



MIN	1	5	MAX
		✓	

Allianz Seguros de Vida, S.A.  
Solicitud Seguro de Vida Individual - Allianz Vida Modalidad Deudores  
(Para asegurados hasta 74 años de edad)



1. Información Tomador						
C.C. <input checked="" type="checkbox"/>	C.E.	NIT	Pasaporte	No. de Documento	9398981	Género <input checked="" type="checkbox"/> M
Primer Apellido	Segundo Apellido		Nombres(s) Completo(s)			
Baez	Pachón		Edilberto			
2. Información Asegurado (persona natural)						
C.C. <input checked="" type="checkbox"/>	C.E.	NIT	Pasaporte	No. de Documento	2398981	Género <input checked="" type="checkbox"/> M
Primer Apellido	Segundo Apellido		Nombres(s) Completo(s)		Ciudad y Fecha de Nacimiento DD MM AÑO	
Baez	Pachón		Edilberto		Sogamoso 0606 1974	
Dirección particular		Ciudad		Dirección Comercial		Ciudad
Avenida 5 # B-04		Nobsa		Km 7 via sogamoso - Nobsa		Nobsa
Ingresos mensuales		Egresos mensuales		Total Activos		Total Pasivos
\$ 9.590.000		\$ 2.000.000		\$ 600.000.000		\$ 190.000.000
Empresas donde trabaja			Actividad económica de la empresa			
Paz del Rio			Siderurgica			
3. Información Beneficiario a título oneroso (Hasta el saldo insoluto del valor de la deuda)						
Valor inicial de la deuda	Plazo máximo del crédito	N.I.T.	Nombre Entidad Financiera	Nombre Oficina / Sucursal	Ciudad	% Participación Valor Asegurado
\$190.000.000	15 años	8600345941	Banco Colpatina Multibanca Colpatina SA	Bogotá	Bogotá	100%
3.1 Información Beneficiarios designados a título gratuito (Para los excedentes del valor de la deuda)						
Tipo	No. Documento de identidad	Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	% Partic. Vt. Asegurado	Parentesco
cc	63393912	Sara Aleyda	Baez	Pachón	100%	Espasa
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC: Cédula de Ciudadanía - CE: Cédula de Extranjería - PA: Pasaporte - TI: Tarjeta de Identidad - RC: Registro Civil. NIT: Número de identificación PARENTESCO: Cónyuge, Hijo, Hermano, Padres, Otros. Si el parentesco es Otros especificar						
4. Paquetes de Coberturas						
Obligatorias			Valor asegurado solicitado			
Coberturas exigidas para respaldar deudas			\$ 190.000.000.			
Fallecimiento (cubre el suicidio y homicidio desde inicio de vigencia)			Seleccione el crecimiento anual del valor asegurado			
Incapacidad total y permanente por enfermedad o accidente: El valor asegurado es igual al fallecimiento			0% <input checked="" type="checkbox"/> 5% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/>			
Opcionales			El crecimiento seleccionado del valor asegurado será igual para todas las coberturas contratadas en la póliza de seguro			
Coberturas adicionales a las exigidas para respaldar deudas (X)						
Enfermedades Graves: El valor asegurado es igual al fallecimiento						
Auxilio por Fallecimiento: El valor asegurado será el 10% del fallecimiento, máximo \$5.000.000						
5. Datos del Riesgo, información del asegurado						
Especifique claramente su ocupación y actividades detalladas de su cargo						
Mina) Paz Rio S.A. para carbones coordinador de producción						
¿Piensa cambiar pronto de ocupación? NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿A cuál? _____						
¿Su actividad personal tiene relación con el negocio de las esmeraldas, drogas o estupefacientes? NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> aclare _____						
¿Tiene usted servicio de escoltas o guardaespaldas? NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> aclare motivos _____						
¿Ha sido o se encuentra amenazado, secuestrado, extorsionado? NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> aclare motivos _____						
6. Información de otros seguros						
¿Tiene algún seguro de vida individual o de accidentes personales vigente, diferente a aquellos que respaldan deudas en entidades financieras? NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> nombre compañía _____ valor asegurado _____ Fecha expedición _____						
¿Está tramitando otro seguro de vida en la actualidad? NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> nombre Compañía _____ Valor asegurado _____						
¿Ha rehusado alguna Compañía expedir o rehabilitar su seguro de vida o accidentes? NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> motivo _____ nombre de la Compañía _____						
¿Lo han aceptado con recargo de prima? NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿Que recargo? (Motivo) _____, ¿Qué Compañía _____						
7. Declaración de asegurabilidad del Asegurado						
Peso (kg) 80 Estatura (cm) 1,78 ¿Fuma? NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿Cuántos cigarrillos al día? _____ Desde cuando? _____						
¿Bebe licor? NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> en caso afirmativo, aclare frecuencia _____						
¿Su capacidad de trabajo está reducida? NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿Por qué? _____						
¿Se encuentra en buen estado de salud y plena capacidad de trabajar? NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> Si su respuesta es NO especifique: _____						
Nombre de su médico personal o último consultado Marta Rodado dirección y teléfono _____						
Fecha de su última consulta 04-01-2017 Motivo consulta general _____						
A qué tratamiento fue sometido? _____						
Padece o ha padecido de alguna(s) de las siguientes enfermedades, circunstancias o eventos (En caso de respuesta afirmativa por favor diligencie los campos complementarios)						
TIPO DE ENFERMEDAD / ANTECEDENTE	SI	NO	ESPECIFICAR CUAL	FECHA DE APARICIÓN, OCURRENCIA O PRÁCTICA	TRATAMIENTO, EVOLUCIÓN	ESTADO ACTUAL
Convulsiones, trombosis, parálisis u otras enfermedades del sistema nervioso		<input checked="" type="checkbox"/>				
Ansiedad depresión u otro trastorno mental		<input checked="" type="checkbox"/>				
Pulmonares, asma, tuberculosis		<input checked="" type="checkbox"/>				

TIPO DE ENFERMEDAD / ANTECEDENTE	SI	NO	ESPECIFICAR CUAL	FECHA DE APARICIÓN, OCURRENCIA O PRÁCTICA	TRATAMIENTO, EVOLUCIÓN	ESTADO ACTUAL
Hipertensión arterial, enfermedad coronaria, valvulopatía		X				
Digestivas (úlceras, pólipos, quistes, hernias, colon) cirrosis hepáticas, pancreatitis		X				
Renales y/o genitourinarias (próstata, testículos, útero, ovarios, trompas de falopio, senos, complicaciones ginecoobstétricas) enfermedades venéreas		X				
Tumores, cualquier tipo de Cáncer, Anemia, Leucemia, Hepatitis, SIDA - VIH o cualquier otra enfermedad de la sangre o inmuno - infecciosa		X				
Diabetes, Enfermedades de la tiroides, Dislipidemia, Gota o alguna enfermedad Endocrina o Glandular		X				
Enfermedades de los huesos y de las articulaciones: Lumbalgia, Ciática, Artritis, Reumatismo		X				
Accidentes o lesiones graves, deformidades o malformaciones		X				
Cualquier enfermedad, lesión o incapacidad no mencionada en el cuestionario anterior		X				
¿Ha consumido durante los últimos 5 años estimulantes o estupefacientes?		X				
¿Ha sido operado u hospitalizado?		X				
¿Piensa hacerse una operación?		X				
¿Le han tomado otros exámenes para diagnosticar otras enfermedades o antecedentes diferentes a los anteriormente mencionados?		X				
(MUJERES) ¿Está usted embarazada?			¿De cuántos meses?		En caso afirmativo, adjuntar copia de controles prenatales completos	

### 8. Antecedentes familiares del Asegurado

	Edad si vive	Edad al morir	Causa de la muerte	Hijo (a)	Edad si vive	Edad al morir	Causa de la muerte
Padre		72	Natural	Hijo (a)	14		
Madre		71	Natural	Hijo (a)	10		
Espos(a)	50			Hermano (a)	52		

Si la causa de muerte es homicidio o suicidio, especificar, fecha, causa y circunstancia \_\_\_\_\_

¿Tiene o ha tenido familiares con enfermedades cardiovasculares, cerebrales, cáncer, diabetes, hipertensión, dislipidemia, muerte súbita u otras enfermedades graves? SI \_\_\_ NO

Parentesco	Enfermedad	Padece, padeció, falleció

### 9. 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. En caso de haber omitido alguna o algunas de las respuestas a las preguntas que se me han formulado, se entenderá que éstas son negativas. ACEPTO QUE ALLIANZ SEGUROS DE VIDA, S.A. NO ASUME RESPONSABILIDAD ALGUNA SINO MEDIANTE LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.

### 10. 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: Quiénes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transmisión de datos; Intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, FASECOLDA, 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: 8065903 y a nivel nacional: 018000514405 - 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. me solicite a fin de dar cumplimiento de mi fallecimiento.

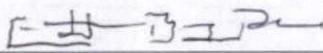
### 11. Cláusula de Asegurabilidad

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.

### 12. Tipo de pago

Anual  Mensual  Trimestral  Semestral  Bancario  No Bancario

Firma y huella Asegurado

  
C.C.



NOMBRE ASESOR DE SEGUROS Mity Cuaparro  
No. CLAVE ASESOR 11705434  
SUCURSAL Sagomoso.

Se firma la presente solicitud en la ciudad de: Sagomoso el día 27 de Junio de 2017.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA ALIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. DE COLOMBIA

Informe del asesor sobre solicitante de seguro de vida  
Allianz Seguros de Vida, S.A.



La información de este documento es de vital importancia para la evaluación del negocio, por lo que solicitamos diligenciarlo en letra clara, en tinta, sin dejar espacios en blanco. Así mismo le agradecemos evitar monosílabos y brindar una información amplia y detallada

Nombre del Solicitante Edilberto Baez Pachon

¿Hace cuanto conoce al solicitante? 8 meses.

¿Bajo que circunstancia lo conocio? Asesoramiento financiero y de seguros

¿En cuanto estima sus ingresos mensuales? \$ 9.500.000. ¿y su patrimonio? \$ 410.000.000.

¿En que esta representado y de donde provienen? Casa, apartamento, carro, del Salario.

¿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 vinculos con actividades al margen de la ley? SI  NO  En caso afirmativo aclare y amplie su respuesta:

¿Conoce algun dato del solicitante que afecte el riesgo y/o que no haya sido declarado en la solicitud, el examen médico o el cuestionario que lo reemplaza? SI  NO

Explique:

¿Tiene el cónyuge seguro de vida? SI  NO  Si la respuesta es NO aclare los motivos:  
No le interesa.

¿Ha tenido conocimiento directo o a través de terceras personas, acerca de si el solicitante ha padecido o padece en la actualidad alguna enfermedad mental, coronaria, renal, cáncer, SIDA, etc.? SI  NO  Aclare y amplie su respuesta:

Observaciones: No tengo conocimiento de que padezca o haya padecido las enfermedades nombradas.

Información Entrevista

Lugar de entrevista Sagamoso, calle 14 N° 10-53 of 131 Fecha de entrevista 27 - Junio - 2017 Hora de entrevista 10:00 am

Nombre del Asesor Mitcy Chaparro Salinas Clave 643450/1705434. Teléfono de contacto 3002596698