

# Solicitud Seguro de Salud



Negocio Nuevo  Inclusión  N° de póliza:

Fecha de Diligenciamiento  DD MM AAAA

## 1. Información del Tomador (Si el tomador es el mismo Asegurado Principal, no requiere diligenciar la información del numeral 2.)

C.C. <input type="checkbox"/>	NUIP <input type="checkbox"/>	Registro Civil <input type="checkbox"/>	Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Cédula de extranjería <input type="checkbox"/>	NIT <input type="checkbox"/>
N°de Documento <input type="text"/>	Ciudad <input type="text"/>	Teléfono fijo y/o celular <input type="text"/>				
Nombre y Apellidos completos <input type="text"/>				Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
Dirección <input type="text"/>			Correo electrónico <input type="text"/>			

## 2. Información del Asegurado Principal (Diligencie este campo únicamente si el Asegurado Principal es diferente del Tomador)

C.C. <input type="checkbox"/>	NUIP <input type="checkbox"/>	Registro Civil <input type="checkbox"/>	Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Cédula de extranjería <input type="checkbox"/>	NIT <input type="checkbox"/>
N°de Documento <input type="text"/>	Ciudad <input type="text"/>	Teléfono fijo y/o celular <input type="text"/>				
Nombre y Apellidos completos <input type="text"/>				Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
Dirección <input type="text"/>			Correo electrónico <input type="text"/>			

## 3. Información del Beneficiario (Si el Asegurado Principal también va a ser beneficiario, deberá diligenciar este campo).

Solicitante	Tipo de Identificación	Nº de Identificación	Sexo	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos
1						
2						
3						
4						
5						

Solicitante	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 de Identificación Tributaria

## 4. Producto

Allianz MedicAll Gold <input type="checkbox"/>	Allianz MedicAll Care <input type="checkbox"/>	Salud Colectivo Dólares <input type="checkbox"/>	Salud Colectiva Pesos <input type="checkbox"/>	Anexo de Maternidad <input type="checkbox"/>
Allianz MedicAll Plus <input type="checkbox"/>	Deductible: USD\$250 <input type="checkbox"/>	USD\$5.000 <input type="checkbox"/>	USD\$10.000 <input type="checkbox"/>	
Allianz MedicAll Plus Pesos <input type="checkbox"/>	Deductible: \$5.000.000 <input type="checkbox"/>	\$15.000.000 <input type="checkbox"/>	\$30.000.000 <input type="checkbox"/>	

## 5. Módulo

Módulo 1 <input type="checkbox"/>	Módulo 2 <input type="checkbox"/>	Módulo 3 <input type="checkbox"/>	Módulo 4 <input type="checkbox"/>	Módulo 5 <input type="checkbox"/>	Módulo 6 <input type="checkbox"/>	Módulo 7 <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

## 6. Información Continuidad y Anexos

Solicitante	Continuidad Producto Allianz	Número de Póliza Anterior con Allianz	Continuidad de Otra Compañía (¿Cuál?)	Número de Póliza Anterior	Cobertura de Congénitas en la Póliza Anterior
1	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

## 7. Declaración de salud

A continuación encontrará una serie de preguntas con referencia a sus antecedentes de salud y a los de su grupo de beneficiarios.

1. ¿Tiene o ha tenido, o le han diagnosticado alguna enfermedad que haya requerido tratamiento médico, procedimientos, hospitalizaciones, cirugías o urgencias o que lleve en tratamiento un año o más? En caso afirmativo, señale cuál(es) de las siguientes enfermedades presenta(n), indicando en el recuadro el (los) número(s) del (de los) beneficiario(s) que cursa(n) con ella(s). En caso contrario, pase al numeral 2.

Convulsiones, epilepsia o movimientos anormales, vértigo, secuelas de meningitis	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Retardo mental, parálisis cerebral, autismo o trastornos del desarrollo, Miastenia gravis, Guillán Barré, parálisis	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Esclerosis múltiple o enfermedad desmielinizante o "ELA" (esclerosis lateral amiotrófica)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
Trauma cráneo-encefálico, o de columna o de un nervio o dolor crónico. Trastorno de los discos intervertebrales, hernia discal, ciática o radiculopatía	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Enfermedades neurológicas degenerativas, Parkinson, Alzheimer, esquizofrenia, Demencia, Depresión, ansiedad u otras enfermedades mentales	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Hipertiroidismo, bocio, nódulos tiroideos o lesiones que ameriten biopsia de tiroides, antecedente de cirugía de tiroides (tiroidectomía) o yodoterapia	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>

Catarata, glaucoma, estrabismo, ceguera, enfermedades del nervio óptico, desprendimiento de retina, pterigio

1 2 3 4 5

Sinusitis, rinitis, otitis, laringitis o amigdalitis crónicas; pólipos, desviación del tabique nasal, amigdalas o adenoides muy grandes. (Crónicas: más de 3 eventos por año)

1 2 3 4 5

Pérdida de la audición, sordera, usa o necesita audífono o implante coclear

1 2 3 4 5

EPOC, enfisema, bronquitis crónica, fibrosis pulmonar, Hipertensión pulmonar o requiere oxígeno o concentrador, C-PAP o B-PAP, tuberculosis

1 2 3 4 5

Asma, secuelas de ventilación pulmonar prolongada (displasia broncopulmonar), antecedente de membrana hialina

1 2 3 4 5

Diabetes mellitus, SIDA o VIH positivo, Trasplantes, Hepatitis B o C, Cirrosis, enfermedad crónica del hígado, pancreatitis crónica, insuficiencia renal, diálisis, riñón poliquístico o glomerulopatías

1 2 3 4 5

Cáncer o tumores de cualquier órgano, leucemia

1 2 3 4 5

Enfermedades de la sangre, hemofilia o trastorno de coagulación, Anemia, aplicación de hierro o transfusiones, uso de anticoagulantes

1 2 3 4 5

Hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, soplos Enfermedades de las válvulas o prótesis valvular, arritmia, bloqueos, marcapasos, várices o enfermedad arterial de cualquier vaso o segmento corporal

1 2 3 4 5

Aneurismas, malformaciones arterio-venosas, trombosis o derrame cerebral, Enfermedad coronaria, angina, infarto cardiaco, stent o revascularización (bypass coronario o puente)

1 2 3 4 5

Esofagitis, esófago de barret, Úlcera péptica o duodenal, hemorragia digestiva, Divertículos en colon, colitis ulcerativa, cálculos de la vesícula, hemorroides, cirugías del intestino

1 2 3 4 5

Cirugía bariátrica (by pass gástrico, manga gástrica) antes de 1 año, colesterol o triglicéridos altos, ácido úrico o azúcar alta

1 2 3 4 5

Cisto, recto o úterocele (Vejiga, recto o matriz caída), Hemorragia uterina anormal, miomas, endometriosis, quistes en los ovarios, Enfermedades de la mama

1 2 3 4 5

Citología con sospecha de cáncer (NIC I, II, III), infección por virus del papiloma, mamografía con resultados como quistes, tumores, dilataciones o lesiones que puedan o no, haber requerido biopsia

1 2 3 4 5

Cálculos renales, incontinencia, testículo no descendido, hidrocole, prepucio redundante, varicocele, Trastornos de la próstata

1 2 3 4 5

Artritis reumatoide, lupus, enfermedades autoinmunes o del colágeno

1 2 3 4 5

Escclerosis, deformidades de columna, de los huesos o de las articulaciones, Artrosis de cadera, rodilla, hombro, codo, prótesis o reemplazos articulares

1 2 3 4 5

Malformaciones o defectos congénitos o genéticos de cualquier órgano, Síndrome de Down, malformaciones del corazón y/o de los grandes vasos o Cardiopatía congénita

1 2 3 4 5

Amplíe sus respuestas indicando: beneficiario, diagnóstico, año del diagnóstico, ubicación o lateralidad (si aplica) y tratamiento.

Indique adicionalmente si le han diagnosticado a usted o a alguno de sus beneficiarios, una enfermedad o un antecedente médico diferente a los mencionadas anteriormente.

**2. Indique si usted o alguno de sus beneficiarios tiene o ha tenido alguno de los siguientes antecedentes, señalando el número del beneficiario que corresponda en cada caso.**

¿Consumo(n) medicamentos regularmente? ¿Qué medicamento(s) y en qué dosis? Especifique.	1 2 3 4 5	¿Consumo alcohol, cigarrillo, drogas alucinógenas o sustancias psicoactivas o se ha internado en instituciones para manejo de alcoholismo o drogadicción? Especifique	1 2 3 4 5	¿Requiere(n) terapias o se encuentra(n) en un programa de rehabilitación? ¿qué terapias recibe(n)? Especifique.	1 2 3 4 5
---	-----------	---	-----------	---	-----------

¿Ha(n) presentado alguna lesión o accidente que reduzca su capacidad física o intelectual? o por la que se encuentre(n) incapacitado(s) o con calificación de discapacidad? o que haya(n) requerido material de osteosíntesis? Indique el número del solicitante que corresponda, tipo de lesión y/o secuelas si presenta. Lugar anatómico, Fecha del evento, ¿conserva el material de osteosíntesis o ya lo retiraron? Especifique.

1 2 3 4 5

¿Ha(n) requerido o tiene(n) pendiente la realización de exámenes (como TAC, resonancia, gammagrafía), o procedimientos (tales como artroscopia, endoscopia, colonoscopia, laparoscopia, biopsias). O, ha(n) estado hospitalizado(s), lo(s) han operado o tiene pendiente alguna cirugía? En caso afirmativo especifique el tipo de examen, si ya lo tomó indique fecha, resultado y aporte copia de los reportes. En caso de hospitalización o cirugía indique el motivo o la causa de la misma, el diagnóstico definitivo, la fecha del evento y si quedó con alguna secuela. Especifique.

1 2 3 4 5

En la familia los padres o hermanos del asegurado principal o de sus beneficiarios han sido diagnosticados antes de los 50 años con cáncer de mama, cáncer de ovario, cáncer de colon o de recto, diabetes mellitus, eventos cerebrovasculares (hemorragia o trombosis), eventos coronarios (infartos, colocación de stent o revascularización)? Indique qué enfermedad, qué miembro de su familia y a qué edad le hicieron el diagnóstico o presentó el evento. NOTA: Esta pregunta permitirá incluirlo en los programas de Prevención de la Compañía.

1 2 3 4 5

**3. Pregunta exclusiva para mujeres.**

	1 2 3 4 5	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuántas semanas tiene?	Ha tenido complicaciones durante embarazos previos tales como (hipertensión, diabetes, partos pre-término, gemelares o múltiples), trastornos de la fertilidad, síndrome antifosfolípido o ha querido fecundación in-vitro.
¿Alguna solicitante se encuentra embarazada?	1 2 3 4 5		Describe:	
¿Cuántos embarazos ha tenido? ¿Qué beneficiaria?	1 2 3 4 5			
¿Cuántos abortos o ectópicos? ¿Qué beneficiaria?	1 2 3 4 5			
¿Cuántos partos? ¿Qué beneficiaria?	1 2 3 4 5			
¿Cuántas cesáreas? ¿Qué beneficiaria?	1 2 3 4 5			

## 8. Declaración sincera y exacta

Declaro que las respuestas al cuestionario previsto en la presente solicitud son exactas y verdaderas. Así mismo, tengo conocimiento de que la inexactitud o reticencia en la información consignada en el presente formulario, que de haber sido conocidas por Allianz Seguros de Vida S.A. la hubiera llevado a no celebrar el contrato, o a celebrarlo en condiciones distintas, dará lugar nulidad relativa del contrato de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1058 del Código de Comercio.

## 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 este 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. Cláusula de Asegurabilidad

La suscripción del presente documento no implica una aceptación del riesgo por parte de la compañía de seguros.

## 11. Conocimiento Producto

Declaro que he indagado y he recibido la información sobre las características del producto o servicio, mis derechos y obligaciones, la tarifa o precio y la forma para determinarlos, en virtud de lo dispuesto por la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera y el artículo 6 de la Ley 1328 de 2009.

## 12. Tratamiento de Datos Personales

La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá llegar a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad y la de terceras personas que sean asegurados o beneficiarios del seguro. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica. También será objeto de tratamiento la información de naturaleza sensible relacionada con el estado de salud, datos de identidad sexual y datos de menores de edad incluyendo sus datos sensibles. La información descrita será utilizada para las siguientes finalidades:

(i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. SI  NO

(ii) Envíos Comerciales: Contactar al titular a través de comunicaciones electrónicas tales como: chat, correo electrónico, SMS y teléfono, entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios de la Compañía o terceros vinculados, campañas de fidelización o mejora de servicio, así como para realizar encuestas y estudios de mercado, por lo que la Compañía podrán suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y 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: 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 - Oficina del Cliente; iii) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: [servicioalcliente@allianz.co](mailto:servicioalcliente@allianz.co)

Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario Usted declara conocer y aceptar de manera expresa y por escrita, 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](http://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.

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma:

## 13. Tipo de Pago

Anual  Mensual  Trimestral  Semestral  Bancario  No Bancario

Firma Asesor

Firma Tomador

Clave del Asesor

C.C.

Índice derecho  
del tomador

Firma Asegurado

C.C.

Índice derecho  
del Asegurado