Solicitud Seguro de Salud

Allianz

Negocio Nuevo ◯ Inclusión ◯ Nº de póliza: _____ Fecha de Diligenciamiento DD MM AAAA

1. Información Tomador (Si el tomador es el mismo Asegurado Principal, no requiere diligenciar la información del numeral 2.)

C.C. ◯ NUIP ◯ Registro Civil ◯ T.I ◯ Pasaporte ◯ C.E. ◯ NIT ◯

N°de Documento _____ Género ☐ Dirección _____ Ciudad _____ Teléfono _____

Primer Apellido	Segundo Apellido	
Nombre(s) Completo(s)	Email	Fecha de nacimiento/Fecha de constitución

2. Información Asegurado Principal (Nota: Diligencie únicamente si el Asegurado Principal es diferente del Tomador)

C.C. ◯ NUIP ◯ Registro Civil ◯ T.I ◯ Pasaporte ◯ C.E. ◯ ◯

N°de Documento _____ Género ☐ Dirección _____ Ciudad _____ Teléfono _____

Primer Apellido	Segundo Apellido	
Nombre(s) Completo(s)	Email	Fecha de nacimiento/Fecha de constitución

3. Información del Beneficiario (Si el asegurado principal también va a ser beneficiario, deberá diligenciar este campo)

Solicit.	Tipo Identific.	N° de Identificación	Sexo	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s) Completo(s)
1	-		-			
2	-		-			
3	-		-			
4	-		-			
5	-		-			

Solicit.	Fecha de Nacimiento	Estatura (Cm)	Peso (Kg)	Parentesco con el Asegurado Principal	Estado Civil	EPS	Ocupación	Ciudad
1				-	-			
2				-	-			
3				-	-			
4				-	-			
5				-	-			

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

4. Producto

Allianz MedicAll Gold ◯ Allianz MedicAll Care ◯ Salud Colectivo Dólares ◯ Salud Colectivo ◯ Anexo maternidad ☐

Allianz MedicAll Plus ◯ Deducible: USD$250 ☐ USD$5.000 ☐ USD$10.000 ☐

Allianz MedicAll Plus Pesos ◯ Deducible: $5.000.000 ☐ $15.000.000 ☐ $30.000.000 ☐

5. Módulo

Módulo 1 ◯ Módulo 2 ◯ Módulo 3 ◯ Módulo 4 ◯ Módulo 5 ◯ Módulo 6 ◯ Módulo 7 ◯

6. Información Continuidad

Solicit.	Continuidad Producto Allianz		No. de Póliza Allianz Anterior	Continuidad Otra Compañía (Cuál?)	No. de Póliza o Contrato Anterior	Cobertura de congénitas en el Producto Anterior	
1	Si ◯	No ◯				Si ◯	No ◯
2	Si ◯	No ◯				Si ◯	No ◯
3	Si ◯	No ◯				Si ◯	No ◯
4	Si ◯	No ◯				Si ◯	No ◯
5	Si ◯	No ◯				Si ◯	No ◯

7. Declaración de salud

Indique SI o NO frente a cada título, si usted o alguno de sus beneficiarios solicitantes, padece o ha padecido o le han diagnosticado (aún cuando su enfermedad ya esté controlada) una de las siguientes enfermedades. En caso negativo pase al siguiente grupo de afecciones. Únicamente en caso afirmativo, especifique cuál(es) de los solicitantes la han padecido, dando click☑ en el número de solicitante correspondiente, especifique la fecha de ocurrencia y aclare la información en el campo "Especificar Diagnóstico".

Afecciones Neurológicas	Si ◯ No ◯	Solicitante 1 2 3 4 5	Fecha Ocurrencia	Especificar Diagnóstico/Tratamiento/ Lateralidad y Ubicación anatómica
Epilepsia/Convulsiones		☐☐☐☐☐		
Parálisis		☐☐☐☐☐		
Vértigo		☐☐☐☐☐		
Esclerosis Múltiple		☐☐☐☐☐		
Meningitis		☐☐☐☐☐		

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Allianz Seguros de Vida S.A.

	1 2 3 4 5		
Trauma Craneal			
Enfermedades Mentales			

Afecciones de los Sentidos y Respiratorias Si No	Solicitante 1 2 3 4 5	Fecha Ocurrencia	Especificar Diagnóstico/Tratamiento/ Lateralidad y Ubicación anatómica
Ojos			
Nariz			
Oído			
Pulmonares			
Boca/Garganta			
Alergias			
Piel			

Afecciones Crónicas como Si No	Solicitante 1 2 3 4 5	Fecha Ocurrencia	Especificar Diagnóstico/Tratamiento/ Lateralidad y Ubicación anatómica
Diabetes			
Cáncer			
Anemia			
Artritis/Lupus			
Hipertensión			
Colesterol/Triglicéridos			
Riñon/Hígado			
Tiroides			

Afecciones del Sistema Cardiovascular Si No	Solicitante 1 2 3 4 5	Fecha Ocurrencia	Especificar Diagnóstico/Tratamiento/ Lateralidad y Ubicación anatómica
Cardiacos/Coronarios			
Trombosis			

Afecciones del Sistema Digestivo Si No	Solicitante 1 2 3 4 5	Fecha Ocurrencia	Especificar Diagnóstico/Tratamiento/ Lateralidad y Ubicación anatómica
Esófago/Estómago			
Colon			

Afecciones del Sistema Genitourinario Si No	Solicitante 1 2 3 4 5	Fecha Ocurrencia	Especificar Diagnóstico/Tratamiento/ Lateralidad y Ubicación anatómica
Genitales			
Incontinencia			

Antecedentes Genéticos y Congénitos Si No	Solicitante 1 2 3 4 5	Fecha Ocurrencia	Especificar Diagnóstico/Tratamiento/ Lateralidad y Ubicación anatómica
Malformaciones			

Antecedentes de Importancia Si No	Solicitante 1 2 3 4 5	Fecha Ocurrencia	Especificar Diagnóstico/Tratamiento/ Lateralidad y Ubicación anatómica
Medicamento			
Cigarrillo/Alcohol/Sustancias psicoactivas			
Tratamiento/Cirugía (Especifique causa, secuelas)			
Accidentes (Especifique secuelas)			
Exámenes			
¿Citología con resultados alterados?			
Ha sufrido o sufre de otros síntomas, antecedentes o enfermedades no citadas anteriormente? Por favor describa ¿cuáles?			

Antecedentes Obstétricos Si No	Solicitante 1 2 3 4 5	
¿Está o cree estar embarazada?		SI NO
¿Cuántas semanas?		
¿Cuántos embarazos ha tenido?		
¿Cuántos partos naturales?		
¿Cuántas cesáreas?		
¿Cuántos abortos o ectópicos?		

8. Declaración sincera y exacta

Declaro que las respuestas al cuestionario previsto en la presente solicitud son exactas y verdaderas y acepto que la solicitud haga parte de la póliza. En caso de inexactitud o reticencia sobre hechos o circunstancias que conocidos por Allianz Seguros de Vida S.A. la hubieran retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas; existe un vicio de nulidad relativa que afecta la validez del mismo.

9. Autorización para Solicitud de Historia Clínica

En cumplimiento de lo dispuesto en la ley 23 de 1981, de la resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y demás normatividad sobre la materia, autorizo a cualquier institución hospitalaria, médico, odontólogo, funcionario del hospital o clínica, o cualquier otra persona que haya sido consultada por mí para que suministre a ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. copia de mi historia clínica o de cualquier información que ella considere necesaria para la contratación de éste u otros seguros y para la atención de cualquier reclamación que afecte cualquiera de los amparos del mismo. De igual forma manifiesto en calidad de titular o asegurado principal que autorizo el acceso o consulta a los registros de historia clínica de cualquier miembro del grupo asegurado, obrando como su representante legal o mandatario.

10. Cláusula de Asegurabilidad

La presente solicitud NO implica aceptación del riesgo por parte de la compañía. Nota: Cabe aclarar que para que el contrato sea válido sólo puede ser firmado por el titular.

11. Conocimiento Producto

Declaro que he indagado y he recibido la información sobre las características del producto o servicio, mis derechos y obligaciones, las condiciones, la tarifa o precio y la forma para determinarlos y las medidas para el manejo seguro del producto o servicio que solicito.

12. 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. Sí ◉ 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. Sí ◉ 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. Sí ◉ 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 atienda 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.

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma:

C.C. A A A A M M D D

Índice derecho del Asegurado

Septiembre de 2019

13. Tipo de pago

○ Anual ○ Mensual ◉ Trimestral ○ Semestral ◉ Bancario ○ No Bancario

Firma Asesor

Clave asesor

Firma Tomador

C.C.

Índice derecho del tomador

Firma Asegurado

C.C.

Índice derecho del Asegurado