

CONFIRMACIÓN DEL CONTENIDO DE LA SOLICITUD ELECTRÓNICA DEL SEGURO
Seguro de Vida individual, Allianz Vida Deudores**Información del Tomador**

Nombre Completo	Tipo y No. de documento de identidad	Género
CARVAJAL PRADA WILLIE	CC 91077270	Masculino

Información Asegurado (Persona Natural)

Nombre(s) y Apellido(s)		Tipo y No. de documento de identidad	Género	Fecha nacimiento	Edad
CARVAJAL PRADA WILLIE		CC91077270	Masculino	13/05/1979	44
Dirección de residencia	Ciudad	Teléfono/Celular	Correo electrónico		
CR 15 CR 6	CUCUTA	+573184016301/+573184016301	wcarvajalprada@gmail.com		
Coberturas solicitadas		Valor Asegurado			
Fallecimiento		\$ 91.300.000			
Incapacidad total y permanente por enfermedad o accidente		\$ 91.300.000			
Crecimiento anual del valor asegurado:	0 %	Tipo de crecimiento anual del valor asegurado:	Aritmético	Forma de pago:	Anual
Información Beneficiario a título oneroso (Hasta el saldo insoluto de la deuda)					
Nombres		Tipo y No. Identificación		% Participación	
RCI COLOMBIA S.A.COMPAÑIA DE FINANCIAMIENTO		NIT 9009776291		100%	
En caso de expedición de la póliza, autorizo a Allianz Seguros de Vida, S.A. para renovar automáticamente la vigencia del contrato de seguro a partir de su vencimiento, por un periodo no mayor a doce (12) meses, siempre y cuando la prima de la vigencia anterior haya sido recaudada en su totalidad. SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
Información Beneficiario a título gratuito (Para los excedentes del valor de la deuda) *					
Nombres		Tipo y No. Identificación		% Participación	
* En caso de no designar beneficiarios a título gratuito, serán los de ley (de acuerdo con lo estipulado en el artículo 1142 del Código de Comercio).					

Declaración Salud del Asegurado

Peso Kg Estatura cm

1. ¿Padece, ha padecido o le han diagnosticado alguna(s) de las siguientes enfermedades, circunstancias o eventos? En caso de respuesta afirmativa seleccione.

Número solicitud
023300432 / 0

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoidea - Lupus | <input type="checkbox"/> Depresión, Ansiedad, ataque de nervios u otro trastorno mental | <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial |
| <input type="checkbox"/> Artrosis - Reemplazos Articulares | <input type="checkbox"/> Derrame, Isquemia o Trombosis Cerebral | <input type="checkbox"/> Infarto del Miocardio-Enfermedad Coronaria-Valvulopatías-Arritmias |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal |
| <input type="checkbox"/> Cataratas, Glaucoma, Queratocono | <input type="checkbox"/> Embarazo en curso | <input type="checkbox"/> Pérdida funcional o anatómica |
| <input type="checkbox"/> Ceguera - Sordera | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Glándula Tiroides | <input type="checkbox"/> Pérdida/disminución de capacidad para realizar su trabajo/actividades cotidianas |
| <input type="checkbox"/> Cirrosis Hepática - Pancreatitis - Úlcera Péptica - Colitis Ulcerativa | <input type="checkbox"/> Enfermedades de la Sangre - Trombosis venosa | <input type="checkbox"/> SIDA y VIH Positivo - Hepatitis B o C - Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Cirugía Bariátrica | <input type="checkbox"/> Enfisema- Bronquitis crónica (EPOC)- Fibrosis Pulmonar - Hipertensión Pulmonar | <input type="checkbox"/> Síncope - Vértigo |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Epilepsia - Convulsiones - Parkinson - Alzheimer - Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Trasplante |
| <input type="checkbox"/> Consumo de cigarrillo - tabaco | <input type="checkbox"/> Gastritis - Dispesia - Reflujo Gastroesofágico | <input type="checkbox"/> Tratamiento para Alcoholismo o Drogadicción |
| <input type="checkbox"/> Cualquier Tipo de Cáncer (Tumores Malignos-Leucemia, Mieloma Múltiple) | <input type="checkbox"/> Gota - hiperuricemia | <input type="checkbox"/> Trauma Cráneo Encefálico o de columna |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores | | |

2. ¿Tiene o ha tenido enfermedades, hospitalizaciones, cirugías, tratamientos farmacológicos, cuadros clínicos, lesiones, eventos o circunstancias de salud diferentes a las enunciadas en el numeral 1? SÍ ☐ NO ☒
3. ¿Tiene programada alguna intervención quirúrgica o se encuentra en la actualidad bajo estudio médico para el diagnóstico de alguna enfermedad? SÍ ☐ NO ☒
4. ¿A sus padres o hermanos(as) les han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades: Enfermedad cerebro vascular (Derrame Cerebral); Cualquier tipo de cáncer; Enfermedades Neurológicas; Enfermedad coronaria; Diabetes? SÍ ☐ NO ☒
5. ¿Tiene algún seguro de vida individual o de accidentes personales vigente con Allianz o con cualquier aseguradora, diferente a aquellos que respaldan deudas en entidades financieras? SÍ ☐ NO ☒
6. ¿Ha sido indiciado, investigado, procesado, inculcado, imputado, detenido y/o condenado por algún delito? SÍ ☐ NO ☒

Número solicitud
023300432 / 0**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 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. Acepto que Allianz Seguros de Vida S.A. no asume responsabilidad alguna sino mediante la expedición de la póliza.

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; 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 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 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.

SÍ ☒ 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 podrá 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. SÍ ☒ 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. SÍ ☒ NO ☐

El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión de 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: 60 1 5941133 - 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.

Declaro haber recibido las condiciones generales del producto, así mismo entender las coberturas, las exclusiones y las garantías.

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, se firma en CUCUTA a los 14 días del mes de agosto del año 2023

Número solicitud
023300432 / 0

x Willie Carvajal Prada

WILLIE CARVAJAL PRADA

CC 91077270

SANAUTOS ASESORES DE SEGUROS LTDA

No. Clave: 1701232

05/05/2021-1401-P-37-VIDA000001942V02-D001
05052021-1401-NT-P-37-VIDA000001942V02

Allianz Seguros de Vida S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

www.allianz.co