

Número de contrato



Plan Ahorro Educativo



Para:

De:

País	Ciudad	Fecha de Solicitud	D D M M A A A A	N° de tarjeta Afiliación	
1. Información Básica					
Nombres (Completo):			Apellidos (Completo):		
Tipo de Identificación	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NUI <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	Lugar de Expedición:		Fecha de Expedición:	
	C.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> ¿Cuál? <input type="text"/>	No.	D D M M A A A A		
Fecha de Nacimiento	Ciudad	Departamento	País	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	No. de Hijos menores de edad <input type="text"/>
Estado Civil:		Ocupación:		Nivel de Estudios:	
Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>		Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Bachiller <input type="checkbox"/> Pregrado <input type="checkbox"/> Profesión <input type="checkbox"/>	
Casado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/>		Estudiante <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> ¿Cuál? <input type="text"/>		Posgrado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? <input type="text"/>	
Dirección Residencia		Depto	Ciudad	Barrio	
Teléfono Residencia		Celular	E-mail		
Envío de Correspondencia:		Desea recibir su correspondencia a la misma dirección de residencia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Electrónico <input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/>		¿Cuál? <input type="text"/>		Ciudad	Barrio
No enviar <input type="checkbox"/>		¿Acepto recibir información del Fondo Voluntario de Pensiones a través de mi E-mail? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
		¿Autorizo recibir mensajes vía celular SMS? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
2. Información PEP (Persona Expuesta Públicamente)					
Declara que:			SI	NO	
• Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público general?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			SI	NO	
• Por su actividad u oficio goza de reconocimiento público?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Declara tener conflicto de interés o partes relacionadas que lo generen, con respecto a su vinculación al Fondo Voluntario de Pensiones			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:					
3. Información Actividad Económica del Solicitante					
Ocupación: Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Rentista <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> ¿Cuál? <input type="text"/>					
Actividad Económica Principal		Sector Económico		Código CIU (Acorde con lo establecido en el código internacional CIU)	
D D M M A A A A		Dirección		Ciudad	
Departamento		País	Barrio	Teléfono Oficina	Ext. Fax
4. Si es Empleado (diligencie la siguiente información)					
Empresa donde trabaja		Nit.		Cargo actual	
5. Si es Independiente (diligencie la siguiente información)					
Nombre del establecimiento			Nit.		
Dirección		Teléfono	Ciudad	Departamento	
Sector	Capital vinculado \$ COP	Detalle de la Actividad			
6. Información Financiera Persona Natural					
Ingresos Mensuales \$	Egresos Mensuales \$	Total Activos \$	Total Pasivos \$	Patrimonio \$	
Otros Ingresos \$	Concepto otros ingresos:				
7. Actividades en operaciones internacionales					
¿Realiza usted transacciones en moneda extranjera? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			¿Cuál?	Indique otras operaciones:	
Productos financieros en el exterior ¿Posee productos financieros en el exterior? ¿Posee cuentas en moneda extranjera?					
Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País Moneda
8. Objetivo de la Inversión					
Objetivo de inversión	Educación <input type="checkbox"/> Alternativa de Inversión <input type="checkbox"/> Plan Ahorro Educativo <input type="checkbox"/>				
Periodicidad del aporte	Mensual <input type="checkbox"/>	Trimestral <input type="checkbox"/>	Semestral <input type="checkbox"/>	Anual <input type="checkbox"/>	Único <input type="checkbox"/> Valor Aporte
Fecha de Inicio del primer aporte	Meta de Ahorro		Horizonte de Inversión Meses <input type="text"/>		
Medio de Pago	Banco <input type="checkbox"/>	PSE (Pago seguro en línea) <input type="checkbox"/>	Débito automático <input type="checkbox"/> *(Diligencie la información de Cuenta para Débito Automático)		
Cuenta para Débito Automático* (Diligencie solo si elige este medio de recaudo) *Ver reglamento al respaldo					
La siguiente información solo aplica para entidades afiliadas a las redes que tengan convenio Allianz					
Nombre de la entidad				Valor	15 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/>
Tipo de Cuenta	Ahorros <input type="checkbox"/>	Corriente <input type="checkbox"/>	No.		
Aceptación: Declaro que he recibido la información técnica necesaria por parte de mi asesor financiero lo que me permite garantizar que conozco y acepto:					
1. las características de dicho plan, los portafolios de inversión que lo compone y los riesgos de volatilidad que están asociados al mismo, así como el horizonte de tiempo mínimo esperado para mi inversión 2. Que se identificó mi perfil de riesgo de acuerdo con mis características, expectativas y necesidades.					

9. Declaraciones y Autorizaciones

1. MANIFIESTO DE APORTES: En cumplimiento de todas las normas vigentes, realizo las siguientes declaraciones de origen de fondos al Fondo Voluntario de Pensiones Colseguros de manera voluntaria y dando certeza de todo lo que aquí consigno es cierto y susceptible de verificación:

1.1 Los recursos depositados como aportes voluntarios provienen de: Patrimonio Ingresos *Si son ingresos, diligencie el punto 1.2
1.2 Me permito manifestar que el aporte que hago el día de hoy, por la suma establecida, provienen de ingresos que ya fueron objeto de retención en la fuente. Si (aporto la prueba que fue objeto de retención) No
(indicar cuál es la retención contingente) _____ En el evento que los ingresos

proviengan de una fuente diferente o tenga un tratamiento tributario diferente, aportaré los certificados pertinentes.

1.3 Me permito manifestar que todos los aportes que efectúe al Fondo Voluntario de Pensiones mediante el mecanismo de PSE y débito automático de la cuenta registrada para tal fin son provenientes de mi patrimonio y no de ingresos, por lo tanto no serán utilizados como beneficio tributario en el respectivo periodo fiscal.

1.4 En el evento en que los aportes que realice proviengan de una fuente diferente o tenga tratamiento tributario diferente, aportaré las certificaciones respectivas.

2. ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES: Obrando en nombre propio _____, de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo las siguientes declaraciones de origen de los fondos y/o bienes: 1) Que los recursos de mi propiedad provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación oficio, actividad, negocio, etc.) _____; 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con EL FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES COLSEGUROS, administrado por Allianz Seguros de Vida S.A, incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante "las Compañías") no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas; 3) Que mis recursos no provienen de ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal; 4) Que autorizo a las Compañías para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, exigiendo a las Compañías de toda responsabilidad que se derive de ello y 5) Que me obligo para con las Compañías en nombre propio o de la entidad que represento a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual reportaré, por lo menos una vez al año, los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tengan las Compañías, incluida la información de los socios o accionistas que tengan más del 5% de la participación social.

3. TRATAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS: Autorizo a las Compañías, respecto de las cuales tenga la calidad de consumidor financiero, deudor o contraparte contractual, para que con fines estadísticos de verificación del riesgo crediticio o de reporte histórico de comportamiento comercial, soliciten, procesen, conserven, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los operadores de bancos de datos o centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATACREDITO y CFIN, a la Federación de Aseguradores de Colombia -FASECOLDA, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro- INIF y a Inversiones Fasecolda- INVERFAS, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, desde el momento en que comience mi relación con las Compañías.

4. INFORMACIÓN RECIBIDA: Declaro que he indagado y he recibido la información sobre las características de los productos o servicios, mis derechos y obligaciones, las condiciones, las tarifas o precios y la forma para determinarlos y las medidas para el manejo seguro del producto o servicio que solicito.

5. ENTREGA DE CONDICIONES: Declaro que he recibido, de manera anticipada a la celebración del contrato, el respectivo clausulado así como las explicaciones sobre el contenido de la cobertura, de las exclusiones, las garantías y demás condiciones negociales.

6. DECLARACIÓN: Manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, 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.

7. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: "Autorizo a Allianz Seguros de Vida S.A y las Compañías del Grupo Allianz (en adelante "las Compañías") para tratar mis datos personales, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, 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 ubicados dentro y fuera del territorio nacional. IMPORTANTE: Autorizo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y los 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 o los de la persona que represento, así: (i) Atención de solicitudes, gestión integral del seguro y de contratos con las Compañías; (ii) Control y prevención del fraude; (iii) Oferta de productos o servicios de las Compañías o de terceros vinculados, realización de encuestas y otros fines comerciales, financieros o publicitarios a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, entre otros; (iv) De seguridad y/o de prueba ante una autoridad judicial o administrativa, cuando los datos sean obtenidos a través de grabaciones o suministrados por el Titular a la empresa de vigilancia para el ingreso o permanencia en las instalaciones de las Compañías; (v) Fines estadísticos, de consulta, gremiales y técnico-actuariales; (vi) Fines tributarios, incluido el envío de información a autoridades tributarias 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 titular de la información, conozco que me asisten los derechos previstos en la Ley, en especial, conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de mis datos. Manifiesto que los datos que he suministrado a las Compañías son ciertos, que la información que he entregado es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada. Esta autorización aplica incluso para aquellos casos en los cuales no se logre formalizar una relación contractual con las Compañías o la relación contractual con las Compañías haya terminado, siempre que subsistan los fines para los cuales serán tratados mis datos.

Los Responsables del tratamiento de los datos 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. Se informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en www.allianz.co."

8. He sido informado del reglamento y la tarjeta de afiliación al Fondo Voluntario de Pensiones Colseguros y hago constar que conozco los derechos y obligaciones derivados de mi vinculación al mismo y lo acepto integralmente.

9. Autorizo al Fondo Voluntario de Pensiones Colseguros administrado por Allianz Seguros de Vida S.A. a realizar débitos de la cuenta registrada en este formulario en el campo << Débito Automático >> por el valor y la periodicidad consignadas en este medio de recaudo.

10. Acepto que el Fondo Voluntario de Pensiones Colseguros administrado por Allianz Seguros de Vida S.A. no adquiere ninguna responsabilidad por las decisiones que como consecuencia de la asesoría de inversiones, fiscal o tributaria que hayan realizado.

11. Autorizo a Allianz Seguros de Vida S.A. para continuar con el proceso de ahorro dado el caso si el seguro de vida es rechazado por cualquier circunstancia.

12. Servicios Electrónicos:

Autorización de envío de información de Correo Electrónico: Autorizo al FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES COLSEGUROS para que me envíe a través de las direcciones de correo electrónico consignadas en este formulario, cualquier información que por su naturaleza pueda ser enviada por este medio y que esté relacionada con los servicios que el FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES COLSEGUROS presta, haciéndome responsable por el uso y manejo de mi correo y asumo cualquier perjuicio que la utilización del mismo cause al FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES COLSEGUROS, a cualquier tercero o a mí.

Solicitud de clave para acceder a los servicios: Solicito al FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES COLSEGUROS la adjudicación de una clave de acceso para los servicios electrónicos ofrecidos en los términos y condiciones contenidos en el reglamento y acepto la responsabilidad por el uso y confidencialidad de la clave, la cual me es entregada por el FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES COLSEGUROS y tiene el carácter de personal e intransferible. Solicito al FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES COLSEGUROS* el envío de la Clave por correo electrónico a la dirección consignada en el campo E-mail 1 de este formulario.

Notificación de Cambios y Novedades de Direcciones: Me obligo a notificar al FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES COLSEGUROS cualquiera de las siguientes situaciones relacionadas con mi clave y de la dirección de correo electrónico: 1. Pérdida o robo de la clave, 2. Uso no autorizado de la clave, 3. Cambio de las direcciones de correo electrónico, 4. Alguna falta, error o hecho inusual en la utilización de la clave o de las direcciones de correo electrónico, 5. Acceso de terceros a las direcciones de correo electrónico asignadas en este documento.

Reglamento Débito Automático

Como titular de la cuenta señalada (solicitante), autorizo incondicionalmente por medio de este documento, lo siguiente: (1) a la Entidad Financiera a debitar de la cuenta aquí indicada el valor que corresponde a la transacción débito y entregar dicho valor a la Empresa Recaudadora; (2) a la Empresa Recaudadora a conservar el presente documento en su sede; (3) a la Empresa Recaudadora a enviarme la información aquí contenida, de manera electrónica. Que ante cualquier error de la empresa Recaudadora en la conversión electrónica de la Autorización de Recaudo, efectuaré los reclamos única y exclusivamente a la Empresa Recaudadora; (4) a la Entidad Financiera a debitar la cuenta aquí indicada en una fecha diferente a la inicialmente prevista y determinada entre la Empresa Recaudadora y el Solicitante, tan sólo en aquellos casos en los que la Empresa Recaudadora tenga inconvenientes de índole técnico u operativo que no le permitan debitar la cuenta oportunamente.

Como titular de la cuenta señalada me obligo a: (1) mantener fondos suficientes en la cuenta indicada para cubrir las operaciones de débito automático que autorizo en esta solicitud; (2) proveer la autorización de parte de todos los titulares de la cuenta en este documento o las copias del mismo que fueren necesarias, o en su defecto a asumir las consecuencias que deriven de no declarar la condición de manejo de las firmas conjuntas de la cuenta, liberando así a la Empresa Recaudadora y a la Entidad Financiera de toda responsabilidad.

Como titular de la cuenta señalada, declaro que conozco y acepto lo siguiente: (1) que el débito autorizado se podrá hacer ordinariamente durante el tiempo y oportunidad indicados, siempre que la cuenta aquí señalada tenga fondos disponibles y que si el día no fuere hábil, el débito se hará el siguiente día hábil. No obstante, si en esa oportunidad no hay fondos disponibles en la cuenta, el débito podrá hacerse cuando existan fondos disponibles; (2) que la Entidad Financiera donde tengo la cuenta podrá abstenerse de hacer el débito si no existen fondos disponibles para ello o si se presenta alguna causal que lo impida; (3) que si deseo autorizar a otra Entidad Financiera, a otro número o tipo de cuenta, debo cancelar el formato vigente y diligenciar una nueva Autorización de Recaudo; (4) que la presente Autorización de Recaudo solamente podrá ser cancelada mediante comunicación escrita enviada a la Empresa Recaudadora y a la sucursal de la Entidad Financiera donde tengo la cuenta, con una anticipación no inferior a diez (10) días hábiles a la fecha a partir de la cual se desee hacer efectiva la cancelación; (5) que debo dirigir las reclamaciones o solicitudes de devolución, en cualquier momento, a la Empresa Recaudadora y a la sucursal de la Entidad Financiera donde tengo radicada la cuenta en un plazo máximo de cuarenta y cinco (45) días calendario a partir de la fecha de aplicación del débito; (6) que puedo dar una orden de no pago a la sucursal de la Entidad Financiera donde tengo la cuenta, para una transacción débito específica con una antelación no inferior a cinco (5) días hábiles antes de la fecha de aplicación del débito; (7) que presentar órdenes de no pago o solicitud de devoluciones reiteradas, puede implicar un costo adicional o ser causal de cancelación del servicio por parte del Fondo Voluntario de Pensiones Colseguros.

Para efectos de esta autorización, se entenderá por Empresa Recaudadora al Fondo Voluntario de Pensiones Colseguros administrado por Allianz Seguros de Vida S.A. y por Entidad Financiera a la entidad bancaria a través de la cual se realizarán los débitos automáticos autorizados en este Formulario.

Las condiciones y reglamentación que rigen al Fondo Voluntario de Pensiones Colseguros se encuentran consignadas en el reglamento aprobado por la Superintendencia Financiera de Colombia.

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

Certifico que la información aquí consignada corresponde a la realidad

Firma del Solicitante	<input type="text"/>
C.C.	<input type="text"/>
Índice Derecho	<input type="text"/>

Para uso exclusivo de Allianz

Constancia de la entrevista Lugar (Especifique): _____ Fecha: Día ____ Mes ____ Año ____ Hora ____ Hace cuanto conoce al solicitante _____ Nombre de la persona que realiza y cargo: _____ Firma: _____ Clave <input type="text"/> C.C. _____	Verificación de la información Fecha: Día ____ Mes ____ Año ____ Hora ____ Observaciones _____ Nombre del Director _____ Firma del Director _____	Regional _____ Sucursal _____ Nombre del Agente _____ C.C. _____ Clave <input type="text"/>
---	---	---

Si requiere información adicional comuníquese con nuestra línea de atención al cliente.

En Bogotá: 5941130 • Resto del país: 01 8000 514400 • www.allianz.co

Objetivo de la Alternativa		Características Generales del Plan	
El objetivo del Portafolio es construir el capital necesario para cumplir el objetivo de la meta educativa, trazada en el estudio previamente elaborado a cada cliente, teniendo en cuenta que la rentabilidad objetivo del mismo es de 2.0%E.A. neta de comisiones de administración.		Evento de no estructuración del Plan	Allianz Seguros de Vida S.A. como Administradora del Fondo Voluntario de Pensiones se reserva el derecho de no estructurar este plan en los siguientes eventos: • No obtención del monto mínimo requerido para esta inversión • Cuando las condiciones del mercado no sean las óptimas para estructurar este plan.
Características Generales del Plan			
Tipo de Plan	Cerrado con ventanas liquidez		
Plazo Portafolio	Indefinido		
Perfil del inversionista	Conservador		
Moneda	Pesos		
Permanencia Mínima	Un año después del primer aporte	Otras Características	El cliente tiene conocimiento y acepta todos los riesgos asociados a su inversión (liquidez, precio, emisor y crédito). • Las Obligaciones del Fondo Voluntario de Pensiones de Allianz Seguros de Vida S.A. son de medio y no de resultado.
Comisión de Administración	2% EA		
Rentabilidad Objetivo	Ventanas de Liquidez en los meses de Mayo y Junio - Diciembre y Enero de cada año calendario.		
Valoración	Según la normatividad de la Superintendencia Financiera, Circular Externa 036 del 2003. El valor de los fondos de pensiones se debe determinar en forma diaria y expresarse en pesos y en unidades.		

Características Generales del Plan	
Riesgo Operacional	Es el riesgo que corre el afiliado al Plan de incurrir en pérdidas por deficiencias, fallas o inadecuaciones, en los procesos operativos, sistemas informáticos, recursos humanos o por ocurrencia de eventos externos adversos de la Sociedad Administradora.
Riesgo de Mercado	El riesgo de mercado se traduce en la pérdida de valor de las inversiones por variaciones en la tasa de interés o índice de referencia para la ponderación del precio de los activos. Cuando la tasa de interés sube, el valor presente neto de los activos disminuye, ocasionando pérdida para los Inversionistas. En sentido contrario, cuando la tasa de interés baja, el valor presente neto de los activos se incrementa, generando utilidad para los Inversionistas. Tratándose de activos cuyo valor no está referido a una tasa de interés, sino a un índice u otro factor equivalente, cuando el valor del activo en el mercado sube el Fondo registra una ganancia y cuando el valor en el mercado baja, el Fondo registra una pérdida.
Riesgo de liquidez	Es el riesgo de no estar en capacidad de cumplir las órdenes de retiro o la necesidad de vender apresuradamente activos a pérdida, por falta de recursos disponibles en la caja del Fondo.
Riesgo de no apertura del Plan	Si al momento de consolidar todos los aportes para la creación de este plan, las condiciones de los mercados no son las más convenientes o no se logra cumplir con el monto mínimo de la inversión, El Fondo Voluntario de Pensiones de Allianz Seguros de Vida S.A. se reservará el derecho de no estructurar el Plan.
Riesgo de Emisor o Contraparte	Entendido como la posibilidad de que el Fondo incurra en pérdidas y se disminuya el valor de sus activos, como consecuencia de que un deudor o contraparte incumpla sus obligaciones. El procedimiento para identificar y controlar el riesgo de crédito tiene que ver con la evaluación permanente de los indicadores de solvencia y liquidez de las entidades emisoras y/o garantes de los valores en los cuales el Fondo invierte sus recursos y de las condiciones del mercado.

Términos Generales

El cliente invierte en un fondo cuyo principal activo son cuentas de ahorros y CDT's.

La fecha de inversión será la prevista en la ficha técnica entregada al cliente.

Recomendamos leer la Ficha Técnica del Plan publicada mensualmente en www.planideal.com y demás documentos sobre el Plan para conocer detalles técnicos y operativos.

En los casos en que se hace alusión al Fondo Voluntario de Pensiones de Allianz Seguros de Vida S.A., se hace como Allianz Seguros de Vida S.A. administradora del Fondo Voluntario de Pensiones.

El Fondo Voluntario de Pensiones de Allianz Seguros de Vida S.A. no se hace responsable por posibles incumplimientos del emisor, estructurador ó administrador de los títulos.

Quien Suscribe _____ identificado como aparece al pie de la firma, declaro que Aseguradora de Vida Colseguros, actuando como administradora del Fondo Voluntario de Pensiones Colseguros, me hizo entrega de la ficha técnica del Plan Ahorro Educativo, incluyendo las condiciones legales de la misma. Además, declaro que he leído y he comprendido todo lo allí establecido.

Firma del Afiliado: _____

Fecha: _____

Nombre: _____

Nombre del Financial Planner: _____

Numero de Cedula de Ciudadanía: _____

ESTRATEGIA COMERCIAL: SEGURO CON DESTINACIÓN ESPECIFICA

Ciudad:

Fecha:

Tipo de trámite: Vinculación Actualización

1. Información Asegurado (persona natural).							
Primer apellido		Segundo Apellido		Nombres Completos			
Documento de Identidad		Fecha de expedición		Lugar de expedición			
Personas Nacionales Cédula <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> No <input type="text"/>		Personas Extranjeras C. Extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. <input type="checkbox"/> No <input type="text"/> Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.		NACIONALES TURISTAS DE LOS PAÍSES MIEMBROS DE LA COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES. Documento de identificación válido y vigente en el país EMISOR con el cual ingresó a Colombia: No <input type="text"/>			
Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento		Nacionalidad		Dirección de Residencia	
Ciudad		Teléfono		E-mail		Celular	
Oficio o profesión (Especifique claramente su ocupación y actividades detalladas de su cargo)						Código CIU	
Empresa donde trabaja			Teléfono		Dirección Comercial		Ciudad
Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento publico general? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:			
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder publico? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
Ingresos Mensuales (Pesos)		Egresos mensuales(Pesos)		Total Pasivos (Pesos)		Total Activos (Pesos)	
Otros Ingresos (Pesos)		Concepto otros ingresos:					
Actividades en operaciones internacionales							
Realiza transacciones en moneda extranjera		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Cuál		Indique otras operaciones	
Productos financieros en el exterior							
¿Posee productos financieros en el exterior? o ¿Posee cuentas en moneda extranjera?							
Tipo de producto		Identificación o número del producto		Entidad	Monto	Ciudad	País
							Moneda
2. Información sobre reclamaciones en seguros							
Relacione a continuación las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros en los últimos dos años							
Año	Ramo	Compañía		Causa		Valor indemnizado	
3. Paquetes de Coberturas solicitadas (Favor marcar las opciones de cobertura)							
Opción de coberturas a contratar por el Asegurado		Seleccione (X)		Valor asegurado contratado (meta de ahorro)			
Fallecimiento		X					
Incapacidad total y permanente por enfermedad o accidente (El valor asegurado de esta cobertura es igual al de fallecimiento)				Forma de pago de la prima *(ver autorización pago de la prima)			
				Mensual	Trimestral	Semestral	Anual
Asistencia Educativa				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Autorización pago de prima: Autorizo el pago de la prima de cada una de las vigencias a través de descuento a la cuenta individual del afiliado al Fondo Voluntario de Pensiones COLSEGUROS. En caso de no encontrarse los recursos suficientes para pagar la totalidad de la prima en la cuenta individual del afiliado y por consiguiente producirse el no pago de la prima en la fecha indicada, el seguro terminará por mora en el pago de la prima de conformidad con lo establecido en el artículo 1068 del código de comercio.							
4. Destinación de la Indemnización							Marque la opción (X)
En caso de no diligenciar esta opción la indemnización será para el Beneficiario designado en el numeral 5 de esta solicitud ó al que haga sus veces.							
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: La Compañía se obliga de conformidad con la voluntad del TOMADOR/ASEGURADO a destinar la indemnización al pago de los recibos emitidos por una institución de educación superior o institución educativa avalada por el ministerio de educación a nombre del beneficiario. NOTA: En caso que el TOMADOR/ASEGURADO indique esta opción, deberá suscribir un anexo de la póliza en el que se establecen las condiciones de la destinación de la indemnización, en caso de no diligenciar este anexo, la indemnización se le entregará en un único pago al Beneficiarios descrito en el numeral 5 de esta solicitud ó al que haga sus veces.							
5. Información Beneficiario (estudiante)							
Tipo Identific.	No. Documento de Identidad	Nombres		Primer Apellido	Segundo Apellido	Fecha de nacimiento	% Partic. Vr. Asegurado
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC: Cédula de Ciudadanía - CE: Cédula de Extranjería - PA: Pasaporte - TI: Tarjeta de Identidad - RC: Registro Civil. PARENTESCO: Cónyuge, Hijo, Hermano, Otros. Si el parentesco es Otros especificar: <input type="text"/>							
5.1. Información Beneficiario Contingente (Diligenciar el Anexo Destinación Específica por Fallecimiento)							
Tipo Identific.	No. Documento de Identidad	Nombres		Primer Apellido	Segundo Apellido	% Partic. Vr. Asegurado	Parentesco con el Asegurado
6. Datos del Riesgo, información del asegurado							
¿Piensa cambiar pronto de ocupación? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> , ¿A cuál? _____							
¿Es piloto de aeronave y/o practica como profesional o aficionado, ocasional o regularmente deportes tales como: toreo, automovilismo, motociclismo, vuelo en cometa, paracaidismo, boxeo, montañismo, vuelo en ultralivianos, planeadores, cometas y/o similares, bungee jumping, puenting, rafting, downhill, buceo y otros deportes denominados de alto riesgo y/o extremos? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> . Favor aclarar: _____							
¿Su actividad personal tiene relación con el negocio de las esmeraldas, drogas o estupefacientes? NO <input type="checkbox"/> , SI <input type="checkbox"/> , aclare _____							
¿Tiene usted servicio de escoltas o guardaespaldas? NO <input type="checkbox"/> , SI <input type="checkbox"/> , aclare motivos: _____							
¿Ha sido o se encuentra amenazado, secuestrado, extorsionado? NO <input type="checkbox"/> , SI <input type="checkbox"/> , aclare motivos: _____							

6.1. Información de otros seguros del asegurado

¿Tiene algún seguro de vida o accidentes vigentes? NO , SI , nombre compañía _____, valor asegurado _____ fecha expedición _____
 ¿Está tramitando otro seguro de vida en la actualidad? NO , SI , nombre Compañía _____; ¿Ha rehusado alguna Compañía expedir o rehabilitar su seguro de vida o accidentes? NO , SI , motivo y nombre de la compañía _____

7. Declaración de asegurabilidad del Asegurado

Peso (kg) _____ Estatura (cm) _____ ¿Fuma? NO SI , ¿Cuántos cigarrillos al día? _____ ¿Desde cuándo? _____ ¿Bebe licor? NO SI ,
 en caso afirmativo, aclare frecuencia _____ ¿Su capacidad de trabajo está reducida? NO SI , ¿Por qué? _____
 ¿Se encuentra en buen estado de salud y plena capacidad de trabajar? NO SI , Si su respuesta es NO especifique: _____

MÉDICO (Este cuestionario deberá ser contestado totalmente).

¿Padece o ha padecido de alguna(s) de las siguientes enfermedades, circunstancias o eventos?:

1. ¿Convulsiones, trombosis, parálisis u otras enfermedades del sistema nervioso?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	9. ¿Enfermedades de los huesos y de las articulaciones: Lumbalgia, Ciática, Artritis, Reumatismo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Ansiedad depresión u otro trastorno mental?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	10. ¿Cualquier enfermedad, lesión o incapacidad no mencionada en el cuestionario anterior?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. ¿Pulmonares, asma, tuberculosis?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	11. ¿Ha consumido durante los últimos 5 años estimulantes o estupefacientes?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. ¿Hipertensión arterial, enfermedad coronaria, valvulopatía?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	12. ¿Ha sido operado u hospitalizado?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. ¿Digestivas (úlceras, pólipos, quistes, hernias, colon) cirrosis hepáticas, pancreatitis?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	13. ¿Piensa hacerse una operación?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. ¿Renales y/o genitourinarias (próstata, testículos, útero, ovarios, trompas de falopio, senos, complicaciones ginecoobstétricas) enfermedades venéreas?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	14. ¿Le han tomado otros exámenes para diagnosticar otras enfermedades o antecedentes diferentes a los anteriormente mencionados?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7. ¿Tumores, cualquier tipo de Cáncer, Anemia, Leucemia, Hepatitis, SIDA - VIH o cualquier otra enfermedad de la sangre o inmuno - infecciosa?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	15. (MUJERES) ¿Está embarazada actualmente, ha tenido complicaciones en éste o en embarazos anteriores?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8. ¿Diabetes, Enfermedades de la tiroides, Dislipidemia, Gota o alguna enfermedad Endocrina o Glandular?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, adjuntar copia de controles prenatales completos	¿De cuántos meses? <input type="text"/>

En caso de contestar afirmativamente, ampliar información

Pregunta N°	Nombre de las enfermedades, afecciones, lesiones, estudios, tratamientos, intervenciones quirúrgicas y complicaciones	Fecha de Aparición, Ocurrencia ó práctica			Tratamiento o evolución	Estado Actual
		Día	Mes	Año		

8. Compromiso de Sinceridad y Veracidad de las Declaraciones

De conformidad con lo estipulado en el artículo 1058 del Código de Comercio, hago constar que he dado a las preguntas contenidas en el cuestionario precedente, son sinceras y veraces y pueden servir de fundamento a la Compañía ALLIANZ SEGUROS DE VIDA, S.A., para tomar la decisión de asumir o no los riesgos de seguro de vida a que se refiere mi solicitud. En consecuencia de lo anterior, cualquier reticencia o inexactitud en que el suscrito solicitante haya incurrido le vicaria de nulidad relativa del contrato de seguro y la Compañía aseguradora podrá alegarla por acción u excepción, quedando facultada para abstenerse de pagar la indemnización que se reclame. En caso de haber omitido alguna o algunas de las respuestas a las preguntas que se me han formulado, se entenderá que éstas son negativas. ACEPTO QUE ALLIANZ SEGUROS DE VIDA, S.A. NO ASUME RESPONSABILIDAD ALGUNA SINO MEDIANTE LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.

Declaro que desarrollo en forma normal mis actividades, que mi profesión u oficio son lícitos y que no desarrollaré ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal.

9. Cláusula de Asegurabilidad

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.

10. Declaraciones y autorizaciones

1. ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES: Obrando en nombre propio o en representación de _____, de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo las siguientes declaraciones de origen de los fondos y/o bienes: 1) Que los recursos de mi propiedad o de la persona jurídica que represento provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación oficio, actividad, negocio, etc.); 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., FIDUCIARIA COLSEGUROS S.A., ALLIANZ COLOMBIA S.A. y/o COLSERAUTO S.A., incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante "las Compañías") no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas; 3) Que mis recursos no provienen de ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal; 4) Que autorizo a las Compañías para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a las Compañías de toda responsabilidad que se derive de ello y 5) Que me obligo para con las Compañías en nombre propio o de la entidad que represento a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual reportaré, por lo menos una vez al año, los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tengan las Compañías, incluida la información de los socios o accionistas que tengan más del 5% de la participación social.

2. TRATAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS: Autorizo a las Compañías, respecto de las cuales tenga la calidad de consumidor financiero, deudor o contraparte contractual, para que con fines estadísticos de verificación del riesgo crediticio o de reporte histórico de comportamiento comercial, soliciten, procesen, conserven, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los operadores de bancos de datos o centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATA CRÉDITO y CIFIN, a la Federación de Aseguradores de Colombia - FASECOLDA, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro - INIF y a Inversiones FASECOLDA - INVERFAS, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, desde el momento en que comience mi relación con las Compañías.

3. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo a las Compañías para tratar mis datos personales, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión. Así mismo, las autorizo para que permitan su tratamiento a: (i) Quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transmisión de datos; (ii) Intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, FASECOLDA y sus filiales; (iii) Operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos; (iv) Encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

IMPORTANTE: Autorizo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y los 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 o los de la persona que represento, así: (i) Atención de solicitudes, gestión integral del seguro y de contratos con las Compañías; (ii) Control y prevención del fraude; (iii) Oferta de productos o servicios de las Compañías o de terceros vinculados, realización de 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 técnico-actuariales, así como para fines tributarios, incluidas las autoridades de otros países.

Como titular de la información, conozco que me asisten los derechos previstos en la Ley, en especial, conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de mis datos.

Los Responsables del tratamiento de los datos son las Compañías, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29 - 24 de Bogotá, teléfono en Bogotá: 6065903 y a nivel nacional: 18000514405 - Opción 2. Se le informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en www.allianz.co.

Esta autorización aplica incluso para aquellos casos en los cuales no se logre formalizar una relación contractual con las Compañías o la relación contractual con las Compañías haya terminado.

4. INFORMACIÓN RECIBIDA: Declaro que he indagado y he recibido la información sobre las características de los productos o servicios, mis derechos y obligaciones, las condiciones, las tarifas o precios y la forma para determinarlos y las medidas para el manejo seguro del producto o servicio que solicito.

5. ENTREGA DE CONDICIONES: Declaro que he recibido, de manera anticipada a la celebración del contrato, el respectivo clausulado así como las explicaciones sobre el contenido de la cobertura, de las exclusiones, las garantías y demás condiciones negociales.

6. 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. Autorizo irrevocablemente durante la vigencia del contrato de seguro que llegare a celebrar con Allianz Seguros de Vida S.A y por diez años más después de finalizada la vigencia del mismo a los médicos, clínicas, hospitales, EPS y demás establecimientos que me hayan brindado atención en servicios de salud, para suministrar la información sobre mi historia clínica y/o estado de salud que Allianz Seguros de Vida S.A. les solicite aún después de mi fallecimiento.

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

Firma del Asegurado

Nombre _____

C.C. No. _____

Huella índice derecho del Asegurado

Para uso exclusivo Allianz

INFORME DE ASESOR

¿Hace cuanto conoce al solicitante? _____
 ¿Bajo que circunstancias lo conoció? _____
 ¿Tiene o ha tenido conocimiento acerca de si el solicitante presenta o ha presentado antecedentes penales, ha estado privado de la libertad alguna vez o si en cualquier tiempo ha tenido vínculos con actividades al margen de la ley? SI NO . En caso afirmativo aclare y amplíe su respuesta: _____

¿Conoce algún dato del solicitante que afecte el riesgo y/o que no haya sido declarado en la solicitud, el examen médico o el cuestionario que lo reemplaza? SI NO .
 En caso afirmativo, explique: _____

Observaciones:

Lugar de la entrevista	Fecha:	Hora:
Nombre del Asesor	Clave asesor	Teléfono Contacto
Vo. Bo. por parte del Gerente, según corresponda (cuando se trate de un PEP)		
Nombre	Firma	
	Fecha	

Si requiere información adicional comuníquese con nuestra línea de atención al cliente.

En Bogotá: 5941130 • Resto del país: 01 8000 514400 • www.allianz.co

ANEXO DESTINACIÓN ESPECÍFICA POR FALLECIMIENTO

Mediante el presente Anexo, el tomador/asegurado de la póliza de vida identificado al final del presente documento y Allianz Seguros de Vida S.A., en calidad de asegurador (en adelante "Allianz") establecen las condiciones en las que operará la destinación específica de la indemnización por fallecimiento de la póliza de vida. En todo lo demás se regirá por las condiciones generales de la póliza.

I. DEFINICIONES:

BENEFICIARIO: Es la persona natural designada por el tomador/asegurado en la solicitud de seguro para recibir los beneficios de la destinación específica de la indemnización.

BENEFICIARIO CONTINGENTE: Es la persona natural designada por el tomador/asegurado en la solicitud de seguro que recibirá la totalidad de la indemnización en un único pago cuando: **(i)** el beneficiario principal presente la reclamación pero decida no hacer uso de la destinación específica de la indemnización **(ii)** cuando por cualquier motivo el beneficiario principal no continúe haciendo uso de la destinación específica de la indemnización, o **(iii)** cuando fallezca el beneficiario principal.

En los eventos contemplados en los numerales **(i)** o **(ii)**, el beneficiario principal deberá manifestar de forma escrita a Allianz su decisión para que se proceda a entregar el dinero producto de la indemnización a quien el Tomador/asegurado hubiere designado como Beneficiario Contingente.

DESTINATARIO: Es la Institución Educativa ubicada en Colombia a la que en virtud de la destinación específica de la indemnización escogida por el tomador/asegurado, y una vez se demuestre la ocurrencia del siniestro conforme a lo indicado en las condiciones generales de la póliza de vida, Allianz cancelará los recibos o facturas de cobro por concepto educativo que sean emitidos a nombre del Beneficiario titular de la indemnización.

INSTITUCION EDUCATIVA: Para efectos del presente contrato, se entiende como instituciones educativas: **(i)** los establecimientos educativos que, de conformidad con lo establecido en el Decreto 3422 del 2008 o las normas que de tiempo en tiempo lo modifiquen o sustituyan, tengan licencia de funcionamiento, otorgada por la Secretaria de Educación, para prestar el servicio público educativo en los niveles de preescolar, básica y media, **(ii)** las instituciones de educación superior, legalmente constituidas y que posean un registro calificado concedido por el Ministerio de Educación Nacional, según están definidas en la Ley 30 de 1992 o en las normas que de tiempo en tiempo la modifiquen o sustituyan; **(iii)** las Instituciones de Educación para el trabajo y el desarrollo Humano, autorizadas por la Secretaría de Educación Distrital, Municipal o Departamental para realizar programas de formación que no conducen a la obtención de un título formal de la educación; **(iv)** las Instituciones de formación militar o para religiosa.

II. DESTINACIÓN ESPECIFICA DE LA INDEMNIZACIÓN

La destinación específica de la indemnización de la póliza de vida se regirá por las siguientes condiciones:

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Esta modalidad implica que el valor de la indemnización del seguro de vida tendrá como destinación específica el pago de los recibos o facturas que una institución educativa ubicada en Colombia, emita a nombre del beneficiario del seguro hasta que se agoten los dineros productos de la indemnización. Una vez agotados los mismos cesará cualquier tipo de obligación para Allianz.

Parágrafo primero: En el evento en que se aporten recibos o facturas de instituciones extranjeras de educación, Allianz realizará el pago del valor total de la indemnización como suma única en moneda legal colombiana, directamente al beneficiario de la póliza.

III. OTRAS:

LA SUSCRIPCIÓN DEL PRESENTE ANEXO, NO CONSTITUYE LA SUSCRIPCIÓN DE UN SEGURO EDUCATIVO, DE FORMA TAL QUE ALLIANZ NO ASUME LA OBLIGACIÓN DE PAGAR LA EDUCACIÓN DEL BENEFICIARIO PRINCIPAL NI DE NINGUNO DE LOS BENEFICIARIOS DE LA PÓLIZA DE VIDA.

LA RESPONSABILIDAD DE ALLIANZ SE LIMITA AL PAGO DE LAS FACTURAS Y/O RECIBOS QUE EMITA LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA A NOMBRE DEL BENEFICIARIO PRINCIPAL, CON LOS DINEROS PRODUCTOS DE LA INDEMNIZACIÓN DE LA PÓLIZA DE VIDA Y HASTA QUE SE AGOTEN LOS MISMOS.

LA FIRMA DEL PRESENTE ANEXO NO 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 CONSIGNADA EN LA SOLICITUD DE SEGURO.

En constancia y conocimiento de lo anterior, se suscribe el presente documento en la ciudad de _____ a los ____ días del mes _____ del año _____

El Tomador/Asegurado

Firma

Nombre: _____
 Cedula: _____
 Fecha: _____

Lista de chequeo Plan de Ahorro Educativo

Soportes requeridos para la afiliación

- ✓ Solicitud de seguro diligenciada en su totalidad.
- ✓ Fotocopia del documento de identidad.
- ✓ Constancia de Ingresos del afiliado (Se debe adjuntar unos de los siguientes documentos según sea el caso)
 - Certificado de ingresos y retenciones en caso de ser empleado.
 - Fotocopia Declaración de Renta del último año gravable, en el caso que corresponda.
 - Certificado de no declarante
- ✓ Formato Fatca.

Recomendaciones para la entrega de formato de afiliación

1. La Fotocopia del documento de identidad debe ampliarse al 150%
2. Lo soportes entregados que corresponden a la información financiera deben coincidir con los registrado en el formato de afiliación.

Requisitos de asegurabilidad médicos

Valores asegurados en pesos	Personas hasta 45 años	Personas entre 46 y 59 años	Desde 60 años
Hasta \$300.000.000	1	1	1
Mayor de \$300.000.000 y hasta \$400.000.000	1	1	1, 3,4,6
Mayor de \$400.000.000 y hasta \$600.000.000	1, 3,4	1, 2,3, 4	1, 2, 3, 4, 6
Mayor de 600.000.000	1, 2, 3, 4, 5	1, 2, 3, 4, 5	1, 2, 3, 4, 5, 6,

1. Solicitud de seguro diligenciada en su totalidad + soportes requeridos para la afiliación
2. Examen médico
3. Electrocardiograma
4. Cuadro hemático, glicemia, colesterol total , colesterol HDL, Triglicéridos, creatinina, parcial de orina, HIV
5. Transaminasas TGO - TGP
6. Antígeno prostático (Hombres)