

SOLICITUD DE INGRESO CONVENIO

Ciudad: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Señores: CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN "BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA", Comedidamente solicito consideren mi ingreso como asociado a BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA, afiliación que se hará efectiva una vez realizado el primer aporte, para lo cual suministro la siguiente información:

1. INFORMACIÓN BÁSICA DEL SOLICITANTE - ASEGURADO							
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO NO. _____				LUGAR DE EXPEDICIÓN:		FECHA DE EXPEDICIÓN: DD MM AA	
PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE:		SEGUNDO NOMBRE:	
LUGAR DE NACIMIENTO:		FECHA DE NACIMIENTO: DD MM AA		NACIONALIDAD:		SEXO: M ☐ F ☐	
ESTADO CIVIL: SOLTERO ☐ CASADO ☐ SEPARADO ☐ VIUDO ☐ UNIÓN LIBRE ☐		No. DE PERSONAS A CARGO:		PROFESIÓN:			
NIVEL ACADÉMICO: PRIMARIA ☐ BACHILLERATO ☐ TÉCNICO ☐ TECNÓLOGO ☐ UNIVERSITARIO ☐ POSTGRADO ☐				CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL:			
CELULAR:		TELÉFONO FIJO:		TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ☐ ARRIENDO ☐ FAMILIAR ☐		PAÍS DE RESIDENCIA:	
DEPARTAMENTO/ESTADO:		CIUDAD / MUNICIPIO:		BARRIO:		ESTRATO:	
¿CUÁL ES EL OBJETIVO DE SU AFILIACIÓN A BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA?				¿CUENTA CON FAMILIARES ASOCIADOS ACTIVOS A LA COOPERATIVA? SI ☐ NO ☐			
2. ACTIVIDAD ECONÓMICA							
EMPLEADO ☐ INDEPENDIENTE ☐ PENSIONADO(A) ☐ OTRO ☐ ¿CUAL? _____						CODIGO CIU:	
EMPRESA DONDE TRABAJA:			CARGO:		SALARIO MENSUAL:		FECHA DE INGRESO: DD MM AA
DIRECCION EMPRESA:			DEPARTAMENTO / ESTADO:		CIUDAD/MUNICIPIO:		TELÉFONO: EXTENSIÓN:
TIPO DE CONTRATO: ☐ TÉRMINO INDEFINIDO ☐ TÉRMINO FIJO ☐ PRESTACIÓN DE SERVICIOS ☐ OBRA Y LABOR ☐ HONORARIOS ☐ INTEGRAL						CORREO ELECTRÓNICO EMPRESA:	
3. INFORMACIÓN FINANCIERA							
OTROS INGRESOS MENSUALES:		DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS:				¿DECLARA RENTA? SI ☐ NO ☐	
TOTAL EGRESOS MENSUALES:		TOTAL ACTIVOS:		TOTAL PASIVOS:		TOTAL PATRIMONIO:	
						VALORES CON CORTE AL: DD MM AA	
¿USTED O ALGÚN FAMILIAR MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI ☐ NO ☐		¿USTED O ALGÚN FAMILIAR TIENE RECONOCIMIENTO PÚBLICO? SI ☐ NO ☐		¿USTED O ALGÚN FAMILIAR EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PÚBLICO? SI ☐ NO ☐			
4. PORCENTAJE DE APORTES							
APORTE MENSUAL MÍNIMO 6% DEL INGRESO MENSUAL: 6% 7% 8% 9% 10% Monto diferente: _____				APORTE MENSUAL SALARIO INTEGRAL MÍNIMO 70% DE S.M.M .L.V.: 70% 80% 90% 100% Monto diferente: _____			
5. CONDICIONES DE AFILIACIÓN AL PLAN EXEQUIAL INTEGRAL							
BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA subsidiará a sus asociados el Plan Exequial Integral a partir del momento en que autorice la inclusión a éste de la siguiente forma: ✓ Por el primer año de afiliación al Plan Exequial Integral, BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA subsidiará el 20% del valor del plan. ✓ Por el segundo y tercer año de afiliación al Plan Exequial Integral, BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA subsidiará el 50% del valor del plan. ✓ Por el cuarto año de afiliación al Plan Exequial Integral, y en adelante BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA subsidiará el 100% del valor del plan De acuerdo a las condiciones anteriores: ☐ SI deseo afiliarme al Plan Exequial Integral y autorizo a BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA a descontar el valor correspondiente para la presente vigencia, cuyo monto declaro conocer. ** ☐ NO deseo afiliarme al Plan Exequial Integral porque: ☐ Poseo otro Plan Exequial con _____ ☐ Estoy amparado en el Plan Exequial de mi _____ ☐ Simplemente no deseo tener el Plan Exequial ** BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA podrá dar por terminado el contrato de manera unilateral, o por cualquiera de los siguientes casos: 1) Pérdida de la calidad de Asociado; 2) Retiro de la empresa sin comunicación escrita para continuar con el servicio exequial y 3) Por mora en el pago realizado en los tres (3) primeros años del servicio. En caso de presentar mora en el pago de este servicio: Autorizo a Beneficiar Entidad Cooperativa a revocar el servicio según las fechas de corte establecidas.							
BENEFICIARIOS BONO MENSUAL (Solicanasta-Plan Exequial)							
TIPO	Nº. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	AFINIDAD	% DESIGNADO
6. SOLICITUD TARJETA							
TIPO DE TARJETA: ☐ TARJETA DÉBITO BENEFICIAR ☐ TARJETA DÉBITO BENEFICIAR - RED COOPCENTRAL				LÍNEA SOLICITADA: ☐ CREDI-BEC PLAZO: 24 MESES ☐ CREDITO ROTATIVO PLAZO: 36 MESES		VALOR SOLICITADO: VALOR EN LETRAS: _____	
AUTORIZACIONES							
Acepto las condiciones estipuladas en los estatutos de Beneficiar Entidad Cooperativa y en el Reglamento y Condiciones de Uso de la Tarjeta Débito de Afinidad, cuyo contenido puede ser consultado en Zona Privada del Asociado, y demás normatividad de la Cooperativa vigente y aplicable a los productos adquiridos a través de este documento.							

FORMA DE PAGO:

NÓMINA ☐ DÉBITO ☐ CÓDIGO DE BARRAS ☐ PSE ☐ WEBSERVICES ☐

Autorizo al BANCO _____ debitar automáticamente de mi cuenta de _____ N° _____, el día _____ () de cada mes, el valor generado correspondiente a la presente obligación con BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA o a quien represente sus derechos y a efectuar el traslado a la cuenta designada para tal fin por la Cooperativa. SI EN EL MOMENTO DE REALIZAR EL DÉBITO DEL VALOR GENERADO NO EXISTEN FONDOS SUFICIENTES, ASUMO EL COSTO DE LA TRANSACCIÓN Y AUTORIZO A BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA PARA DEBITAR DE MI CUENTA O COBRAR POR OTRO MEDIO DICHO VALOR. De igual manera, autorizo a la Cooperativa a descontar de forma anticipada el valor de la Cuota de Manejo Anual por concepto de Administración con cargo al cupo de la Tarjeta Débito Visa y los valores correspondientes a las transacciones realizadas con esta.

7. TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA

¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA?

☐ Si ☐ No

EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE EL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA QUE NORMALMENTE REALIZA:

☐ IMPORTACIONES ☐ EXPORTACIONES ☐ INVERSIONES ☐ GIRO ☐ PRÉSTAMOS
☐ OTRO ¿CUAL? _____

EN CASO DE POSEER PRODUCTOS EN MONEDA EXTRANJERA, DILIGENCIE LOS SIGUIENTES CAMPOS:

TIPO DE PRODUCTO:	ENTIDAD:	No. DE CUENTA:	MONEDA:	MONTO:	CIUDAD O ESTADO:
					PAIS:

REFERENCIAS

REFERIDO POR: _____ CEDULA: _____ EJECUTIVO COMERCIAL: _____

BENEFICIARIOS

TIPO	Nº. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	AFINIDAD	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	% DESIGNADO
1									
2									
3									

8.DECLARACIÓN FATCA/CRS

MEDIANTE EL PRESENTE DOCUMENTO MANIFIESTO LO SIGUIENTE:

- a) He permanecido más de 183 días en el último año, o 183 días durante los tres últimos años, dentro de territorio de los Estados Unidos
b) Soy poseedor de la tarjeta verde o "Green Card" de los Estados Unidos (Tarjeta de Residencia)
c) Recibo cualquier pago de intereses, dividendos, rentas, salarios, honorarios, primas, anualidades, compensaciones, remuneraciones, emolumentos y otras ganancias fijas u ocasionales e ingresos, si dicho pago proviene de fuentes de jurisdicciones diferentes a Colombia
d) Recibo cualquier ingreso bruto procedente de la venta u otra disposición de cualquier propiedad que puede producir intereses o dividendos cuya fuente se encuentre dentro de jurisdicciones diferentes a Colombia

SI ☐ NO ☐
SI ☐ NO ☐
SI ☐ NO ☐
SI ☐ NO ☐

Si marco SI en alguna de las anteriores opciones, diligencie el siguiente cuadro. Indique el/los país(es) extranjero(s) en el/los cual(es) Usted es residente fiscal y el/los número(s) de identificación tributaria (TIN/NIT) o su equivalente funcional para cada país. Si no puede informar el TIN/NIT, favor indique la razón usando el Código correspondiente.

PAÍS	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA (TIN/NIT) O SU EQUIVALENTE FUNCIONAL PARA CADA PAÍS	CÓDIGO "RAZÓN PARA NO INFORMAR TIN/NIT**"

****Código A:** Se ha solicitado o se va a solicitar un TIN/NIT, pero no se ha recibido. Se suministrará el TIN/NIT cuando sea recibido.

Código B: La autoridad tributaria del país no expide TIN/NIT.

Código C: Otra:

CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Declaro que BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA, me han informado:

- Que el Aviso de Privacidad y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentra en la página web de la respectiva entidad: <https://www.beneficiar.com.co>.
- Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas.
- Que los datos relacionados con mis beneficiarios se entienden autorizados a través de la estipulación a favor de otro con la finalidad de garantizar sus derechos.
- Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, a actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA; y/o cualquier sociedad controlada, que directa o indirectamente, tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, en adelante BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA para:

- Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual, siempre y cuando sea para las siguientes finalidades: 1) Desarrollar las actividades propias del Contrato de Seguro; 2) Ofrecer productos y servicios de BENEFICIAR 3) Solicitar y reportar a las Centrales de Información del Sector Financiero o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos referentes a mi comportamiento crediticio, financiero y comercial.
- Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 12 del decreto 1377 de 2013.
- Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales sensibles incluyendo la Historia Clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012.
- Transmitir y transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012.

FIRMA Y HUELLA

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE SOLICITUD, DECLARO EXPRESAMENTE LO SIGUIENTE:

- Conozco y acepto los estatutos, reglamentos y procedimientos que rigen mi afiliación a BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA y autorizo para que mi empleador descuenta de mi salario, prestaciones sociales o de cualquier monto a mi favor, los valores que BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA reporte producto de mi relación como asociado.
- Los dineros utilizados para pagar la prima de seguros, las cuotas de los créditos, servicios complementarios y los utilizados para adquirir mis bienes no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal colombiano.
- Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA para que la verifique. He sido enterado de la obligación de actualizar anualmente mi información comercial y financiera y además aquella que solicite BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA por cada producto o servicio.

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO A:

LOS _____ DIAS DEL MES _____ DEL AÑO _____ EN LA CIUDAD DE _____

Solicitante, C.C. No. _____

FIRMA _____

Huella Índice Derecho

NOTA 1: La información aquí registrada será ampliada por BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA a través del formato F-CUM-006 Entrevista de Conocimiento del Asociado, el cual hace parte integral del proceso de afiliación.

NOTA 2: La Información Cooperativa cuenta con un Seguro de Aportes y Ahorro Permanente contratado con Aseguradora Solidaria de Colombia, el cual tiene por objeto 'Amparar contra el riesgo de muerte por cualquier causa e Incapacidad Total y Permanente a las personas naturales aportantes del Tomador de la Póliza; de manera que el valor del aporte sea pagado cuando se presente un evento amparado'. Tenga en cuenta que para aplicar a este, usted debe manifestar su estado real de salud y, en caso de que Aseguradora Solidaria requiera documentación complementaria al Seguro de Vida Grupo de Aportes y Ahorro Permanente, usted tendrá 30 días calendario para hacer entrega de ésta, durante este periodo usted no estará cubierto por este beneficio. Una vez Aseguradora Solidaria reciba la documentación, la cobertura de este beneficio quedará sujeta al concepto que emita ésta. Vencido el plazo, usted no quedará cubierto por este beneficio que le brinda la Cooperativa.

SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO APORTES



☐ ASEGURADO PRINCIPAL

☐ ASEGURADO EXTENSIVO

NIT. 860.524.654-6

DATOS DEL TOMADOR

TIPO DE DOCUMENTO:	NIT No. 860 518 350 - 8	RAZÓN SOCIAL:	BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA
DIRECCIÓN:	CARRERA 7 N° 34-22 OFICINAS 401 - 402	TÉLEFONO:	7490001
CIUDAD / MUNICIPIO:	BOGOTÁ	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

TIPO DE DOCUMENTO:	LUGAR DE EXPEDICIÓN:	FECHA DE EXPEDICIÓN:	DÍA	MES	AÑO
☐ CC ☐ CE ☐ TI No.					
PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE:	SEGUNDO NOMBRE:		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TÉLEFONO/FAX:	CIUDAD / MUNICIPIO:	DEPARTAMENTO:		
CORREO ELECTRÓNICO:	TÉLEFONO CELULAR:	OTRO TÉLEFONO / FAX:	NACIONALIDAD:		
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:	SEXO	ESTADO CIVIL			
DÍA	MES	AÑO	M	F	☐ SOLTERO ☐ CASADO ☐ VIUDO ☐ SEPARADO ☐ DIVORCIADO ☐ UNIÓN LIBRE
PESO	ESTATURA	DIESTRO	ZURDO	AMBIDIESTRO	DEPORTES QUE PRACTICA:
KG	MTS	☐	☐	☐	
OCUPACIÓN DETALLADA:	VALOR ASEGURADO	INGRESOS MENSUALES			
	\$	\$			

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD ASEGURADO

1. Ha padecido o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente?									
	SI	NO		SI	NO		SI	NO	
Lupus	☐	☐	Arritmias	☐	☐	Aneurismas Cerebrales	☐	☐	Cataratas
Psoriasis	☐	☐	Diabetes Mellitus	☐	☐	Trauma Medular	☐	☐	Desprendimiento de Retina
Esclerosis	☐	☐	Anemia	☐	☐	Parkinson	☐	☐	Ceguera
S. de Sjogren	☐	☐	Hemofilia	☐	☐	Guillen Barre	☐	☐	Hipoacusia
VIH	☐	☐	EPOC	☐	☐	Esclerosis Multiple	☐	☐	Disfonía Crónica
Sida	☐	☐	Asma	☐	☐	Depresión	☐	☐	Insuficiencia Renal
Artritis Reumatoidea	☐	☐	Fibrosis Pulmonar	☐	☐	Ansiedad	☐	☐	Hepatitis B,C o Delta
Hipertensión Arterial	☐	☐	Oxigenodependencia	☐	☐	Esquizofrenia	☐	☐	Cirrosis
Insuficiencia Cardíaca	☐	☐	Cancer	☐	☐	Trastorno Bipolar	☐	☐	Síndrome Mental Organico
Bloqueos Cardíacos	☐	☐	ACV	☐	☐	Glaucoma	☐	☐	Trastornos de Discos Vertebrales
Enfermedades valvulares	☐	☐	Enfermedades Aterosclerótica del Corazón	☐	☐				
2. Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior? ¿Cuál?									
SI ☐ NO ☐									
3. Ha tenido o tiene alguna pérdida funcional o anatómica, ha padecido accidentes que impidan desempeñar labores propias de su ocupación o sabe si será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente? SI ☐ NO ☐									
4. Ha tenido o tiene algún procedimiento no quirúrgico pendiente? SI ☐ NO ☐									
En caso de haber contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, detallar:									

ENFERMEDAD	FECHA DE DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO

5. ¿Tiene pérdida de capacidad laboral permanente?	SI ☐ NO ☐
Se cubre el presente amparo adicional de Incapacidad Total y Permanente, que al ser calificada de acuerdo con los criterios establecidos en el manual único de calificación de invalidez (decreto 1507 de 2014, o aquel vigente al momento de la calificación de la invalidez) sea igual o superior al 50% de la pérdida de la capacidad laboral, siempre y cuando la fecha de estructuración de la misma se produzca dentro de la vigencia de la póliza.	
6. ¿Le ha sido declarada legalmente pérdida de capacidad laboral permanente en el 50% o más?	SI ☐ NO ☐
7. ¿Le ha sido declarada legalmente pérdida de capacidad laboral permanente en menos del 50%?	SI ☐ NO ☐
8. ¿Está tramitando el reconocimiento legal de pérdida de capacidad laboral permanente?	SI ☐ NO ☐

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO

TIPO	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	AFINIDAD	% DESIG.
1.							
2.							
3.							
4.							

AUTORIZACIÓN PARA CENTRALES DE RIESGO

Autorizo de manera expresa y voluntaria a **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, o a quien represente sus derechos a consultar, almacenar, administrar, transferir, procesar y reportar mi información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas respecto al comportamiento crediticio financiero y comercial.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Declaro que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado: 1) Que la política de tratamiento de datos y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí, derecho que se puede ejercer a través de la línea de protección de datos establecida en la página web y el correo electrónico tratamientodatos@solidaria.com.co.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, en adelante LA ASEGURADORA, que actuará como Responsable del tratamiento y en tal virtud podrá recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, incluyendo datos financieros, crediticios, sensibles y de menores en calidad de su representante legal, para las siguientes finalidades:

i) El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor ii) El proceso de negociación de contratos con LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas, la selección de riesgos y toda la fase precontractual iii) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre. iv) El control y la prevención del fraude. v) La liquidación y pago de siniestros. vi) Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado, incluida la gestión y cobro de cartera. vii) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral viii) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora. ix) Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora. x) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. xi) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia. xii) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo. xiii) Recolectar mis datos personales sensibles como: datos biométricos, las huellas dactilares, la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aun después de mi fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012. xiv) Recolectar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013. xv) Transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012.

El tratamiento podrá ser realizado directamente por LA ASEGURADORA o por lo encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: i) Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de LA ASEGURADORA. ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros. iii) LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro. iv) Las personas con las cuales LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. v) FASECOLD, INVERFAS S.A. y el INIF, personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales

RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que el Responsable del tratamiento de la información es LA ASEGURADORA. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal v) del párrafo anterior, serán entre otros:

a) FASECOLD cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Pisos 11 y 12, email: fasecolda@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.

b) INVERFAS S.A. cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Piso 11, email: inverfas@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.

c) INIF - Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro cuya dirección es Carrera 13 No. 37-43, piso 8, email: directoroperativo@inif.com.co Tel. 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.

Con la firma en el presente documento, de manera expresa AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales, incluidos los sensibles y de menores en calidad de su representante legal, y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: Declaro conocer y estar informado que los canales que a continuación se relacionan, cuyos datos veraces y fidedignos he suministrado voluntariamente en el presente documento, pueden ser utilizados por LA ASEGURADORA para realizar gestiones de cobranza, así como para el envío de mensajes publicitarios a través de mensajes cortos de texto (SMS), mensajería por aplicaciones web, correos electrónicos y llamadas telefónicas de carácter comercial o publicitario, todo dentro del marco legal aplicable. De esta manera, AUTORIZO expresamente para ser contactado por LA ASEGURADORA y/o sus gestores comerciales, de cobranza e intermediarios, para los fines mencionados en la presente declaración, mediante los canales de: Presencial, llamadas, correo electrónico y en algunos casos mensajes de texto y WhatsApp por medio de gestión automática. En caso que desee cambiar el canal de contacto o tener un canal exclusivo para la gestión de cobranza, por favor informar al correo electrónico: gestiondecartera@solidaria.com.co, para fines comerciales por favor informar al correo gestioncomercial@solidaria.com.co y para modificar o actualizar sus datos de contacto por favor ingresar a: https://www.solidaria.com.co/WA_DigitalClient/#/login

CLÁUSULA DE ASESORÍA

Queda constancia que he leído, entendido y aceptado los derechos y obligaciones emanados del contrato de seguro; así mismo, las condiciones particulares de la póliza, el alcance de las coberturas, exclusiones y garantías del seguro ofrecido, los costos del producto y su comercialización de acuerdo con lo establecido en el art. 9 de la ley 1328 de 2009, la autorización otorgada por la Aseguradora para comercializar el producto y los canales por medio de los cuales se puede formular una petición, queja o reclamo.

Al igual declaro que he leído, entiendo y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro, que tengo conocimiento que la póliza se otorgará en consideración a la veracidad de las declaraciones de riesgo emitidas por mi parte y que, en el evento de no coincidir con la realidad se configurará la reticencia e inexactitud y en consecuencia el seguro de vida grupo quedará viciado de nulidad relativa en los términos del artículo 1058 del código de comercio. Que cuento con todas las autorizaciones necesarias para entregar a Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa los datos personales sensibles de terceros, tales como beneficiarios (niños, niñas y adolescentes, acorde a ley 1098 de 2006 y ley 679 de 2001 ley de infancia y adolescencia. declaro que he sido informado de los amparos, exclusiones y garantías del producto, conozco y acepto las condiciones particulares y generales de la póliza de vida grupo o vida grupo deudor a que accede esta solicitud y que pueden ser consultadas en la página web de la compañía www.aseguradorasolidaria.com.co y que el tomador dará a conocer a los asegurados las condiciones generales de la presente póliza. Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa, cumple la obligación del artículo 1046 del código de comercio con la entrega al tomador de las condiciones. Será responsabilidad de cada uno de los asegurados el informarse acerca de las condiciones generales y particulares del producto y manifestar en el tiempo y por los medios debidos las dudas que tenga al respecto.

FIRMA Y HUELLA

Para efectos de la presente solicitud, declaro expresamente lo siguiente:

- Poseo pólizas de seguro vigentes con extraprimas. SI ☐ NO ☐
- He sido rechazado por alguna Compañía Aseguradora en el momento de presentar una solicitud de seguro. SI ☐ NO ☐
- Tanto mi profesión u oficio declarados en la presente solicitud, son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales y no practico deportes o aficiones que afecten mi integridad.
- Los dineros utilizados para pagar la prima de seguros no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma que aparecen descritas, por lo tanto, la falsedad, omisión, error o reticencia en ellas tendrán las consecuencias estipuladas en los Artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio. Así mismo declaro que el presente documento es diligenciado de manera personal o es diligenciado bajo mi consentimiento

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y se firmo el presente documento

a los _____ días del mes de _____ del año _____ en la ciudad de _____.

Firma del Solicitante

Nombre del Solicitante

No. Cédula: _____

**HUELLA ÍNDICE
DERECHO**

Firma Funcionario (Suscripción): _____

- ☐ Aprobado
☐ Aplazado
☐ Rechazado
☐ Extraprima por Salud

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

Observaciones: _____

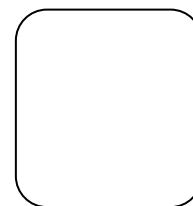
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y CONSULTA EN CENTRALES DE RIESGO

En los términos de la Ley 1581 de 2012, YO _____, autorizo de manera expresa y permanente a **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, a quien represente, a quien ceda sus derechos, o a quien esta contrate para el ejercicio de los mismos, cuando aspire a ser asociado, tenga la calidad de asociado o posea productos, beneficios y/o servicios vigentes con la Cooperativa, para que consulte, suministre, reporte, procese, obtenga, recolecte, capture, compile, confirme, intercambie, modifique, emplee, analice, estudie, conserve, reciba y envíe la información relacionada con mis datos personales y financieros, exceptuando los datos relacionados con menores de edad los cuales tendrán un tratamiento diferente, con las siguientes finalidades:

- ✚ Ofrecer los productos, beneficios y servicios de la Cooperativa.
- ✚ Consultar y reportar a las centrales y operadores de bases de datos e información financiera, comercial y de servicios que correspondan, sobre mi comportamiento financiero y de pago en la Cooperativa, en los términos de la Ley 1266 de 2008 y demás normatividad que la modifique.
- ✚ Realizar investigaciones y análisis de tipo comercial, estadístico, de riesgos, de mercado y los demás requeridos por la Cooperativa.
- ✚ Enviar campañas comerciales, publicitarias y de mercadeo de los productos, beneficios y servicios de BENEFICIAR y demás comunicaciones que la Cooperativa requiera, a través de los diferentes canales de comunicación que ésta habilite.
- ✚ Suministrar información a terceros con los cuales la Cooperativa tenga relaciones contractuales y sea necesario para el cumplimiento del objeto contratado.
- ✚ Planear, ofrecer y ejecutar programas de bienestar corporativo para los asociados, sus beneficiarios y/o familiares.
- ✚ Publicar en la página web testimonios, registros y demás evidencias de las actividades realizadas por la Cooperativa con los asociados, sus beneficiarios y/o familiares, con excepción de los menores de edad, quienes tendrán una autorización específica.
- ✚ Realizar las demás actividades propias de la Cooperativa autorizadas por ley para el desarrollo de su objeto social y cumplimiento de sus estatutos.

Finalmente, certifico que los datos aquí registrados y los que en adelante entregue a la Cooperativa son verídicos; como también me comprometo a actualizar la información suministrada y la requerida por BENEFICIAR por lo menos una vez al año.

Firma
C.C.



Huella Índice Derecho