

Negocio Nuevo  Inclusión  N° de póliza:

Allianz Premium  Allianz Light

Fecha de Diligenciamiento

## 1. Información Tomador

Nombre del Tomador: Fondo de Empleados Grupo Éxito PRESENTE Nit: 800.183.987 0

## 2. Información Asegurado

C.C.  NUIP  Registro Civil  T.I.  Pasaporte  C.E.  NIT

N° de Documento  Género  Dirección  Ciudad  Teléfono

Primer Apellido  Segundo Apellido

Nombre(s) Completo(s)  Nacimiento/ Constitución

E-mail  Celular

## 3. Información del Beneficiario

Solicit.	N° de Identificación	Sexo	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s) Completo(s)
1					
2					
3					
4					
5					

Solicit.	Fecha de Nacimiento	Estatura (Cm)	Peso (Kg)	Parentesco con el Asegurado Principal	Estado Civil	EPS	Ocupación	Ciudad
1								
2								
3								
4								
5								

**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** CC: Cédula de Ciudadanía -CE: Cédula de Extranjería -PA: Pasaporte -TI: Tarjeta de Identidad -RC: Registro Civil -NIT: Número ESTADOCIVIL: SO: Soltero -CA: Casado -UN: Unión Libre -SE: Separado -VI: Viudo  
**PARENTESCO:** -AP: Asegurado Principal -CO: Conyugue o Compañero -HI: Hijo -PR: Progenitor -HE: Hermano -NI: Nieto -AM: Amigo -OT: Otro

## 4. Producto

Allianz MedicAll Gold  Allianz MedicAll Care  Allianz MedicAll Plus  Salud Colectivo Dólares  Salud Colectivo

Deducible: USD\$250  USD\$5.000  USD\$10.000

## 5. Módulo

Módulo 1  Módulo 2  Módulo 3  Módulo 4  Módulo 5  Módulo 6  Módulo 7

## 6. Información Continuidad y Anexos

Solicit.	Continuidad		Continuidad Producto Allianz	Póliza Allianz Anterior	Continuidad Producto No Allianz	Compañía Anterior	Producto Anterior
	Si	No					
1							
2							
3							
4							
5							

(Ejemplo para el Diligenciamiento)

## 7. Enfermedades

Padece o ha padecido o le han diagnosticado (aún cuando su enfermedad ya está controlada) las siguientes enfermedades? responda SI(S) o NO(N) en la casilla de acuerdo al solicitante.

Afecciones Neurológicas	Solicitante 1 2 3 4 5	Fecha Ocurrencia	Especificar Diagnostico/Tratamiento/ Lateralidad y Ubicación anatómica
Epilepsia/Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Parálisis	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vértigo	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Esclerosis Múltiple	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Trauma Craneal	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Enfermedades Mentales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Afecciones de los Sentidos y Respiratorias**

	Solicitante	Fecha Efecto	Especificar Diagnostico/Tratamiento/ Lateralidad y Ubicación anatómica
Ojos	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nariz	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Oído	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pulmonares	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Boca/Garganta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alergias	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Piel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Afecciones Crónicas como**

	Solicitante	Fecha Efecto	Especificar Diagnostico/Tratamiento/ Lateralidad y Ubicación anatómica
Diabetes	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anemia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Artritis/Lupus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Colesterol/Triglicéridos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Riñon/Hígado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tiroides	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Afecciones del Sistema Cardiovascular**

	Solicitante	Fecha Efecto	Especificar Diagnostico/Tratamiento/ Lateralidad y Ubicación anatómica
Cardiacos/Coronarios	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trombosis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Afecciones del Sistema Digestivo**

	Solicitante	Fecha Efecto	Especificar Diagnostico/Tratamiento/ Lateralidad y Ubicación anatómica
Esófago/Estómago	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Colon	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Afecciones del Sistema Genitourinario**

	Solicitante	Fecha Efecto	Especificar Diagnostico/Tratamiento/ Lateralidad y Ubicación anatómica
Genitales	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Incontinencia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Antecedentes Genéticos y Congénitos Afecciones**

	Solicitante	Fecha Efecto	Especificar Diagnostico/Tratamiento/ Lateralidad y Ubicación anatómica
Malformaciones	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Antecedentes de Importancia**

	Solicitante	Fecha Efecto	Especificar Diagnostico/Tratamiento/ Lateralidad y Ubicación anatómica
Medicamento	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Drogas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tratamiento/Cirugía	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Accidentes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Exámenes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Citología con Resultados alterados?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ha sufrido o sufre de otros síntomas, antecedentes o enfermedades no citadas anteriormente? Por favor describa cuales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Antecedentes Obstétricos**

	Solicitante	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha última menstruación
¿Está o cree estar embarazada?	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
¿Cuántas semanas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
¿Cuántos embarazos ha tenido?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
¿Cuántos partos naturales?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
¿Cuántas Cesáreas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	4 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
¿Cuántos abortos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	5 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

## 8. Clausula de Garantía

Garantizo que la anterior información es exacta y verdadera y acepto que sea parte integrante del contrato de seguros y de la póliza que sea expedida. Igualmente si existe reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que conocidos por ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A la hubieren retraído de celebrar el contrato de seguro o inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo, se producirá la nulidad relativa del contrato de seguro. Si la Compañía evidencia que presento una preexistencia de salud, acepto que marque la exclusión de la misma en el contrato y se exonere en adelante de su obligación respecto a la cobertura de la póliza. Acepto que ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. no asume responsabilidad alguna sino mediante la expedición de la póliza o certificación escrita sobre la aceptación expresa de la cobertura, previo pago de la prima o del anticipo correspondiente siempre que para ese entonces me encuentre en buen estado de salud. Así mismo, declaro que en caso de evidenciarse una preexistencia no solicitaré atenciones o servicios derivados de la misma; para lo cual accederé libre y voluntariamente a la EPS o a la utilización de recursos propios.

## 9. Autorización para Solicitud de Historia Clínica

En cumplimiento de lo dispuesto en la ley 23 de 1981, de la resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y demás normatividad sobre la materia, autorizo a cualquier institución hospitalaria, médico, odontólogo, funcionario del hospital o clínica, o cualquier otra persona que haya sido consultada por mí para que suministre a ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. copia de mi historia clínica o de cualquier información que ella considere necesaria para la contratación de éste u otros seguros y para la atención de cualquier reclamación que afecte cualquiera de los amparos del mismo. De igual forma manifiesto en calidad de titular o asegurado principal que autorizo el acceso o consulta a los registros de historia clínica de cualquier miembro del grupo asegurado, obrando como su representante legal o mandatario.

## 10. Afiliación a la EPS

Declaro que todos los solicitantes de la presente solicitud, se encuentran afiliados a una empresa promotora de salud (EPS) del régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se encuentran a paz y salvo con las obligaciones derivadas de esas afiliaciones y que mantendremos tal afiliación activa durante toda la vida del presente contrato.

## 11. Cláusula de Asegurabilidad

La presente solicitud NO implica aceptación del riesgo por parte de la compañía. Nota: Cabe aclarar que para que el contrato sea válido sólo puede ser firmado por el titular.

## 12. Conocimiento Producto

Declaro que fui informado sobre las condiciones Generales y Particulares de la póliza, incluyendo períodos de carencia, exclusiones de cobertura de la misma y adicional recibí las aclaraciones respectivas a las inquietudes que pudieran surgir de mi parte.

## 13. 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, 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 de Bogotá, teléfono 5600600.

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 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,

C.C. _____	Índice derecho
<input type="text" value="DDMMAAAA"/>	

## 14. Tipo de Pago

Anual  Mensual  Trimestral  Semestral  Bancario  No Bancario

Firma Asesor	Firma Tomador	Firma Asegurado
_____	_____	_____
Clave del Asesor <input type="text"/>	C.C. _____	C.C. _____
	Índice derecho del tomador	Índice derecho del Asegurado