

PAGARÉ No.	POR VALOR DE \$	VENCIMIENTO FINAL	VENCIMIENTO AL DE CADA MES
------------	--------------------	-------------------	-------------------------------

YO, NOSOTROS: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Identificado(s) con cédula de ciudadanía número(s) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ expedida(s) en \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ respectivamente, me(nos) declaro(amos) deudor(es) de COOPEREN por la cantidad de \_\_\_\_\_ (\$ \_\_\_\_\_) en moneda legal en un plazo de ( \_\_\_\_\_ ) meses me (nos) obligo(amos), solidariamente pagar a COOPEREN, o a su orden, en su oficina de \_\_\_\_\_ la mencionada cantidad, junto con sus intereses en \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) cuotas mensuales iguales de \_\_\_\_\_ (\$ \_\_\_\_\_) moneda corriente cada una, la primera el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de año \_\_\_\_\_; la segunda el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ y así sucesivamente hasta completar un total de \_\_\_\_\_ (\$ \_\_\_\_\_), moneda corriente, que es el monto total de la deuda por capital e intereses. Los intereses sobre el capital a la tasa del \_\_\_\_\_ por ciento ( \_\_\_\_\_ %), efectivo anual, equivalente a una tasa nominal del \_\_\_\_\_ por ciento ( \_\_\_\_\_ %) mes vencido, los Pagaré(mos) durante élla intereses a la tasa máxima legal permitida, sin perjuicio de las acciones legales del tenedor del presente título. En el evento de que por condiciones del mercado financiero o por disposición legales o reglamentarias, la anterior tasa de interés sea sobrepasada por la resultante de tomar uno punto tres (1.3) veces la tasa de interés bancario corriente certificado por la Superintendencia bancaria para la fecha de iniciación del respectivo período mensual de intereses, reconoceremos y pagáremos esta última tasa dentro del plazo, siempre y cuando no sobrepase la tasa máxima legal permitida. Igualmente aceptamos(amos) que en el evento de que me (nos) sea descontado del salario un valor que exceda el de tres (3) cuotas pactadas en el presente instrumento, cualquiera que fuere la circunstancia que ocasionó el descuento, COOPEREN aplique el valor respectivo directamente al capital de la obligación y en consecuencia continúen pendientes de pago las cuotas pactadas. En el caso de que efectuemos prepagos no convenidos de la presente obligación antes de las fechas de vencimiento, pagaremos a COOPEREN el interés bancario corriente vigente a las fechas de efectuarse los prepagos, liquidado sobre los capitales prepagados. Se entiende por prepagado, todo pago de la obligación que se realice antes de las fechas de vencimiento periódicas o final. Pagaré(mos) además un \_\_\_\_\_ por ciento ( \_\_\_\_\_ %) sobre el total de la deuda por capital e intereses, como gastos de cobranza, promuévase o no acción judicial. COOPEREN podrá exigir el pago del capital, intereses y gastos antes de la expiración del plazo, en caso de muerte de uno o más de los suscriptos deudores, o cuando cualquiera de ellos sea demandado o se le embarguen bienes dentro de cualquier proceso, o en caso de que incurra(mos) en mora en el pago de una o más de las cuotas de capital o intereses pactados en este pagaré o en cualquier otra obligación a favor de COOPEREN, o en caso de que por cualquier causa termine el contrato o relación laboral que causa los salarios, prestaciones e indemnizaciones y/o cualquier otro pago que, reciba que para mayor seguridad de las obligaciones que asumo(imos) por el presente pagaré, pignoro(amos) en favor de COOPEREN. Igualmente pagaré(mos) todos los gastos que ocasione el otorgamiento de este instrumento. Así mismo, acepto(amos) que para efecto de la liquidación y pago de intereses se tome como primer día de plazo la fecha del otorgamiento de éste pagaré. Acepto(amos) cualquier cesión que de este pagaré haga COOPEREN y reconoceré(mos) al cesionario dentro de cualquier proceso judicial.

Autorizo (amos) enviar mensajes de texto o voz para fines comerciales o de cobranza y reportes a las centrales de riesgo, a los teléfonos que tengamos registrados. de conformidad con lo preceptuado en la Ley 527 de 1999, Ley 1395 de 2010 Art. 120, Decreto 2364 de 2012 y artículo 103 del CGP.

Autorizo el uso de la grabación de mi voz como medio de autenticación a través del cual otorgo consentimiento y firma electrónica de este documento.

Para constancia firmamos en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ).

\_\_\_\_\_  
 Huella índice derecho

Firma Deudor  
 C.C. N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Huella índice derecho

Firma 2do. Codeudor  
 C.C. N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Huella índice derecho

Firma 1er. Codeudor  
 C.C. N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_

VIGILADA SUPERSOLIDARIA



## CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores  
COOPEREN  
Ciudad

Nosotros \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

mayores de edad, domiciliados en \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

identificados con las cédulas de ciudadanía número \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

expedidas en \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ respectivamente, actuando en nuestro propio nombre por medio de la presente y para los efectos del artículo 622 del código de Comercio, autorizamos irrevocablemente a COOPEREN, para que sin previo aviso, proceda a diligenciar los espacios dejados en banco den el pagaré a la orden que consta el anverso de esta hoja, que hemos suscrito a su favor, para ser utilizado en el evento de que incurramos en mora en el pago de una o más cuotas de capital o intereses pactados en este pagaré o en cualquier otra obligación a favor de COOPEREN, en caso de muerte de uno o más suscriptos deudores o cuando cualquiera de ellos sea demandado o se le embargue bienes dentro de cualquier proceso, o en caso de que cualquier causa termine el contrato o relación laboral que causa los salarios, de acuerdo con las siguientes instrucciones:

1. El espacio reservado para la cuantía del pagaré, debe llenarse con el valor en números correspondientes al capital del crédito otorgado.
2. El espacio reservado para la fecha de vencimiento final del pagaré se llenará con la fecha determinada por el sistema, de acuerdo con la fecha de desembolso y las condiciones de aprobación otorgadas por COOPEREN.
3. El espacio reservado para la fecha de vencimiento de instalamiento, se llenará con el día en que se venza la cuota mensual.
4. El espacio reservado para los nombre e identificaciones de los deudores del pagaré, se llenará con los nombre e identificaciones del deudor y los codeudores que suscribimos en le solicitud de crédito, el pagaré y la presente carta de instrucciones.
5. El espacio reservado para la cuantía del pagaré, se llenará con el valor en letras y números por el valor del crédito otorgado.
6. El espacio reservado para el lugar del pago, se llenará con la ciudad sede de COOPEREN.
7. El espacio reservado para la cantidad de cuotas se llenará con la cantidad en letras y números, correspondiente al número de cuotas según el plazo aprobado por COOPEREN.
8. El espacio para el valor de las cuotas se llenará con el valor en letras y números, correspondiente al valor de las cuotas mensuales determinado por el aplicativo de libranzas de COOPEREN, de acuerdo con el plazo, tasa de interés corriente y monto aprobado.
9. El espacio reservado para las fechas de vencimiento de las dos (2) primeras cuotas, se llenará con las fechas en que se vencen las dos (2) primeras cuotas mensuales determinadas por el aplicativo de libranzas, de acuerdo con el plazo aprobado.
10. El espacio reservado para el monto total de la obligación se llenará, con la cantidad en letras y números por el valor total de la deuda por capital e intereses, liquidados a la tasa que se encuentre vigente al momento del desembolso del crédito.
11. Los espacio reservados para colocar las tasas de interés efectiva y sus equivalente tasa nominal, se llenará con las que nos fueron aprobadas en la fecha de otorgamiento del crédito, o con la resultante de tomar un punto tres (1.3) veces la tasa de interés bancario corriente certificado por la Superintendencia para la fecha de iniciación del respectivo período mensual de intereses, a elección del COOPEREN.
12. El espacio reservados para los gastos de cobranza se llenará con el porcentaje que COOPEREN haya convenido pagar a sus abogados externos por la gestión de cobro prejudicial y/o judicial.
13. El espacio reservado para colocar la fecha de otorgamiento del pagaré, se llenará con la fecha en que haya sido contabilizado el crédito de libranza que nos fue otorgado.

El término sistema, utilizado dentro del texto de la carta, hace referencia al sistema computarizado usado por COOPEREN para el otorgamiento y administración de los créditos de libranzas.

Declaramos que hemos recibido copia de la presente carta de instrucciones.

Igualmente, autorizamos a la entidad en la cual laboramos para que, en caso de que nuestros contratos de trabajo terminen, de nuestras prestaciones sociales, incluidas nuestras cesantías, y/o de cualquier otro pago que reciba sea descontado y girado directamente a COOPEREN, el saldo debido a su favor por concepto del crédito de libranza que nos ha otorgado, y/o autorizamos al (los) fondo(s) de cesantías en el (los) cual (es) tenemos consignadas nuestras cesantías para que, en caso de realizarse la liquidación definitiva de éstas, de la suma que resulte sea descontado y girado directamente a COOPEREN el saldo debido a su favor por concepto del crédito de libranza que no ha otorgado.

Autorizamos enviar mensajes de texto o voz para fines comerciales o de cobranza y reportes a las centrales de riesgo, a los teléfonos que tengamos registrados, de conformidad con lo preceptuado en la Ley 527 de 1999, Ley 1395 de 2010 Art. 120, Decreto 2364 de 2012 y artículo 103 del CGP.

Autorizo el uso de la grabación de mi voz como medio de autenticación a través del cual otorgo consentimiento y firma electrónica de este documento.

Para estos efectos, declaramos suficiente la certificación de COOPEREN sobre el saldo debido a su favor.

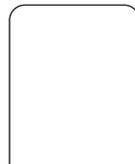
Para constancia firmamos en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ ( ) días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ ( ) , con reconocimiento de firma y contenido ante Notario.

Atentamente,



Huella índice derecho

FIRMA DEL DEUDOR  
C.C. No.  
DE



Huella índice derecho

FIRMA DEL SEGUNDO CODEUDOR  
C.C. No.  
DE



Huella índice derecho

FIRMA DEL PRIMER CODEUDOR  
C.C. No.  
DE

VIGILADA SUPERSOLIDARIA



USO EXCLUSIVO PARA LOS SELLOS NOTARIALES



# ORDEN DE DESCUENTO DE NÓMINA O LIBRANZA

N°

SEÑORES (Entidad pagadora)	CIUDAD	FECHA:		
		Día	Mes	Año

Yo (nosotros) \_\_\_\_\_ identificado(s) como aparece la pie de nuestra correspondiente firma, en virtud de lo dispuesto en la Ley 1527 de 2012, cordialmente solicito a usted deducir, a partir del próximo pago de mi salario, pensión, honorarios, compensaciones o aportes, para la COOPERATIVA ESPECIALIZADA EN AHORRO Y CRÉDITO COOPEREN, las sumas indicadas a continuación:

Concepto	Valor Descuento	Saldo	Plazo	Fecha Inicial	Fecha Final

En caso de terminación del contrato de trabajo, contrato sindical, contrato de prestación de servicios, contrato asociativo, o cualquier otro y por cualquier motivo, AUTORIZO a la entidad Pagadora para que me deduzca del valor total a pagar por cualquier concepto, la suma que adeude a la fecha a COOPEREN – Cooperativa Especializada de Ahorro y Crédito, y la misma sea trasladada por la ENTIDAD PAGADORA a dicha entidad para el abono o cancelación total de la obligación a mi cargo.

Si al retirarme de la ENTIDAD PAGADORA de esta libranza, no hubiere pagado la totalidad de la deuda, autorizo a la ENTIDAD PAGADORA para que informe a la nueva ENTIDAD PAGADORA para que debe deduzca, retenga y gire de las sumas de dinero que haya de pagarme por concepto de mi salario, pensión, honorarios, compensaciones o aportes o cualquier otro concepto para la debida atención de las obligaciones a mi cargo. Dicha autorización comporta la facultad de la ENTIDAD OPERADORA de reclamar y trasladar a la nueva empresa esta libranza, con miras a que se sigan deduciendo las cuotas comprometidas con destino a COOPEREN, Cooperativa Especializada de Ahorro y Crédito.

De acuerdo con el Artículo 7 de la Ley 1527 de 2012, autorizo a COOPEREN para que haga cumplir la libranza ante el pagador de cualquiera entidad donde preste mis servicios. Además autorizo (zamos) de la misma forma a COOPEREN, para que haga exigible esta libranza ante la entidad de la cual derive mi pensión.

Autorizo a la empresa para que de forma automática aumente anualmente la retención para las cuentas de aportes sociales y otros conceptos básicos con destino a COOPEREN, Cooperativa Especializada de Ahorro y Crédito, según sea la nueva cuota que indique, sin exceder del 50% del neto de mi salario, pensión, honorarios, compensaciones o aportes, después de los descuentos de ley.

OBSERVACIONES:

AUTORIZO DEUDOR		AUTORIZO CODEUDOR		AUTORIZO CODEUDOR	
_____	HUELLA ÍNDICE DERECHO	_____	HUELLA ÍNDICE DERECHO	_____	HUELLA ÍNDICE DERECHO
C.C.		C.C.		C.C.	

_____	Vo. Bo. COOPERATIVA	_____	Vo. Bo. ACEPTADA EMPRESA
-------	---------------------	-------	--------------------------

EL NO DESCUENTO POR NÓMINA DE LA(S) CUOTA(S) EN LAS FECHAS ESTIPULADAS, NO LO EXIME DE LA RESPONSABILIDAD DE CANCELAR EN FORMA OPORTUNA EN NUESTRA OFICINA.

**ORIGINAL COOPEREN**



VICILADA SUPERSELECCIÓN

Te 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 formulario.

Fecha de diligenciamiento	Valor Asegurado solicitado	Póliza N° <b>23568978</b>
---------------------------	----------------------------	------------------------------

Ingreso	Valor asegurado actual \$	Solicitud de incremento de valor asegurado a \$
Incremento de valor asegurado		
Razón Social de la Entidad Tomadora <b>COOPEREN</b>		C.C o Nit <b>890982530</b>
Nombres y Apellidos completo del solicitante		Fecha de Nacimiento DD/MM/AAAA
Tipo de documento	N° de Documento	Fecha expedición dd/mm/aaaa
	Dirección Residencia	Ciudad Residencia
Correo electrónico		Teléfono celular
		Teléfono fijo
Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estatura Mts	Peso kgs
¿Práctica alguno de los siguientes deportes? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alpinismo / montañismo <input type="checkbox"/> Caza o Tiro o Tauromaquia <input type="checkbox"/> Artes marciales / Boxeo / Lucha <input type="checkbox"/> Equitación <input type="checkbox"/> Aviación o Paracaidismo o Parapente <input type="checkbox"/> Competencia de velocidad (por tierra o agua) <input type="checkbox"/> Buceo <input type="checkbox"/> Otros deportes ¿Cuál?		
Ocupación actual detallada		

**RELACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA**

Si no realizas 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
NO DILIGENCIAR				

**RELACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA CONTINGENTES**

Son las personas que reemplazan a los beneficiarios principales designados que fallezcan antes que el asegurado. Si existen varios beneficiarios contingentes el porcentaje designado al beneficiario fallecido será distribuido en partes iguales.

Nombres y Apellidos completos	Tipo de documento	N° Documento de identidad	Beneficiario/Parentesco
NO DILIGENCIAR			

**DECLARACIÓN DEL ESTADO DE SALUD**

**MARQUE X**

Yo, el abajo firmante, declaro que:

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, has padecido o te 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"/> Enfermedad neurológica degenerativa   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes           | <input type="checkbox"/> Gastrointestinales   | <input type="checkbox"/> Enfermedad Glándula Tiroides    | <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"/> Enfermedades mentales o psiquiátricas |
| <input type="checkbox"/> Pulmonares         | <input type="checkbox"/> Artritis - Lupus     | <input type="checkbox"/> Cáncer                          | <input type="checkbox"/> Cirugías                              |
| <input type="checkbox"/> Renales            | <input type="checkbox"/> SIDA - VIH Positivo  | <input type="checkbox"/> Epilepsia, Parkinson, Alzheimer | <input type="checkbox"/> Trasplante                            |
| <input type="checkbox"/> Osteoarticulares   | <input type="checkbox"/> Cataratas - Glaucoma | <input type="checkbox"/> Insuficiencia Hepática          | <input type="checkbox"/> Otras enfermedades                    |

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

Enfermedad	Año diagnóstico	Tratamiento / estado actual

En caso de haber seleccionado cirugías explique:

Nombre del procedimiento / cirugía	Año procedimiento	Tratamiento / estado actual

En caso de haber seleccionado trasplante explique:

Parte del cuerpo	Año procedimiento	Tratamiento / estado actual

En caso de haber seleccionado ceguera y/o sordera indique:

Ceguera	Parcial o total	Año diagnóstico	Tratamiento / estado actual
Sordera	Parcial o total	Año diagnóstico	Tratamiento / estado actual

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 <input type="checkbox"/> De 6 a 20 tragos por semana <input type="checkbox"/> Más de 20 tragos por semana  ¿Te encuentras en tratamiento por este consumo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso de haber seleccionado afirmativo en tratamiento explique:	Tabaco <input type="checkbox"/> Menos de 20 cigarrillos por día <input type="checkbox"/> De 31 a 40 cigarrillos por día <input type="checkbox"/> De 21 a 30 cigarrillos por día <input type="checkbox"/> A partir de 41 cigarrillos por día  ¿Te encuentras en tratamiento por este consumo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso de haber seleccionado afirmativo en tratamiento explique:
Año diagnóstico    Tratamiento / estado actual alcoholismo	Año diagnóstico    Tratamiento / estado actual tabaquismo

1.2. ¿Consumo drogas o sustancias psicoactivas? SI  NO  En caso afirmativo ¿Cuál?   
 ¿Te encuentras en tratamiento por este consumo? SI  NO  En caso afirmativo indique

Año diagnóstico	Tratamiento / estado actual

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

3. ¿Antecedente de contagio o infección por COVID-19? SI  NO  En caso afirmativo informar:

3.1 Fue necesario ser hospitalizado para manejo del COVID-19: SI  NO

3.2 ¿Presentó algunas secuelas o complicaciones? SI  NO  En caso afirmativo informar:

3.3. ¿Te fue aplicada la vacuna contra el COVID-19? SI  NO  En caso afirmativo informar: ¿cuántas dosis?  Nombre de la(s) vacuna(s)

4. ¿Presentas alguna pérdida funcional o anatómica?: SI  NO  En caso afirmativo. Indicar parte del cuerpo

Año de ocurrencia	Evento que originó la pérdida anatómica o funcionalidad	Año cuando ocurrió	Evento que originó la pérdida anatómica o funcionalidad

**En caso de no haber informado padecer enfermedades, se entenderá que te encuentras en buen estado de salud y no te ha sido diagnosticada alguna patología a la fecha.**

### DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

#### COMPROMISO DE SINCERIDAD Y VERACIDAD DE LAS DECLARACIONES

De conformidad con lo estipulado en el artículo 1058 del Código de Comercio, hago constar que las respuestas que he dado a las preguntas contenidas en el cuestionario precedente, son sinceras y veraces, pueden ser verificadas ante cualquier persona, sin limitación alguna, y pueden servir de fundamento a 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 vicaría de nulidad relativa el contrato de seguro y Allianz podrá alegarla por acción o excepción, quedando facultada para abstenerse de pagar la indemnización que se reclame. Declaro que mi ocupación está permitida por la Ley y no ejerzo actividades ilícitas, y que no tengo ni he tenido amenaza de secuestro o en contra de mi integridad personal en los últimos tres (3) años.

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.

#### AUTORIZACIONES

En cumplimiento de las previsiones legales sobre el manejo, custodia y archivo de la Historia clínica, 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.

#### TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Allianz Seguros de Vida S.A. identificada con NIT 860.027.404-1 y Allianz Seguros S.A. identificada con NIT 860.026.182-5, quienes en adelante se denominarán "Allianz", sociedades domiciliadas en la ciudad de Bogotá, Colombia, de manera independiente y como responsables del tratamiento, manifiestan que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y/o complementarios y la política de tratamiento de datos personales que podrá consultar en <https://www.allianz.co> consultarán, recolectarán, almacenarán, compartirán, procesarán, actualizarán, usarán, dispondrán o podrán llegarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad, por ende, Usted declara entender que con su aceptación autoriza a Allianz a tratar sus datos personales de identificación, ubicación y socioeconómicos, e información por usted suministrada a Allianz, incluida la de naturaleza sensible relacionada con el estado de salud, biométricos y datos de identidad sexual. Así mismo entiende que, con el suministro de la información personal sobre asegurados y/o beneficiarios, en cuyo favor se celebra el respectivo contrato de seguro, Usted, en ejercicio de la facultad que otorga el literal 4 del artículo 2.2.2.25.4.1 del Decreto Único 1074 de 2015, autoriza también el tratamiento de los datos personales de estos.

#### La información personal descrita será utilizada para las siguientes finalidades:

(i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; validar y verificar su identidad para la vinculación, así como el ofrecimiento y otorgamiento de productos y servicios; dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por Allianz con el titular de información en relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este; remitir a las autoridades competentes, incluyendo las fiscales y a los reguladores financieros, nacionales o extranjeros, la información relacionada con la titularidad de los productos y servicios contratados o que llegare a contratar, datos de contacto, movimientos y saldos, y toda aquella información que reposa en Allianz que sea solicitada por normas nacionales o extranjeras; para la prevención y/o detección del fraude o cualquier tipo de delito, lo que incluye consultar y/o verificar la información personal que se encuentre publicada en redes sociales y/o internet; consultar, corroborar, obtener información personal adicional y actualizar datos personales con la información que reposa en las bases de datos administrados por operadores de la información, bases de datos públicas u otras bases externas, con el propósito de dar cumplimiento a las instrucciones impartidas por la Superintendencia Financiera sobre prevención del riesgo de lavado de activos, la financiación del terrorismo y la proliferación de armas de destrucción masiva; consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar información que se refiera al comportamiento crediticio, financiero, comercial y civil, a las Centrales de Información u operadores de información como DATACREDITO y CIFIN, con el objeto de evaluar la solicitud de seguro y el cumplimiento de las obligaciones financieras, comerciales y/o crediticias; con fines 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 Allianz; fines estadísticos, de consulta, gremiales y técnico-actuariales; 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.

Con ocasión de lo anterior, Usted autoriza a Allianz para que comparta la información referida anteriormente, que considere pertinente y/o necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y otros terceros con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas.

(ii) 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 ofrecidos por terceros vinculados o aliados a Allianz, así como para el envío o realización de campañas de fidelización o mejora de servicio, encuestas y estudios de mercado, por lo que Allianz podrá suministrar esta información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores, 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 atienda 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: 6015941133 - 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) A la dirección de correo electrónico: [servicioalcliente@allianz.co](mailto:servicioalcliente@allianz.co)

Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario declaro conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente solicitud, así como el contenido de la política de protección de datos personales de la Compañía publicada en [www.allianz.co](http://www.allianz.co), por ello firmo.

Firma del Solicitante

Tipo de identificación y No