

Por medio del presente formato, solicito a Allianz Seguros de Vida S.A., incluir o sustituir a los beneficiarios, al igual que el porcentaje que a cada uno de éstos le pueda corresponder.

Ciudad Fecha de Diligenciamiento Número de Póliza

Tomador del seguro	Producto
	Vida Grupo <input type="checkbox"/> Accidentes personales <input type="checkbox"/>

Información del Asegurado			
Nombres y Apellidos:		Tipo y Número de Identificación:	
		C. C. <input type="checkbox"/> C. E. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	N° de Documento
Fecha de Expedición	Lugar de expedición	Fecha de Nacimiento	Ciudad

Información de los Beneficiarios Principales Designados (Voluntarios)					
	Nombres y Apellidos Completos	Documento de Identidad		Parentesco	% Designado
		Tipo	Número		
1					
2					
3					
4					
5					
La suma de los porcentajes debe ser igual al 100%				Total	100%

C.C: Cédula de Ciudadanía - TI: Tarjeta de Identidad - CE: Cédula de Extranjería - PA: Pasaporte - OT: Otro

A continuación se solicita información relacionada con "Acrecimiento" y "Beneficiarios Contingentes"

Importante: La figura del "acrecimiento" y la figura del "beneficiario contingente" son excluyentes, por lo cual, si escoge la opción del "acrecimiento", no deberá diligenciar la información relacionada con los "beneficiarios contingentes" o viceversa.

Acrecimiento	
En caso de que uno de los beneficiarios aquí designados fallezca ¿Deseo realizar una redistribución automática del porcentaje asignado a éste entre los otros beneficiarios?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Información de los Beneficiarios Contingentes			
(Son las personas que reciben el beneficio del seguro en ausencia de los beneficiarios principales. Para designar al beneficiario contingente que reemplazará al beneficiario principal, relacionelo con cada uno de los numerales anteriores)			

	Nombres y Apellidos Completos	Documento de Identidad		Parentesco	% Designado
		Tipo	Número		
1					
2					
3					
4					
5					

Información de los Beneficiarios Onerosos (No aplica para pólizas de accidentes personales)				
Razón Social	Tipo	Número de Identificación	Número del Crédito	% Designado

Para la inclusión de los Beneficiarios Onerosos, es necesario adjuntar certificación expedida por la (s) Entidad (es) Financiera (s), en donde se indique la razón social, NIT, valor insoluto de la deuda y números de los créditos asociados.

Autorización para el tratamiento de datos personales

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 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 mensajes de texto, correo electrónico, SMS, 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 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.

Aspectos a tener en cuenta

- Los porcentajes son de libre designación y su sumatoria debe ser 100%.
- Las personas que figuran como beneficiarios son de libre designación.
- Para efectos del pago de la indemnización, se tendrán en cuenta únicamente las personas aquí designadas.
- En caso de no designar beneficiarios, el pago del seguro de vida se efectuará a los beneficiarios de ley, previo proceso de sucesión.
- Los beneficiarios registrados en este formulario podrán ser cambiados por el asegurado cuando lo considere necesario.
- En caso de tener que realizar el pago del seguro de vida a un beneficiario menor de edad, este pago se hará a su representante legal que para efectos de la ley será el padre o la madre o los dos, o a menos que exista fallo judicial anterior a la fecha de fallecimiento del asegurado que designe representante legal diferente.
- Beneficiario Contingente: Es la persona o personas designadas para recibir la prestación por fallecimiento en caso de que el beneficiario directo fallezca antes que el asegurado.
- Son datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos.
- En el evento en que se suministre información de menores de edad, el representante autoriza el tratamiento de los datos para los fines descritos en el presente documento.

Por medio del presente formato, solicito a Allianz Seguros de Vida S.A., incluir o sustituir a los beneficiarios, al igual que el porcentaje que a cada uno de éstos le pueda corresponder.

Firma del Asegurado Principal

Número del Documento de Identidad