



SOLICITUD DE CREDITO

Fondo de Empleados para la Asistencia Social de la Universidad Tecnológica de Pereira - FASUT

Personería Jurídica 0917 del 28 de Mayo de 1985

NIT.: 891.408.243-9

Actualización
Crédito Nuevo ____
Antiguo ____

Pagaré	D	M	A	HORA
Fecha				
Aprobado				
No. aprobación				

Programa académico	Valor Matricula \$	Valor solicitado \$	Numero de Cuotas _____	Valor de las cuotas \$
1. INFORMACION PERSONAL Y/O EMPRESARIAL				
Datos personales	Solicitante	Codeudor Solidario 1	Codeudor Solidario 2	
IDENTIFICACION: C.C o T.I				
NOMBRES COMPLETOS				
APELLIDOS COMPLETOS				
LUGAR DE NACIMIENTO MUNICIPIO/DEPARTAMENTO				
FECHA DE NACIMIENTO	D M A	D M A	D M A	
ESTADO CIVIL				
DIRECCION DE DOMICILIO MUNICIPIO DEPARTAMENTO				
TELÉFONO (Fijo/Cel)				
PERSONAS A CARGO				
CORREO ELECTRONICO				
PROFESIÓN				
ACTIV ECONOMICA COD CIU	Activ. No. Empleado ____ Independiente ____	Activ. No. Empleado ____ Independiente ____	Activ. No. Empleado ____ Independiente ____	
EMPRESA DONDE LABORA				
CARGO U OFICIO				
DIRECCION EMPRESA MUNICIPIO DEPARTAMENTO				
TELEFONO EMPRESA (Fijo/Cel)				
TIEMPO DE SERVICIO				
TIPO DE CONTRATACION	Indefinido __ Fijo __ Otro __	Indefinido __ Fijo __ Otro __	Indefinido __ Fijo __ Otro __	
INGRESOS MENSUALES ACTIVIDAD PRINCIPAL	\$	\$	\$	

Datos personales	Solicitante	Codeudor Solidario 1	Codeudor Solidario 2
PENSIONES	\$	\$	\$
OTROS INGRESOS (arriendo, negocios, otros)	\$	\$	\$
CONCEPTO DE OTROS INGRESOS			
EGRESOS MENSUALES	\$	\$	\$
BIENES RAIZ. SI POSEE	Casa _ Apto_ Finca _Local_ Bodega _ Otro ¿Cual?	Casa _ Apto_ Finca _Local_ Bodega _ Otro ¿Cual?	Casa _ Apto_ Finca _Local_ Bodega _ Otro ¿Cual?
VEHICULO. SI POSEE	MARCA MODELO	MARCA MODELO	MARCA MODELO
TOTAL ACTIVOS	\$	\$	\$
TOTAL PASIVOS	\$	\$	\$




2. REFERENCIAS FAMILIARES

NOMBRE COMPLETO			
TELEFONOS (Fijo/Celular)			

3. REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO			
TELEFONOS (Fijo/Celular)			

4. ENTREVISTA SARLAFT/DECLARACIÓN EN MONEDA EXTRANJERA

¿Es usted una persona públicamente expuesta?	Sí _____ No _____	Sí _____ No _____	Sí _____ No _____
¿Administra recursos públicos?	Sí _____ No _____	Sí _____ No _____	Sí _____ No _____
¿Es declarante de Renta?	Sí _____ No _____	Sí _____ No _____	Sí _____ No _____
¿Realiza operaciones en moneda extranjera?	Sí _____ No _____	Sí _____ No _____	Sí _____ No _____
¿Posee cuentas en moneda extranjera?	Sí _____ No _____ No Cuenta _____ Banco _____ Ciudad _____ Moneda _____ País _____	Sí _____ No _____ No Cuenta _____ Banco _____ Ciudad _____ Moneda _____ País _____	Sí _____ No _____ No Cuenta _____ Banco _____ Ciudad _____ Moneda _____ País _____
¿Tiene residencia fiscal en países diferentes a Colombia y Estados Unidos?	Sí _____ No _____	Sí _____ No _____	Sí _____ No _____
¿Usted está sujeto a tributación fiscal en los Estados Unidos? Es decir, impactado por la ley FATCA	Sí _____ No _____	Sí _____ No _____	Sí _____ No _____
Declaro que No realizo operaciones en moneda extranjera.	Huella Firma: 	Huella Firma: 	Huella Firma: 

5. ESPACIO PARA USO DEL FONDO DE EMPLEADOS

Fecha diligenciamiento DD/MM/AAAA

Observaciones:

Nombre Y Firma Funcionario Que Realizo La Entrevista
Nombre Y Firma Funcionario Responsable De Verificación De Información
Fecha Verificación Información

DD/MM/AAAA

6. DECLARACION DE ORIGEN Y DESTINO DE BIENES Y/O FONDOS

El usuario del crédito obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza que todo lo aquí consignado es cierto declara que los recursos depositados obtenidos o involucrados en las operaciones financieras solicitadas, tienen origen y destino lícito en las actividades de igual tipo que constituyen el giro normal de sus negocios, tal como se describen en la solicitud y que no se relacionan con actividades ilícitas, especialmente lavado de activos o financiación al terrorismo. Que conoce y aplica las normas de prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo no permitirá que terceros realice transacciones en sus productos o entregue en su nombre o de la entidad que representa fondos, bienes y/o servicios relacionados con actividades ilícitas o a favor de personas involucradas en las mismas. Autoriza a FASUT para terminar unilateralmente cualquier relación contractual, o exigir de manera anticipada el pago de cualquier obligación, en el caso de una desvinculación sospechosa de realización de actividades ilícitas o violación de las normas sobre el LA/FT del solicitante o su representante o personas vinculadas.

7. INFORMACION PREVIA

Declaro que he recibido de forma previa al desembolso información completa, legible comprensible de las condiciones y términos del contrato, especialmente a cerca de: Monto de capital, forma y periodicidad de pago, valor de cada cuota, fecha de pago tasa de interés moratorio en términos Efectivos Anuales, naturaleza fija o variable de la tasa de interés, gastos, comisiones y descuentos aplicables, derecho de acceso a su calificación de riesgo, condiciones de pago anticipado, consecuencias en caso de incumplimiento, que incluye los derechos propios y de FASUT y los siguientes aspectos propios de la gestión de cobro: a) políticas y mecanismos de cobranza, b) momento a partir del cual se inicia la gestión de cobranza c) gastos derivados de la gestión de cobranza, forma de determinarlos y liquidarlo, d) dependencias internas o externas autorizadas para adelantar las gestiones de cobranza. e) Personas y entidades para celebrar acuerdos de pago. f) canales adecuados para efectuar el pago. g) Realizar la actualización de datos periódicamente o cuando efectué cambio (teléfonos, domicilio y correo electrónico).

8. AUTORIZACION HABEAS DATA

Autorizamos expresamente a el Fondo de Empleados para la Asistencia Social de la Universidad Tecnológica de Pereira— FASUT para que la información suministrada en esta solicitud de crédito, documento que tiene carácter estrictamente confidencial y comercial, sea conocida, actualizada y rectificadas con terceros incluyendo los datos personales en bancos o bases de datos y, en general en archivos de entidades públicas y/o privadas. Igualmente, que la misma sea usada y puesta en circulación con fines estrictamente comerciales. Autorizamos a reportar el incumplimiento a los bancos de datos, además declaro que acepto y conozco el contenido y las de la Ley "Habeas Data" Ley 1266 de 2008, Ley 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y eximo a FASUT de la responsabilidad a cualquier reclamación que exista por motivos de la insatisfacciones que surjan frente al reporte negativo a las centrales de información, de igual manera autorizamos a FASUT para que en caso de recordatorios e incumplimiento de nuestras obligaciones, se nos notifique que en los términos previstos en la Ley 1266 de 2008, Ley 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013 a través de los siguientes medios: físicos, Llamadas telefónicas, call center, correos electrónicos, mensajes de texto a celular, WhatsApp, y a través de la página web del Fondo www.utp.edu.co/fasut y otras redes sociales. En los términos dispuestos en el Art 10 del Decreto 1377 de 2013 queda autorizada de manera expresa e inequívoca para mantener y manejar toda su información conforme a lo previsto en el presente documento salvo que usted le manifieste lo contrario de manera directa, expresa, inequívoca y por escrito dentro de los treinta (30) días hábiles contados a partir de la recepción del presente documento a la cuenta de correo electrónico dispuesta para tal efecto fasutcreditoeducativo@gmail.com.

9. LIBRANZA

Autorizo irrevocablemente a la pagaduría de _____, _____, para la cual laboramos retener y pagar a favor de FASUT en forma mensual de mi salario, la cantidad de _____ (_____) cuotas, cada una por valor de _____ (\$) hasta completar la suma de _____ (\$ _____), la primera cuota deberá ser descontada en la fecha _____ y girada a FASUT a más tardar los 5 días siguientes al descuento y así sucesivamente cada uno de los meses siguientes hasta completar la totalidad de las cuotas. De igual manera autorizo el descuento de (_____) cuotas extraordinarias por valor de _____ (\$) cada una en los meses de _____. Así mismos autorizo el descuento de cuotas correspondientes durante el tiempo que permanezca en vacaciones, licencias e incapacidades por el valor de las cuotas que deben pagarse al FASUT, igualmente autorizo para que en el momento en que se modifiquen las condiciones del crédito los descuentos mensuales sean los que FASUT notifique a la pagaduría. En caso de mora o darse por terminado mi contrato laboral o de servicios con la entidad del deudor o codeudor solidario los préstamos que garantiza esta libranza, autorizo para que las cuotas restantes, que serán exigibles de manera inmediata y sin que sea necesario requerimiento de ninguna índole al cual renuncio de manera expresa, intereses o cualquier gasto que se ocasione, sea descontado de las prestaciones sociales, salarios, indemnizaciones o cualquier otra acreencia legal a que tengo derecho. **El no descuento de las cuotas por nómina en las fechas estipuladas, no me exime de la responsabilidad de cancelarlas en forma oportuna y por lo tanto, me comprometo a cancelar en las oficinas del FASUT dentro de los plazos previstos.** En caso de incumplimiento en el pago de la obligación reconozco y pagare intereses de mora a la tasa máxima legal autorizada. Autorizamos a FASUT para que en caso de incumplimiento de nuestras obligaciones y sin que sea necesario requerimiento de ninguna índole, solicite a las pagadurías de la empresa o entidad pública o privada donde estamos laborando, la deducción de nuestros salarios y prestaciones sociales hasta saldar la deuda ya sea a título personal o como codeudor solidario conforme a los términos previstos en el artículo 142, 143,144 de la Ley 79 de 1988, Ley 454 de 1998, Ley 1391 de 2010 y Ley 1527 de 2012.

10. OTRAS ACLARACIONES

Si se presentan cambios en los datos consignados, me obligo a informarlos oportunamente, a FASUT y actualizar al menos una vez al año los datos plasmados en esta solicitud, suministrando en su totalidad de los soportes documentales exigidos. Manifiesto que acato las leyes, estatutos, normas y reglamentos que rigen FASUT. De igual forma acato las decisiones que en desarrollo de las actividades dicten los organismos encargados de su dirección y administración. Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el día _____ del año _____.

FIRMA SOLICITANTE C.C.		FIRMA CODEUDOR SOLIDARIO 1 C.C.	FIRMA CODEUDOR SOLIDARIO 2 C.C.	
---------------------------	--	------------------------------------	------------------------------------	--

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°
---------------------------	----------------------------	-----------

Ingreso	Valor asegurado actual \$	Solicitud de incremento de valor asegurado a \$
Incremento de valor asegurado		
Razón Social de la Entidad Tomadora		C.C o Nit
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
Ocupación actual detallada		¿Práctica alguno de los siguientes deportes? <input type="checkbox"/> Alpinismo / montañismo <input type="checkbox"/> Artes marciales / Boxeo / Lucha <input type="checkbox"/> Aviación o Paracaidismo o Parapente <input type="checkbox"/> Buceo
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Caza o Tiro o Tauromaquia <input type="checkbox"/> Equitación <input type="checkbox"/> Competencia de velocidad (por tierra o agua) <input type="checkbox"/> Otros deportes ¿Cuál?

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

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

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	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"/>	¿Te encuentras en tratamiento por este consumo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
En caso de haber seleccionado afirmativo en tratamiento explique:	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

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, por ello firmo.

Firma del Solicitante

Tipo de identificación y No