

Le recordamos la importancia de declarar el verdadero estado de salud al momento de diligenciar la solicitud de seguro. Favor leer con detenimiento la declaración de asegurabilidad contenida en el presente certificado.

Fecha de diligenciamiento	Valor asegurado	Póliza N°
---------------------------	-----------------	-----------

Razón Social de la Entidad Tomadora		C.C o Nit	
Nombres y Apellidos completo del solicitante			Fecha de Nacimiento DD/MM/AAAA
Tipo de documento	N° de Documento	Dirección Particular	Ciudad Residencia
Correo electrónico		Teléfono celular	Teléfono fijo
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estatura Mts.	Peso Kgs.	¿Práctica alguno de los siguientes deportes? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Ocupación actual detallada		<input type="checkbox"/> Alpinismo / montañismo <input type="checkbox"/> Artes marciales / Boxeo / Lucha <input type="checkbox"/> Aviación o Paracaidismo o Parapente <input type="checkbox"/> Buceo	<input type="checkbox"/> Caza o Tiro o Tauromaquia <input type="checkbox"/> Equitación <input type="checkbox"/> Competencia de velocidad (por tierra o agua) <input type="checkbox"/> Otros deportes ¿Cuál? _____

RELACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA

Si no realiza designación de beneficiarios, en su defecto aplica los de ley según lo estipulado en el Artículo 1142 del Código de Comercio. Para pólizas deudoras el primer beneficiario será a título oneroso

Nombres y Apellidos completos	Tipo de documento	N° Documento de identidad	% Participación	Beneficiario/Parentesco

DECLARACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

Marque X

Yo, el abajo firmante, declaro que:

Actualmente me encuentro en buen estado de salud y no presento disminución de capacidad para realizar mi trabajo o actividades cotidianas: SI NO

1. ¿Padece, ha padecido o le han diagnosticado alguna(s) de las siguientes enfermedades, circunstancias o eventos? En caso afirmativo marcar con x:

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hepatitis crónicas | <input type="checkbox"/> Cirrosis | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple | <input type="checkbox"/> Insuficiencia Hepática |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Gastrointestinales | <input type="checkbox"/> Enfermedad Glándula Tiroides | <input type="checkbox"/> Ceguera o Sordera Parcial o Total |
| <input type="checkbox"/> Cardiovasculares | <input type="checkbox"/> Cerebrovasculares | <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial | <input type="checkbox"/> Tratamiento para Alcoholismo o Tabaquismo |
| <input type="checkbox"/> Pulmonares | <input type="checkbox"/> Artritis - Lupus | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedad neurológica degenerativa |
| <input type="checkbox"/> Renales | <input type="checkbox"/> SIDA - VIH Positivo | <input type="checkbox"/> Epilepsia, Parkinson, Alzheimer | <input type="checkbox"/> Depresión, Ansiedad u otro Trastorno Mental o Psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Osteoarticulares | <input type="checkbox"/> Cataratas - Glaucoma | <input type="checkbox"/> Trasplante | <input type="checkbox"/> Tratamiento por Drogadicción |

1.1. Diligencie el siguiente campo si existe antecedentes de consumo de alcohol o tabaco:

Alcohol	<input type="checkbox"/> Menos de 5 tragos por semana	Tabaco	<input type="checkbox"/> Menos de 20 cigarrillos por día	<input type="checkbox"/> De 31 a 40 cigarrillos por día
	<input type="checkbox"/> De 6 a 20 tragos por semana		<input type="checkbox"/> De 21 a 30 cigarrillos por día	<input type="checkbox"/> A partir de 41 cigarrillos por día
	<input type="checkbox"/> Más de 20 tragos por semana			

2. ¿Tiene programada alguna intervención quirúrgica o se encuentra en la actualidad bajo estudio médico para el diagnóstico de alguna enfermedad? SI NO

3. Tiene o ha tenido enfermedades diferentes al numeral 1, por las cuales ha recibido o esté recibiendo tratamiento o control médico (incluye cirugía, hospitalizaciones o medicamentos): SI NO

4. Presenta alguna pérdida funcional o anatómica? SI NO En caso afirmativo ¿Cuál?

En caso de haber padecido alguna enfermedad de las mencionadas anteriormente explique:

Enfermedad	Año diagnóstico	Tratamiento

*En caso de no haber marcado ninguna de las enfermedades entonces se entenderá que me encuentro en buen estado de salud y no me ha sido diagnosticada alguna patología a la fecha.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Declaro que he leído y acepto la información contenida en la presente solicitud individual de seguro, que tengo conocimiento que la póliza se otorgará en consideración a la veracidad de estas declaraciones; y que en el evento de no coincidir ellas estrictamente con la realidad, el seguro otorgado quedará viciado de nulidad en los términos del artículo 1058 del código de comercio. Autorizo a la aseguradora para que use, consulte y/o reporte a las centrales de información de riesgos, cualquier información relativa a mis hábitos de pago, al cumplimiento que se he dado a mis obligaciones y mi información comercial disponible. Sin perjuicio de lo estipulado por el artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo a la aseguradora para acceder a mis historias clínicas y demás documentos sobre mi estado de salud, y a los médicos y entidades hospitalarias para que suministren a dicha aseguradora tales documentos, aun después de mi fallecimiento. Declaro que desarrollo en forma normal mis actividades, que mi profesión u oficio son lícitos y que no tengo ni he tenido amenaza de secuestro o en contra de mi integridad personal en los últimos tres (3) años. Declaro que conozco y acepto las condiciones particulares y generales de la póliza de vida grupo a que accede esta solicitud.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Allianz Seguros de Vida S.A, identificada con NIT 860.027.404-1 y Allianz Seguros S.A, identificada con NIT 860.026.182-5, quienes en adelante se denominarán "Allianz", sociedades domiciliadas en la ciudad de Bogotá, Colombia, de manera independiente y como responsables del tratamiento, manifiestan que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y/o complementarios; consultarán, recolectarán, almacenarán, compartirán, procesarán, actualizarán, usarán, dispondrán o podrán llegar a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad, por ende, Usted declara entender que con su aceptación autoriza a Allianz a tratar sus datos personales de identificación, ubicación y socioeconómicos, e información por usted suministrada a Allianz, incluida la de naturaleza sensible relacionada con el estado de salud y datos de identidad sexual. Así mismo entiende que, con el suministro de la información personal sobre asegurados y/o beneficiarios, en cuyo favor se celebra el respectivo contrato de seguro, Usted, en ejercicio de la facultad que otorga el literal 4 del artículo 2.2.2.25.4.1 del Decreto Único 1074 de 2015, autoriza también el tratamiento de los datos personales de estos.

La información personal descrita será utilizada para las siguientes finalidades:

(i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; validar y verificar su identidad para la vinculación, así como el ofrecimiento y otorgamiento de productos y servicios; dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por Allianz con el titular de información en relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este; remitir a las autoridades competentes, incluyendo las fiscales y a los reguladores financieros, nacionales o extranjeros, la información relacionada con la titularidad de los productos y servicios contratados o que llegare a contratar, datos de contacto, movimientos y saldos, y toda aquella información que reposa en Allianz que sea solicitada por normas nacionales o extranjeras; para la prevención y/o detección del fraude o cualquier tipo de delito, lo que incluye consultar y/o verificar la información personal que se encuentre publicada en redes sociales y/o internet; consultar, corroborar, obtener información personal adicional y actualizar datos personales con la información que reposa en las bases de datos administrados por operadores de la información, bases de datos públicas u otras bases externas, con el propósito de dar cumplimiento a las instrucciones impartidas por la Superintendencia Financiera sobre prevención del riesgo de lavado de activos, la financiación del terrorismo y la proliferación de armas de destrucción masiva; consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar información que se refiera al comportamiento crediticio, financiero, comercial y civil, a las Centrales de Información u operadores de información como DATA CREDITO y CÍFIN, con el objeto de evaluar la solicitud de seguro y el cumplimiento de las obligaciones financieras, comerciales y/o crediticias.

Con ocasión a lo anterior, Allianz podrá compartir la información que considere pertinente y/o necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y otros terceros con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. SI NO

(ii) Envíos Comerciales: Contactar al titular telefónicamente o a través de mensajes electrónicos tales como vía chat, mensajes de texto, correo electrónico, SMS, entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios ofrecidos por terceros vinculados o aliados a Allianz, así como para el envío o realización de campañas de fidelización o mejora de servicio, encuestas y estudios de mercado, por lo que Allianz podrán suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores, 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: 5941 133 – 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.

DECLARACION: 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 del seguro que llegare a celebrar con Allianz Seguros de Vida S.A. y por diez años mas después de finalizada la vigencia del mismo a los médicos, clínicas, hospitales, EPS y demás establecimientos que me hayan brindado atención en servicio de salud, para suministrar la información sobre mi historia clínica y/o estado de salud que Allianz Seguros de Vida S.A. les solicite, aun después de mi fallecimiento.

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 por el solicitante del seguro.

Firma del Asegurado

Tipo de identificación y No