/>	13. ¿Piensa hacerse una operación?	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 o inmuno - infecciosa?	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"/>
8. ¿Diabetes, Enfermedades de la tiroides, Dislipidemia, Gota o alguna enfermedad Endocrina o Glandular?	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"/> ¿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 reclame. Declaro que mi ocupación esta permitida por la Ley y no ejerzo actividades ilícitas. En caso de haber omitido alguna o algunas de las respuestas a las preguntas que se me han formulado, se entenderá que éstas son negativas. ACEPTO QUE ALLIANZ SEGUROS DE VIDA, S.A. NO ASUME RESPONSABILIDAD ALGUNA SINO MEDIANTE LA EXPEDICION DE LA PÓLIZA.

**10. Cláusula de Asegurabilidad**

El diligenciamiento 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:** Autorizo de manera expresa a Allianz Seguros de Vida S.A. y las Compañías del Grupo Allianz para tratar mis datos personales, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, reporte, circulación o transferencia. Así mismo, las autorizo para que permitan su tratamiento a: Quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transmisión de datos; Intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, FASECOLDIA, y sus filiales; Operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos; Encargados dentro y fuera del territorio nacional. Autorizo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y biométricos y entiendo que las preguntas que me hagan sobre estos datos o los de niños(as) y adolescentes, tienen carácter facultativo. Declaro que conozco los fines para los cuales serán tratados mis datos o los de la persona que represento, así: (i) Atención de solicitudes, gestión del seguro y de contratos con las Compañías; (ii) Control y prevención del fraude; (iii) Oferta de productos o servicios de las Compañías o terceros vinculados, encuestas y otros fines comerciales, financieros o publicitarios a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, entre otros; (iv) Fines estadísticos, de consulta, gremiales y técnicos, así como para fines tributarios, incluidas las autoridades de otros países. Como titular de la información, conozco que me asisten los derechos previstos en la Ley, en especial, conocer, actualizar y solicitar la supresión de mis datos. Los Responsables del tratamiento son las Compañías del Grupo Allianz, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29 – 24, piso 16 de Bogotá, teléfono en Bogotá: 6065903 y a nivel nacional: 018000514405 – Opción 2.

**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		Firma Tomador	
_____	Índice Derecho	_____	Índice Derecho
No. Documento de identidad		No. Documento de Identidad	

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

Nombre Asesor de Seguros \_\_\_\_\_ No. Clave asesor \_\_\_\_\_ Sucursal \_\_\_\_\_