

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 D   M   A		<input type="checkbox"/> Ingreso	<input type="checkbox"/> Asegurado principal	Póliza N°
Razón Social de la Entidad Tomadora		<input type="checkbox"/> Incremento de valor asegurado	<input type="checkbox"/> Familiar asegurado principal	C.C o Nit
Nombre Solicitante del Seguro	Primer Apellido	Segundo Apellido	C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> N° de Documento	Fecha de Nacimiento D   M   A
Dirección Particular	Teléfono	Ciudad	Valor Asegurado Actual	Solicitud de Incremento de valor asegurado a
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estatura Mts.	Peso Kgs.	Occupación actual detallada	Deportes que practica

### CUADRO DE BENEFICIARIOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	N° Documento de identidad	% Participación	Parentesco

#### Marque X

Yo, el abajo firmante, declaro que:

En la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra de alguna manera reducida.

Padezco o he padecido las lesiones o enfermedades que a continuación marco con x:

- |   |   |  |  |  |
|---|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mentales-psiQuiatricas | <input type="checkbox"/> Gastrointestinales | <input type="checkbox"/> Drogadicción          | <input type="checkbox"/> Tabaquismo                                  | <input type="checkbox"/> Alcoholismo                                 |
| <input type="checkbox"/> Cardiovasculares       | <input type="checkbox"/> Cerebrovasculares  | <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial | <input type="checkbox"/> Cigarrillos Diarios                         | <input type="checkbox"/> Tragos semanales                            |
| <input type="checkbox"/> Pulmonares             | <input type="checkbox"/> Artritis           | <input type="checkbox"/> Cáncer                | <input type="checkbox"/> 5 ó menos <input type="checkbox"/> 21 o más | <input type="checkbox"/> 5 ó menos <input type="checkbox"/> 21 ó más |
| <input type="checkbox"/> Renales                | <input type="checkbox"/> Sida               | <input type="checkbox"/> Diabetes              | <input type="checkbox"/> 6 a 20                                      | <input type="checkbox"/> 6 a 20                                      |
|   |   |  | <input type="checkbox"/> Otra enfermedad cual? _____                 |  |

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

Enfermedad	Año diagnóstico	Tratamiento

\*En caso de no haber marcado ninguna de la enfermedades entonces se entenderá que me encuentro en buen estado de salud.

#### DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Declaro que he leído, entiendo 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 le ha 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

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, FASECOLD, 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: 01 8000514405 – 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,

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 y Huella Solicitante del Seguro

C.C

DD/MM/AAAA

INDICE DERECHO

### Espacio para Verificación de la Información

Nombre de quien verifica \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Lugar de entrevista o visita

Oficina

Residencia

Otro

Ciudad \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Hora \_\_\_\_\_

Resultado de la entrevista o visita \_\_\_\_\_

---

---

---