

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

|                 |                  |                 |                                   |        |
|-----------------|------------------|-----------------|-----------------------------------|--------|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre Completo | Tipo y No. Documento de identidad | Género |
|-----------------|------------------|-----------------|-----------------------------------|--------|

**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      | Género | Estado civil | No. Hijos |
| Primer Apellido               | Segundo Apellido              | Nombre Completo                   | Ciudad y Fecha de Nacimiento       | DD                 | MM     | AÑO          |           |
| Dirección particular          |                               | Ciudad                            | Dirección Comercial                |                    | Ciudad |              |           |
| Empresa donde trabaja         |                               | Actividad económica de la empresa |                                    | Correo electrónico |        |              |           |

**3. Información Beneficiarios (La sumatoria del % de Participación del valor asegurado debe ser del 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. No. de identificación tributario. **Con derecho a Acrecimiento**  
**PARENTESCO:** Cónyuge, Hijo, Hermano, Padres, Otros. Si el parentesco es Otros especificar:  SI  NO

**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. Coberturas y valores asegurados**

| Coberturas   | Valor asegurado (Escriba el valor asegurado a contratar) | Coberturas (Marque la cobertura que desea adquirir)  | Valor asegurado                           |        |
|--|--|--|---|--------|
|  |  |  | Marque (X) para contratar la cobertura    | SI (X) |
| 1 Fallecimiento (cobertura obligatoria)  | \$   | 5 Auxilio por fallecimiento  | \$ 7.000.000                              |        |
| 2 Incapacidad, Inutilización o Desmembración por Enfermedad o Accidente  | \$   | 6 Renta diaria por hospitalización y Renta diaria por incapacidad temporal por accidente. (Para amas de casa el valor asegurado será de \$20.000)  | Ingreso diario mensual (Máximo \$500.000) |        |
| 3 Enfermedades Graves  | \$   | 7 Asistencia Multifamiliar   | Coberturas incluidas en el producto       |        |
| 4 Indemnización por Fallecimiento Accidental   | \$   | 8 Asistencia de Adulto Mayor   | Coberturas incluidas en el producto       |        |
| <b>Seleccione una (1) opción de crecimiento anual del valor asegurado</b><br>0% <input type="checkbox"/> 3% <input type="checkbox"/> 5% <input type="checkbox"/> |  | <b>Seleccione la forma de pago de la prima</b><br>Anual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> |   |        |
|  |  | 9 Asistencia de Bienestar y Salud  | Coberturas incluidas en el producto       |        |

**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 : \_\_\_\_\_

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

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

¿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 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 \_\_\_\_\_; ¿ Ha rehusado alguna Compañía expedir o rehabilitar su seguro de vida o accidentes? NO \_\_\_\_, SI \_\_\_\_, motivo y nombre de la 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 o presenta algún grado de discapacidad o incapacidad para realizar sus labores cotidianas? 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? :

|   |                             |                             |  |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|
| a. ¿Convulsiones, Derrame cerebral, Isquemia o Trombosis, Epilepsia, Parkinson, Alzheimer, Esclerosis múltiple, Síncopes, Vértigo, u otras enfermedades del sistema nervioso?             | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | i. ¿Enfermedades de los huesos y de las articulaciones: Lumbalgia, Ciática, Artritis, Artrosis, Reumatismo, Anquilosis. Trauma cráneo encefálico o de columna o fractura no consolidada? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Ansiedad, Ataque de nervios, Depresión u otro trastorno mental?   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | j. ¿Sordera, Ceguera, Cataratas, Glaucoma, Queratocono?  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Enfisema, Bronquitis crónica (EPOC), Fibrosis pulmonar, Hipertensión pulmonar, Asma, Tuberculosis?  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | k. ¿Paraplejía, Hemiplejía, Parálisis, Amputaciones o incapacidades no mencionadas en este cuestionario?   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| d. ¿Hipertensión arterial, Enfermedad cardiaca, Enfermedad Coronaria, Valvulopatía, Arritmias?  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | l. ¿Ha consumido durante los últimos 5 años estimulantes o estupefacientes?  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| e. ¿Digestivas: Úlceras, Pólipos, Quistes, Divertículos, Hernias, Gastritis, Dispepsia, Reflujo Gastroesofágico, Enfermedad del colon, Cirrosis hepáticas, Pancreatitis?                  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | m. ¿Le han realizado exámenes para diagnosticar otras enfermedades o antecedentes diferentes a los anteriormente mencionados?  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| f. ¿Renales y/o genitourinarias, Próstata, testículos, útero, ovarios, trompas de falopio, senos, enfermedades venéreas?  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | n. ¿Ha sido operado u hospitalizado o piensa hacerse una operación próximamente?   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| g. ¿Tumores, cualquier tipo de Cáncer, Anemia, Leucemia, Mieloma múltiple, Lupus, Hepatitis, SIDA - VIH, Trombosis venosa o cualquier otra enfermedad de la sangre o inmuno - infecciosa? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | o. (MUJERES) ¿Está embarazada actualmente?<br>En caso afirmativo, adjuntar copia de controles prenatales completos.  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| h. ¿Diabetes, Enfermedades de la tiroides, Dislipidemia, Gota o alguna enfermedad Endocrina o Glandular?  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | p. (MUJERES) ¿Ha tenido complicaciones en embarazos anteriores?  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

### En caso de contestar afirmativamente, ampliar información

| Pregunta (Literal) | 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. 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. ACEPTO QUE ALLIANZ SEGUROS DE VIDA, S.A. NO ASUME RESPONSABILIDAD ALGUNA SINO MEDIANTE LA EXPEDICION DE LA PÓLIZA.

## 9. 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.

## 10. Tratamiento de Datos Personales

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

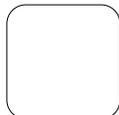
El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes, solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que 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



Firma Tomador



No. Documento de identidad:

Índice Derecho

No. Documento de Identidad:

Índice Derecho

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

**INFORME DEL ASESOR SOBRE EL SOLICITANTE DE SEGURO DE VIDA**  
**Formulario para ser respondido completamente por el asesor**

La información de este documento es de vital importancia para la evaluación del negocio, por lo que solicitamos diligenciarlo en letra clara, en tinta y sin dejar espacios en blanco

**Para uso exclusivo Allianz**

Nombre solicitante: \_\_\_\_\_

¿El seguro fue solicitado directamente por el cliente? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

¿Hace cuanto conoce al solicitante? \_\_\_\_\_

¿Bajo que circunstancias lo conoció? \_\_\_\_\_

¿Tiene o ha tenido conocimiento acerca de si el solicitante presenta o ha presentado antecedentes penales, ha estado privado de la libertad alguna vez o si en cualquier tiempo ha tenido vínculos con actividades al margen de la ley? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ . En caso afirmativo aclare y amplíe su respuesta: \_\_\_\_\_

¿Conoce algún dato del solicitante que afecte el riesgo y/o que no haya sido declarado en la solicitud? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ . En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

Lugar de la entrevista \_\_\_\_\_

Fecha: Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_ Hora \_\_\_\_

Nombre del asesor \_\_\_\_\_

Clave asesor \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto \_\_\_\_\_