Seguro de Vida Grupo
Solicitud Individual de Seguro

Allianz Seguros de Vida S.A.
NIT. 860,027,404-1

Te 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 formulario.

Fecha de diligenciamiento	Valor Asegurado solicitado	Póliza N°
		22418929

☐ Ingreso
☐ Incremento de valor asegurado

Valor asegurado actual $

Solicitud de incremento de valor asegurado a $

Razón Social de la Entidad Tomadora: Fondo de Empleados Grupo Carval - Fecarval

C.C o Nit: 830.032.254-2

Nombres y Apellidos completo del solicitante

Fecha de Nacimiento: DD/MM/AAAA

Tipo de documento	N° de Documento	Fecha expedición	Dirección Residencia	Ciudad Residencia
		d d / m m / a a a a		

Correo electrónico	Teléfono celular	Teléfono fijo

Género M ☐ F ☐

Estatura: Mts

Peso: kgs

Ocupación actual detallada

¿Práctica alguno de los siguientes deportes? SI ☐ NO ☐

- ☐ Alpinismo / montañismo
- ☐ Artes marciales / Boxeo / Lucha
- ☐ Aviación o Paracaidismo o Parapente
- ☐ Buceo
- ☐ Caza o Tiro o Tauromaquia
- ☐ Equitación
- ☐ Competencia de velocidad (por tierra o agua)
- ☐ Otros deportes ¿Cuál?

RELACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA

Si no realizas 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

RELACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA CONTINGENTES

Son las personas que reemplazan a los beneficiarios principales designados que fallezcan antes que el asegurado. Si existen varios beneficiarios contingentes el porcentaje designado al beneficiario fallecido será distribuido en partes iguales.

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

DECLARACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

MARQUE X

Yo, el abajo firmante, declaro que:

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. ¿Padeces, has padecido o te han diagnosticado alguna(s) de las siguientes enfermedades, circunstancias o eventos? En caso afirmativo marcar con x:

- ☐ Hepatitis crónicas
- ☐ Diabetes
- ☐ Cardiovasculares
- ☐ Pulmonares
- ☐ Renales
- ☐ Osteoarticulares
- ☐ Cirrosis
- ☐ Gastrointestinales
- ☐ Cerebrovasculares
- ☐ Artritis - Lupus
- ☐ SIDA - VIH Positivo
- ☐ Cataratas - Glaucoma
- ☐ Esclerosis Múltiple
- ☐ Enfermedad Glándula Tiroides
- ☐ Hipertensión Arterial
- ☐ Cáncer
- ☐ Epilepsia, Parkinson, Alzheimer
- ☐ Insuficiencia Hepática
- ☐ Enfermedad neurológica degenerativa
- ☐ Ceguera o Sordera Parcial o Total
- ☐ Enfermedades mentales o psiquiatricas
- ☐ Cirugías
- ☐ Trasplante
- ☐ Otras enfermedades

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

Enfermedad	Año diagnóstico	Tratamiento / estado actual
Enfermedad	Año diagnóstico	Tratamiento / estado actual
Enfermedad	Año diagnóstico	Tratamiento / estado actual
Enfermedad	Año diagnóstico	Tratamiento / estado actual
Enfermedad	Año diagnóstico	Tratamiento / estado actual
Enfermedad	Año diagnóstico	Tratamiento / estado actual
Enfermedad	Año diagnóstico	Tratamiento / estado actual
Enfermedad	Año diagnóstico	Tratamiento / estado actual

En caso de haber seleccionado cirugías explique:

Nombre del procedimiento / cirugía	Año procedimiento	Tratamiento / estado actual
Nombre del procedimiento / cirugía	Año procedimiento	Tratamiento / estado actual
Nombre del procedimiento / cirugía	Año procedimiento	Tratamiento / estado actual

En caso de haber seleccionado trasplante explique:

Parte del cuerpo	Año procedimiento	Tratamiento / estado actual

En caso de haber seleccionado ceguera y/o sordera indique:

Ceguera	Parcial o total	Año diagnóstico	Tratamiento / estado actual
Sordera	Parcial o total	Año diagnóstico	Tratamiento / estado actual

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

Alcohol
- ☐ Menos de 5 tragos por semana
- ☐ De 6 a 20 tragos por semana
- ☐ Más de 20 tragos por semana

¿Te encuentras en tratamiento por este consumo? **SI** ☐ **NO** ☐

En caso de haber seleccionado afirmativo en tratamiento explique:

Año diagnóstico	Tratamiento / estado actual alcoholismo

Tabaco
- ☐ Menos de 20 cigarrillos por día
- ☐ De 21 a 30 cigarrillos por día
- ☐ De 31 a 40 cigarrillos por día
- ☐ A partir de 41 cigarrillos por día

¿Te encuentras en tratamiento por este consumo? **SI** ☐ **NO** ☐

En caso de haber seleccionado afirmativo en tratamiento explique:

Año diagnóstico	Tratamiento / estado actual tabaquismo

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

1.2. ¿Consume drogas o sustancias psicoactivas? SI ☐ NO ☐ En caso afirmativo ¿Cuál?

¿Te encuentras en tratamiento por este consumo? SI ☐ NO ☐ En caso afirmativo indique

Año diagnóstico	Tratamiento / estado actual

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

En caso afirmativo ¿Cuál?

3. ¿Antecedente de contagio o infección por COVID-19? SI ☐ NO ☐ En caso afirmativo informar:

3.1 Fue necesario ser hospitalizado para manejo del COVID-19: SI ☐ NO ☐

3.2 ¿Presentó algunas secuelas o complicaciones? SI ☐ NO ☐ En caso afirmativo informar:

3.3. ¿Te fue aplicada la vacuna contra el COVID-19? SI ☐ NO ☐ En caso afirmativo informar: ¿cuántas dosis? ☐ Nombre de la(s) vacuna(s)

4. ¿Presentas alguna pérdida funcional o anatómica?: SI ☐ NO ☐ En caso afirmativo. Indicar parte del cuerpo

Año de ocurrencia	Evento que originó la pérdida anatómica o funcionalidad	Año cuando ocurrío	Evento que originó la pérdida anatómica o funcionalidad

En caso de no haber informado padecer enfermedades, se entenderá que te encuentras en buen estado de salud y no te ha sido diagnosticada alguna patología a la fecha.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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, pueden ser verificadas ante cualquier persona, sin limitación alguna, y pueden servir de fundamento a 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 viciará de nulidad relativa el contrato de seguro y Allianz podrá alegarla por acción o excepción, quedando facultada para abstenerse de pagar la indemnización que se reclame. Declaro que mi ocupación está permitida por la Ley y no ejerzo actividades ilícitas, y que no tengo ni he tenido amenaza de secuestro o en contra de mi integridad personal en los últimos tres (3) años.

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.

AUTORIZACIONES

En cumplimiento de las previsiones legales sobre el manejo, custodia y archivo de la Historia clínica, 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.

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 y la política de tratamiento de datos personales que podrá consultar en **https://www.allianz.co** consultarán, recolectarán, almacenarán, compartirán, procesarán, actualizarán, usarán, dispondrán o podrán llegarse 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, biométricos 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 DATACREDITO y CIFIN, con el objeto de evaluar la solicitud de seguro y el cumplimiento de las obligaciones financieras, comerciales y/o crediticias; con fines de seguridad y/o de prueba ante una autoridad judicial o administrativa, cuando los datos sean obtenidos a través de grabaciones o suministrados por el Titular a la empresa de vigilancia para el ingreso o permanencia en las instalaciones de Allianz; fines estadísticos, de consulta, gremiales y técnico-actuariales; fines tributarios, incluido el envío de información a autoridades tributarias de otros países, tal como la de posibles sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables.

Con ocasión de lo anterior, Usted autoriza a Allianz para que comparta la información referida anteriormente, 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.

(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 podrá suministrar esta 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 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: 6015941133 – 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) A la dirección de correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario declaro conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente solicitud, así como el contenido de la política de protección de datos personales de la Compañía publicada en www.allianz.co, por ello firmo.

Firma del Solicitante
Tipo de identificación y No

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