

Solicitud Seguro de Vida Individual - Allianz Vida ActiAll

(Para asegurados hasta 69 años de edad) Favor diligenciar con letra legible. Recuerde adjuntar el formato SARLAFT
Indicación Ficha de Gestión de la póliza: Código 2252

Allianz Seguros de Vida S.A.

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

Primer Apellido MARTINEZ	Segundo Apellido ARAUJO	Nombre Completo JHONNIFER CAMILO	Tipo y No. Documento de Identidad CC 12.276779	Género M
------------------------------------	-----------------------------------	--	--	--------------------

2. Información Asegurado (persona natural)

C.C. ☒ C.E. ☐ NIT ☐ Pasaporte ☐ No. Documento 12.276779	Género M	Estado civil SOLTERO	No. Hijo 1
Primer Apellido MARTINEZ	Segundo Apellido ARAUJO	Nombre Completo JHONNIFER CAMILO	Ciudad y Fecha de Nacimiento LA PLATA 15 01 1974
Dirección particular CALLE 22 A SUR 32 56 BLO 12 APTO 101	Ciudad NEIVA	Dirección Comercial	Ciudad
Empresa donde trabaja PENSIONADO	Actividad económica de la empresa	Correo electrónico JHONNIFER1974@GMAIL.COM	

3. Información Beneficiarios (La sumatoria del % de Participación del valor asegurado debe ser del 100%)

Tipo Identif.	No. Documento de Identidad	Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	% Partic. Vr. Asegurado	Parentesco
CC	52256395	MARIA ESPERANZA	MARTINEZ	ARAUJO (HERMANA)	50	Hijo
TI	1000256366	JHONATAN CAMILO	MARTINEZ	CHINDICUE	50	Hijo
PA						Hijo
PA						Hijo

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC: Cédula de Ciudadanía - CE: Cédula de Extranjería - PA: Pasaporte - TI: Tarjeta de Identidad - RC: Registro Civil - NIT: Hoja de Identificación Tributaria. Con derecho a Acreditamiento ☐ SI ☒ NO

PARIENTESCO: Cónyuge, Hijo, Hermano, Padres, Otros. Si el parentesco es Otro especificar:

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)	\$ 100.000.000	5 Auxilio por fallecimiento	\$ 7.000.000	X
2 Incapacidad, inutilización o Desmembración por Enfermedad o Accidente	\$ 100.000.000	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	\$ 100.000.000	7 Asistencia Multifamiliar	Coberturas incluidas en el producto	X
4 Indemnización por Fallecimiento Accidental	\$ 100.000.000	8 Asistencia de Adulto Mayor	Coberturas incluidas en el producto	
Seleccione una (1) opción de crecimiento anual del valor asegurado: 0% ☐ 3% ☐ 5% ☐		Seleccione la forma de pago de la prima: Anual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Mensual ☐		
		9 Asistencia de Bienestar y Salud	Coberturas incluidas en el producto	X

5. Datos del Riesgo. Información del asegurado

Especifique claramente su ocupación y actividades detalladas de su cargo: **PENSIONADO POLICIA NACIONAL**¿Piensa cambiar pronto de ocupación? NO ☒ SI ☐ ¿A cuál?¿Es piloto de aeronave y/o practica deporte profesional o aficionado, ocasional o regularmente deportes tales como: torero, automovilismo, motociclismo, vóley en cancha, 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 guardiaspaldas? 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 ☒ nombrecompañía **FABELLA**, valor asegurado **300.000.000** fecha expedición **30/11/2020**¿Está tramitando otro seguro de vida en la actualidad? NO ☒ SI ☐ nombre Compañía: ¿Ha rechazado alguna Compañía expedir orehabilitar su seguro de vida o accidentes? NO ☒ SI ☐ motivo y nombre de la compañía:

Holt 2 du 3

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: Jhonnifer Camilo Martinez

¿El seguro fue solicitado directamente por el cliente? SI ☒ NO ☐

¿Hace cuanto conoce al solicitante? 9 meses

¿Bajo que circunstancias lo conoció? Referido de un amigo de la gerente

¿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 aclara y amplie 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: Neiva

Fecha: Día 29 Mes 01 Año 2021 Hora 11:00

Nombre del asesor: Garanty Seguros

Clave asesor: 1706793

Teléfono de contacto: 3174199604