

## 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 MES AÑO
Dirección particular			Ciudad	Dirección Comercial		Ciudad	
Ingresos mensuales		Egresos mensuales		Total Activos		Total Pasivos	
Empresa donde trabaja				Correo electrónico			

## 3. Información Beneficiarios (La sumatoria del % Partic. Vr. Asegurado debe ser el 100%)

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

## 3.1. Beneficiario oneroso (Autorización renovación póliza)

En caso que se designe un beneficiario oneroso, 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. \_\_\_\_\_

## 4. Paquetes de Coberturas

(X) Opción	COBERTURAS (Favor marque una sola Opción 1, 2 ó 3)					
1	Fallecimiento	Auxilio por Exequias	Exoneración de pago de primas de la renovación de la póliza por Desempleo	Incapacidad total y permanente por Enfermedad o Accidente		
2	Fallecimiento	Auxilio por Exequias	Exoneración de pago de primas de la renovación de la póliza por Desempleo	Incapacidad total y permanente por Enfermedad o Accidente	Indemnización Adicional por Muerte o Desmembración Accidental	
3	Fallecimiento	Auxilio por Exequias	Exoneración de pago de primas de la renovación de la póliza por Desempleo	Incapacidad total y permanente por Enfermedad o Accidente	Indemnización Adicional por Muerte o Desmembración Accidental	Enfermedades Graves
<b>Relación de Valores Asegurados</b>		\$2,000,000	Valor prima anual de la renovación	100% del fallecimiento	100% del fallecimiento	30% del fallecimiento
<b>Valor asegurado solicitado</b>		\$.	<b>Seleccione una (1) opción de crecimiento de valor asegurado</b>		<b>Seleccione la forma de pago de la prima</b>	
			0% <input type="checkbox"/> 5% <input type="checkbox"/>		Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <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? \_\_\_\_\_

¿Es piloto de aeronave y/o practica como profesional \_\_\_\_\_ o aficionado \_\_\_\_\_, ocasional \_\_\_\_\_ o regularmente \_\_\_\_\_ deportes tales como: toreo, automovilismo, motociclismo, vuelo en cometa, paracaidismo, boxeo, montañismo, vuelo en ultralivianos, planeadores, cometas y/o similares, bungee jumping, puenting, rafting, downhill, buceo y otros deportes denominados de alto riesgo y/o extremos? NO  SI . Favor aclarar el deporte y especifique la frecuencia \_\_\_\_\_

¿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 <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 o inmuno - infecciosa?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	15. <b>(MUJERES)</b> ¿Está embarazada actualmente, ha tenido complicaciones en éste o en embarazos anteriores?	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"/>	En caso afirmativo, adjuntar copia de controles prenatales completos.	¿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.

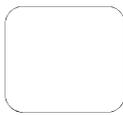
**11. Declaraciones y autorizaciones**

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, FASECOLDA, 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

\_\_\_\_\_  
  
 Índice Derecho

No. Documento de identidad

Firma Tomador

\_\_\_\_\_  
  
 Índice Derecho

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 \_\_\_\_\_