

Fecha de diligenciamiento DD MM AAAA Asegurado Titular Asegurado familiar Póliza No. _____

1. Información Tomador/ Titular Tarjeta de Crédito

C.C. C.E. Pasaporte No. Documento _____ N° T.C. BIN + Últimos 4 dígitos _____

Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Nombres(s) Completo(s) _____

2. Información Asegurado (Persona natural)

C.C. C.E. Pasaporte Tarjeta de Identidad No. Documento _____ Género M F

Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Nombres(s) Completo(s) _____ Ciudad y Fecha de Nacimiento DD MM AAAA

Dirección particular _____ Ciudad _____ Teléfono _____ Ocupación _____

Correo Electrónico _____ Parentesco con el titular de la póliza: _____

3. Información Beneficiarios

Para efectos de este seguro los beneficiarios serán los de ley (de acuerdo con lo estipulado en el Artículo 1142 del Código de Comercio).

4. Vigencia del amparo individual

La vigencia de cada asegurado iniciará a partir de la fecha de recaudo de la póliza y finalizará en la fecha fin de la vigencia individual, teniendo en cuenta que la cobertura corresponde a un año.

5. Coberturas del seguro solicitado

Coberturas	Valor Asegurado	Edad Mínima de Ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad de Permanencia	Valor prima mensual por asegurado
Muerte Accidental	\$ 25.000.000	3 años	70 años + 364 días	74 años + 364 días	\$ 17.500
Asistencia Odontológica Plus	Asistencia contratada				

6. Condiciones generales del seguro y Defensor del Consumidor Financiero

La vigencia del seguro es anual y la forma de pago mensual. En todo caso se efectuará un solo cobro mensual donde se incluyan todos los conceptos a cobrar en el respectivo periodo. Si pasado un periodo de 60 días calendario después de la firma del presente documento, no se logra el cargue exitoso del valor de la póliza al medio de pago, no se hará efectiva la cobertura adquirida y el presente documento perderá validez.

Defensor del Consumidor Financiero: Allianz Seguros de Vida S.A., informa al público que el defensor del consumidor financiero es Jose Federico Ustáriz González. Dirección: Carrera 11 A No. 96 - 51 Oficina 203, Bogotá. Correo electrónico: defensoriaallianz@ustarizabogados.com. Teléfonos: 6108161-6108164.

7. Causales de Terminación del Seguro

El seguro individual de cualquier asegurado terminará en los siguientes casos:
 • Cuando por cualquier causa deje de pertenecer al grupo asegurado. • En la fecha que termine la vigencia señalada en la póliza. • Por falta de pago de prima. • Al momento de cumplir la edad máxima de permanencia en el seguro. • Al pagar la indemnización por el amparo de muerte del asegurado. • Por cancelación del producto financiero (Tarjeta de crédito) seleccionado para cargar y/o debitar el pago de la prima del seguro. PARAGRAFO: Cuando el Seguro o Amparo termine por causas distintas a las previstas en la Ley, la Compañía notificará dicha terminación al Tomador / Asegurado. La cancelación voluntaria del seguro por parte del asegurado, se hará efectiva a partir del siguiente mes a la fecha de solicitud de la

8. Declaraciones y autorizaciones

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo de manera expresa a Allianz Seguros de Vida S.A. y las Compañías del Grupo Allianz (las "Compañías") para tratar mis datos personales y los datos personales de mi grupo familiar, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, reporte, circulación, transferencia o transmisión. Así mismo, las autorizo para que permitan su tratamiento a: Quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o 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 y los de mi grupo familiar, 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; (v) Fines tributarios, incluido el envío de información a autoridades de otros países, tal como la de posibles sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables. Como titulares de la información, conozco que nos 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, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29 - 24, piso 16 de Bogotá, teléfono en Bogotá: 6065903 y a nivel nacional: 018000514405 - Opción 2.

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. 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 accidentes personales a que accede esta solicitud. Así mismo, declaro que adquiero este seguro de manera voluntaria y acepto que el pago mensual del seguro adquirido para el titular y demás asegurados se efectúe con cargo a la tarjeta de crédito relacionada en esta solicitud. Declaro que he leído, entiendo y acepto la

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

Firma y huella del Tomador/Titular de la Tarjeta



No. Documento de Identidad

Índice Derecho

NOTA: ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. ASUME EXCLUSIVAMENTE LA RESPONSABILIDAD DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES RELACIONADAS CON EL CONTRATO DE SEGURO FRENTE AL CONSUMIDOR FINANCIERO. ESTE PRODUCTO ES COMERCIALIZADO A TRAVÉS DE LA RED DEL BANCO PICHINCHA S.A. LIMITÁNDOSE ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE AL CORRECTO CUMPLIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES DEBIDAMENTE IMPARTIDAS POR ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. EL BANCO PICHINCHA S.A. NO ACTÚA COMO INTERMEDIARIO DE SEGUROS NI COMO COMPAÑÍA ASEGURADORA.

En caso de alguna inquietud en las coberturas del seguro, definiciones, condiciones particulares y generales, se podrán comunicar al correo electrónico, segurosbancopichincha@novasegurosstatam.com. En caso de alguna reclamación de siniestro por muerte accidental, el beneficiario podrá remitir los documentos que se encuentran detallados en las condiciones particulares remitidas al correo electrónico, al buzón de correo: indemnizacionesvida@allianz.co., donde en el asunto se registrarán los siguientes datos: Número de póliza/ Banco Pichincha/ Nombre del asegurado/ Tipo y número de identificación. El beneficiario en caso de tener alguna inquietud sobre su reclamación, debe comunicarse con el Call Center de ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., línea nacional 01 8000 5 23500 y en Bogotá al 5 94 11 39, opción 3, para que sea orientado y reciba la asesoría correspondiente para la reclamación del siniestro.

En caso de prestación de la asistencia odontológica, el asegurado debe comunicarse con el Call Center de ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., línea nacional 01 8000 5 23500 y en Bogotá al 5 94 11 39, opción 2, luego opción 3, quienes le prestarán la asesoría correspondiente para la utilización del servicio.