

Negocio Nuevo ☐ Inclusión ☐ N° de póliza:

1. Información Tomador

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

N° de Documento Genero ☐

Primer Apellido Segundo Apellido

Nombre(s) Completo(s) Nacimiento/ Constitución

2. Información Asegurado

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

N° de Documento Genero ☐ Dirección Teléfono

Primer Apellido Segundo Apellido

Nombre(s) Completo(s) Nacimiento/ Constitución

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
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 ESTADO CIVIL: 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 ☐

5. Módulo

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

6. Anexos (solo Aplica Colectivos)

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.

Neurológicas Afecciones	Solicitante	Fecha Efecto	Especificar Diagnostico/Tratamiento/ Lateralidad y Ubicación anatómica
Epilepsia	1 2 3 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
Parálisis	☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
Vértigo	☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
Esclerosis Múltiple	☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
Meningitis	☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
Convulsiones	☐ ☐ ☐ ☐ ☐		

Trauma Craneal	1 2 3 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
Tiroides	☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
Enfermedades Mentales	☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
Del Sistema Ocular o Respiratorio			
Afecciones	Solicitante	Fecha Efecto	Especificar Diagnostico/Tratamiento/ Lateralidad y Ubicación anatómica
Ojos	1 2 3 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
Nariz	☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
Oído	☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
Pulmonares	☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
Garganta	☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
Alergias	☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
Crónicas Como			
Afecciones	Solicitante	Fecha Efecto	Especificar Diagnostico/Tratamiento/ Lateralidad y Ubicación anatómica
Diabetes	1 2 3 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
Cáncer	☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
Anemia	☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
Sistema Cardiovascular			
Afecciones	Solicitante	Fecha Efecto	Especificar Diagnostico/Tratamiento/ Lateralidad y Ubicación anatómica
Cardiacos	1 2 3 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
Trombosis	☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
Sistema Digestivo			
Afecciones	Solicitante	Fecha Efecto	Especificar Diagnostico/Tratamiento/ Lateralidad y Ubicación anatómica
Esófago	1 2 3 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
Colesterol	☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
Sistema Genitourinario			
Afecciones	Solicitante	Fecha Efecto	Especificar Diagnostico/Tratamiento/ Lateralidad y Ubicación anatómica
Genitales	1 2 3 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
Incontinencia	☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
Sistema Óseo Articular			
Afecciones	Solicitante	Fecha Efecto	Especificar Diagnostico/Tratamiento/ Lateralidad y Ubicación anatómica
Piel	1 2 3 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
Antecedentes Genéticos y Congénitos			
Afecciones	Solicitante	Fecha Efecto	Especificar Diagnostico/Tratamiento/ Lateralidad y Ubicación anatómica
Malformaciones	1 2 3 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
Antecedentes de Importancia			
Afecciones	Solicitante	Fecha Efecto	Especificar Diagnostico/Tratamiento/ Lateralidad y Ubicación anatómica
Medicamento	1 2 3 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
Drogas	☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
Tratamiento	☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
Accidentes	☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
Exámenes	☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
Citología con Resultados alterados?	☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
Ha sufrido o sufre de otros síntomas, antecedentes o enfermedades no citadas anteriormente? Por favor describa cuales	☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
Antecedentes Obstétricos			
Afecciones	Solicitante		
Está o cree estar embarazada?	1 2 3 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	SI ☐ NO ☐	
Cuántas semanas?	☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
Cuántos embarazos ha tenido?	☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
Cuántos partos naturales?	☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
Cuántas Cesáreas?	☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
Cuántos abortos?	☐ ☐ ☐ ☐ ☐		

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 la ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. la hubieren retraído de celebrar el o inducido a estipular condiciones mas onerosas, acepto la nulidad relativa del contrato, Cuando la Compañía evidencie que representó una preexistencia de salud, acepto que marque la exclusión de la misma en el contrato y se exonere en delante de su obligación respecto a su cobertura. Acepto que la Compañía 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 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.

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 halla sido consultada por mí, para que suministre a la 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 autoricemos el acceso o consulta a los registros de historia clínica de cualquier miembro del grupo asegurado.

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 se 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.

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.

6. Tipo de Pago

Anual ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Bancario ☐ No Bancario ☐

Firma Asesor

Firma Tomador

Firma Asegurado

Índice derecho
del tomador

Índice derecho
del Asegurado

Clave del Asesor

C.C.

C.C.