

Le recordamos la importancia de declarar el verdadero estado de salud al momento de diligenciar la solicitud de seguro. Favor leer con detenimiento la declaración de asegurabilidad contenida en el presente certificado.

| |
|---------------------------|
| Fecha de diligenciamiento |
|---------------------------|

| |
|-----------------|
| Valor asegurado |
|-----------------|

| |
|-----------|
| Póliza N° |
|-----------|

| | | |
|---|------------------|---|
| Razón Social de la Entidad Tomadora FONDO DE BENEFICIO COMÚN DE LOS EMPLEADOS DEL SENA | | C.C o Nit 890.905.864-0 |
| Nombres y Apellidos completos del solicitante | | Fecha de Nacimiento DD/MM/AAAA |
| Tipo de documento | N° de Documento | Dirección Particular |
| Correo electrónico | | Teléfono celular |
| Teléfono fijo | | |
| Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Estatura Mts. | Peso Kgs. |
| ¿Practica alguno de los siguientes deportes? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> Alpinismo / montañismo <input type="checkbox"/> Artes marciales / Boxeo / Lucha <input type="checkbox"/> Aviación o Paracaidismo o Parapente <input type="checkbox"/> Buceo | | <input type="checkbox"/> Caza o Tiro o Tauromaquia <input type="checkbox"/> Equitación <input type="checkbox"/> Competencias de velocidad (por tierra o agua) <input type="checkbox"/> Otros deportes ¿Cuál? _____ |
| Ocupación actual detallada | | |

RELACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA

Si no realiza designación de beneficiarios, en su defecto aplica los de ley según lo estipulado en el Artículo 1142 del Código de Comercio. Para pólizas deudoras el primer beneficiario será a título oneroso

| Nombres y Apellidos completos | Tipo de documento | N° Documento de identidad | % Participación | Beneficiario/Parentesco |
|-------------------------------|-------------------|---------------------------|-----------------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

DECLARACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

Marque X

Yo, el abajo firmante, declaro que:

Actualmente me encuentro en buen estado de salud y no presento disminución de capacidad para realizar mi trabajo o actividades cotidianas: SI NO

1. ¿Padece, ha padecido o le han diagnosticado alguna(s) de las siguientes enfermedades, circunstancias o eventos? En caso afirmativo marcar con x:

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hepatitis crónicas | <input type="checkbox"/> Cirrosis | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple | <input type="checkbox"/> Insuficiencia Hepática |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Gastrointestinales | <input type="checkbox"/> Enfermedad Glándula Tiroideas | <input type="checkbox"/> Ceguera o Sordera Parcial o Total |
| <input type="checkbox"/> Cardiovasculares | <input type="checkbox"/> Cerebrovasculares | <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial | <input type="checkbox"/> Tratamiento para Alcoholismo o Tabaquismo |
| <input type="checkbox"/> Pulmonares | <input type="checkbox"/> Artritis - Lupus | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedad neurológica degenerativa |
| <input type="checkbox"/> Renales | <input type="checkbox"/> SIDA - VIH Positivo | <input type="checkbox"/> Epilepsia, Parkinson, Alzheimer | <input type="checkbox"/> Depresión, Ansiedad u otro Trastorno Mental o Psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Osteoarticulares | <input type="checkbox"/> Cataratas - Glaucoma | <input type="checkbox"/> Trasplante | <input type="checkbox"/> Tratamiento por Drogadicción |

1.1. Diligencie el siguiente campo si existen antecedentes de consumo de alcohol o tabaco:

| | | | | |
|---------|---|--------|--|---|
| Alcohol | <input type="checkbox"/> Menos de 5 tragos por semana | Tabaco | <input type="checkbox"/> Menos de 20 cigarrillos por día | <input type="checkbox"/> De 31 a 40 cigarrillos por día |
| | <input type="checkbox"/> De 6 a 20 tragos por semana | | <input type="checkbox"/> De 21 a 30 cigarrillos por día | <input type="checkbox"/> A partir de 41 cigarrillos por día |
| | <input type="checkbox"/> Más de 20 tragos por semana | | | |

2. ¿Tiene programada alguna intervención quirúrgica o se encuentra en la actualidad bajo estudio médico para el diagnóstico de alguna enfermedad? SI NO

3. ¿Tiene o ha tenido enfermedades diferentes al numeral 1, por las cuales ha recibido o esté recibiendo tratamiento o control médico (incluye cirugía, hospitalizaciones o medicamentos)? SI NO

4. ¿Presenta alguna pérdida funcional o anatómica? SI NO En caso afirmativo ¿Cuál? _____

En caso de haber padecido alguna enfermedad de las mencionadas anteriormente, explique:

| Enfermedad | Año diagnóstico | Tratamiento |
|------------|-----------------|-------------|
| | | |
| | | |

*En caso de no haber marcado ninguna de las enfermedades, entonces se entenderá que me encuentro en buen estado de salud y no me ha sido diagnosticada alguna patología a la fecha.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Declaro que he leído, entiendo y acepto la información contenida en la presente solicitud individual de seguro, que tengo conocimiento que la póliza se otorgará en consideración a la veracidad de estas declaraciones; y que en el evento de no coincidir ellas estrictamente con la realidad, el seguro otorgado quedará viciado de nulidad en los términos del artículo 1058 del código de comercio. Autorizo a la aseguradora para que use, consulte y/o reporte a las centrales de información de riesgos, cualquier información relativa a mis hábitos de pago, al cumplimiento que se he dado a mis obligaciones y mi información comercial disponible. Sin perjuicio de lo estipulado por el artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo a la aseguradora para acceder a mis historias clínicas y demás documentos sobre mi estado de salud, y a los médicos y entidades hospitalarias para que suministren a dicha aseguradora tales documentos, aun después de mi fallecimiento. Declaro que desarrollo en forma normal mis actividades, que mi profesión u oficio son lícitos y que no tengo ni he tenido amenaza de secuestro o en contra de mi integridad personal en los últimos tres (3) años. Declaro que conozco y acepto las condiciones particulares y generales de la póliza de vida grupo a que accede esta solicitud.

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 llegarse 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 y datos de identidad sexual. 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 éste 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: 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 de la Compañía o de productos y servicios ofrecidos por terceros vinculados con la Compañía, 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 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: 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.

DECLARACION: 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 del seguro que llegare a celebrar con Allianz Seguros de Vida S.A. y por diez años mas después de finalizada la vigencia del mismo a los médicos, clínicas, hospitales, EPS y demás establecimientos que me hayan brindado atención en servicio de salud, para suministrar la información sobre mi historia clínica y/o estado de salud que Allianz Seguros de Vida S.A. les solicite, aun después de mi fallecimiento.

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 por el solicitante del seguro.

Firma y huella del Asegurado

Huella

Tipo de identificación y No