



# FONDEICA

FONDO DE EMPLEADOS Y PENSIONADOS DEL ICA Y AGROSAVIA  
Personería Jurídica No. 0787 de Junio 8 de 1970

## SOLICITUD DE CREDITO

DEUDOR PRINCIPAL ☐ DEUDOR SOLIDARIO ☐

No Radicación

Fecha radicación

Recibe:

INFORMACION DEL  
CREDITO

Monto \$

Plazo en Meses:

Pagare No.

Libranza No.

Comprobante No.

☐  
☐  
☐

SEGUROS  
ORDINARIO  
EDUCACIÓN

☐  
☐  
☐

EXTRAORDINARIO  
SOLIDARIDAD  
PRIMA

☐  
☐  
☐

CONVENIOS  
EXCURSIÓN Y/O PASEO

☐  
☐  
☐

CREDIAGIL ☐ OTROS  
HIPOTECA  
PIGNORACION VEHICULO

### OBJETIVO DEL CRÉDITO (BALANCE SOCIAL)

Vivienda  
Educación  
Cancelación Deuda  
Recreación

☐  
☐  
☐

Vehículo  
Electrodomésticos  
Salud  
Consumo

☐  
☐  
☐

Negocio  
Varios  
Celular  
Excursión

☐  
☐  
☐

DATOS DEL ASOCIADO

Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento: D \_\_\_\_ M \_\_\_\_ A \_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_\_ Dirección residencia \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
Años \_\_\_\_\_

Correo electronico: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Vivienda: Propia ☐ Alquilada ☐ Familiar ☐ Barrio: \_\_\_\_\_ Estrato: \_\_\_\_\_

Profesion: \_\_\_\_\_ Empresa: \_\_\_\_\_  
Cargos: \_\_\_\_\_

Dirección empresa: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Fecha vinculación: D \_\_\_\_ M \_\_\_\_ A \_\_\_\_

Contrato: \_\_\_\_\_ Indefinido \_\_\_\_\_ Fijo \_\_\_\_\_ Servicios \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Personas a cargo \_\_\_\_\_

Nombre conyuge: \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Empresa \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección empresa: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Vinculado  
desde: D \_\_\_\_ M \_\_\_\_ A \_\_\_\_

Banco:

No. Cuenta:

Ahorros ☐

Corriente ☐

INFORMACION FINANCIERA

#### INGRESOS MENSUALES

Sueldo

\$

Otros ingresos

\$

Sub total

\$

TOTAL INGRESOS

\$

Descripcion otros ingresos:

#### EGRESOS MENSUALES

Arriendo o cuota de vivienda

\$

Gastos personales/familiares

\$

Deudas financieras cuota mensual

\$

Sub total

\$

TOTAL GASTOS

\$

TOTAL ACTIVOS

TOTAL PASIVOS

TOTAL PATRIMONIO

DECLARA SI ☐  
RENTA NO ☐

ADMINISTRA O  
DISPONE SI ☐  
DE RECURSOS  
PUBLICOS NO ☐

MANEJA RECURSOS  
EN MONEDA SI ☐  
EXTRANJERA NO ☐

SI USTED NO ESTA VINCULADO(A)  
LABORALMENTE, QUE OTRA ACTIVIDAD  
DESARROLLA

COMERCIANTE  
EMPRESARIO  
INDEPENDIENTE

OTRA, CUAL?

PATRIMONIO

Tipo de Inmueble: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Valor Comercial: \_\_\_\_\_

Hipoteca Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

A favor de: \_\_\_\_\_ Saldo crédito: \_\_\_\_\_ Valor cuota mensual: \_\_\_\_\_

Vehiculo clase: \_\_\_\_\_ Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_ Placa: \_\_\_\_\_ Valor Comercial: \_\_\_\_\_

Pignorado: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ A favor de \_\_\_\_\_ Saldo crédito: \_\_\_\_\_

Valor cuota mensual: \_\_\_\_\_

REFERENCIAS

Familiar: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

Personal: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

NOTA: Certifico que lei las politicas HABEAS DATA de la Pagina 2 de este  
formulario y autorizo a FONDEICA para realizar la consulta en las centrales de  
riesgos.

FIRMA DEUDOR PRINCIPAL Y/O DEUDOR SOLIDARIO

HUELLA



# FONDEICA

FONDO DE EMPLEADOS Y PENSIONADOS DEL ICA Y AGROSAVIA  
Personería Jurídica No. 0787 de Junio 8 de 1970

## DECLARACION DE ORIGEN DE RECURSOS Y DE INFORMACION

De conformidad con el Decreto 663 de 1993, la circular externa No.007 expedida por la Superintendencia Bancaria. Ley 195 de 1995 y la Ley 599 de 2000 declaro: 1. que el origen de los dineros depositados en mis cuentas y demás operaciones que tramito a través de (FONDEICA) provienen de las fuentes señaladas en la sección "Actividad económica" anterior del presente documento. 2. que los recursos entregados o utilizados en las operaciones con (FONDEICA) no provienen de ninguna actividad ilícita de conformidad con la ley colombiana. 3. que me obligo a no permitir que terceros efectúen depósitos a mis cuentas y demás productos contratados con (FONDEICA) con fondos o recursos provenientes directa o indirectamente de actividades ilícitas de conformidad con las leyes y demás normas vigentes. 4. que me obligo a no efectuar transacciones destinadas a actividades ilícitas o a favor de personas relacionadas con las mismas. 5. que eximo a (FONDEICA) de toda responsabilidad que se derive por información errónea falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado y que cualquier falsedad, inexactitud o error en la información suministrada dará derecho a (FONDEICA) a terminar unilateralmente, y sin que haya lugar a indemnización alguna a mi favor, todos los contratos que haya celebrado con dicha entidad. 6. que autorizo expresamente a (FONDEICA) a dar por terminados unilateralmente y sin que haya lugar a indemnización alguna a mi favor todos los contratos que haya celebrado con dicha entidad en caso de mi incumplimiento a cualquiera de mis obligaciones de conformidad con este documento, así mismo y como consecuencia de la terminación unilateral anteriormente señalada autorizo a (FONDEICA) a salda cualquier depósito, cuenta y/o cualquier otro producto contratado. 7. que conformaré inmediatamente de cualquier circunstancia que modifique la presente declaración. 8. que mi ocupación económica no es ni se relaciona con la actividad profesional de compra o venta de divisas y que el origen de mis recursos proviene del desarrollo conforme a lo señalado en la sección de "Actividad Económica" del presente formulario. 9. que toda la información suministrada en este documento es cierta.

## ACTUALIZACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

1. Certifico que toda la información suministrada es verídica y exacta y me obligo a mantenerla actualizada, para lo cual me comprometo a reportar por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, por lo que autorizo irrevocablemente a FONDEICA para verificarla.
2. Autorizo a FONDEICA para que en caso de que la solicitud sea negada, destruya los documentos aportados, siendo por ende responsable de tal destrucción.

## CLÁUSULAS DE ACEPTACIÓN DE REGLAMENTO Y TÉRMINOS

1. Certifico que conozco el reglamento vigente de crédito y me comprometo a actualizarme cada vez que FONDEICA lo modifique y divulgue.
2. Manifiesto que he entendido y diligenciado de manera voluntaria y veraz, toda la información contenida en la presente solicitud.
3. La presentación de esta solicitud no implica compromiso alguno para FONDEICA.

## AUTORIZACIÓN CENTRALES DE INFORMACIÓN

Autorizo de manera permanente, expresa e irrevocable a (FONDEICA) a: i) Reportar, divulgar y procesar, ante las Centrales de Información Financiera y de Entidades Financieras y/o cualquier otra entidad, en Colombia o en el exterior, que administre bases de datos con fines análogos a los de ésta última toda la información relacionada con las obligaciones que he contraído con (FONDEICA) y específicamente el incumplimiento y/o mora de las obligaciones contraídas. ii) Solicitar y consultar, con fines estadísticos de control, de supervisión y de información comercial, toda mi información financiera y comercial, en general, y especialmente la información relativa al incumplimiento y/o mora de obligaciones que se encuentre disponible en la y/o cualquier otra base de datos de la misma naturaleza en Colombia o en el exterior. iii) Consultar y verificar con terceros toda la información que he suministrado a FONDEICA, lo cual incluye, sin limitarse a: referencias comerciales, personales y laborales, información financiera y derechos reales. Conozco que el alcance de esta autorización implica que el comportamiento frente a mis obligaciones será registrado con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones financieras, comerciales, crediticias, de servicios y la proveniente de terceros países de la misma naturaleza. En consecuencia, quienes se encuentren afiliados y/o tengan acceso a las centrales de riesgo podrán conocer esta información, de conformidad con la legislación y jurisprudencia aplicable.

## AUTORIZACIÓN DE CONSULTA, ADMINISTRACIÓN Y REPORTE

Autorizo(amos), conjunta o individualmente a FONDEICA para reportar, procesar, solicitar y divulgar a la Central de Información Financiera (CIFIN) administrada por la Asociación Bancaria y de Entidades Financieras de Colombia, a DATA CREDITO, a la Bolsa de Valores de Colombia como administrador de bases de datos o a cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos que tengan fines de información, financieros, estadísticos, de control, supervisión, gerenciales y de consolidación de información, todos mis (nuestros) datos personales económicos, incluyendo la información referente a mi(nuestro) comportamiento comercial y crediticio, tales como el nacimiento, modificación o extinción de obligaciones contraídas con anterioridad o que se llegaren a contraer fruto de contratos financieros celebrados con FONDEICA. La presente autorización implica igualmente que FONDEICA podrá circular y compartir los datos e información suministrada o aquellos que resulten de la vinculación contractual o comercial del (de los) suscrito(s) con FONDEICA. La autorización otorgada a FONDEICA se extiende a la consulta y reporte de toda la información referente a las operaciones que dicho Fondo realice o registre en el sistema por cuenta del suscrito, incluso aquellas realizadas o registradas antes de la presente autorización. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones en el mercado de valores se reflejará en las mencionadas bases de datos. El suscrito declara que conoce y acepta que toda la información relacionada con el reporte de las transacciones realizadas o registradas por parte de FONDEICA actuando por mi cuenta y toda aquella relacionada con el nacimiento, modificación o extinción de mis obligaciones surgidas en virtud de dichas operaciones, incluido su manejo y cumplimiento, se someterá a las condiciones de reporte detalladas en el artículo 2.1.8 de la Circular Única de la Bolsa de Valores de Colombia. Finalmente, autorizo que me sean enviados mensajes sobre los reportes realizados o por realizar a centrales de información, movimientos de productos o cualquier otra información a la dirección electrónica, e-mail, teléfonos, dirección física o cualquier otro dato de contacto que haya suministrado a FONDEICA en la solicitud de vinculación o en cualquier otro medio de información. Declaro (amos) entender y aceptar que todo incumplimiento de obligaciones de productos, eventos de mora o retardo en el cumplimiento de obligaciones, facultará a FONDEICA a efectuar reportes negativos que reflejen dicha situación.

## AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Dando cumplimiento a la Ley Estatutaria 1581 de 2012, reglamentada por el Decreto 1377 de 2013 y Ley 2300 del 2023. En mi calidad titular de la información, Autorizo a (FONDEICA) de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca para tratar mi información personal de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales de FONDEICA, para que pueda: procesar, recolectar, almacenar, usar, suprimir, recaudar, consultar, solicitar, suministrar, compilar, confirmar, modificar, emplear, analizar, estudiar, conservar, recibir, actualizar, dar tratamiento y disponer de los datos que han sido suministrados y que se han incorporado en distintas bases o bancos de datos, o en repositorios electrónicos de todo tipo con que cuenta la entidad. FONDEICA cuenta con una infraestructura administrativa destinada, entre otras funciones, a asegurar la debida atención de requerimientos, peticiones, consultas, quejas y reclamos relativos a protección de datos, a fin de garantizar el ejercicio de los derechos contenidos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir información personal; así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales. Información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias de (FONDEICA) para: Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo como titular. De igual forma para Proveer, informarme, evaluar la calidad de sus productos y/o servicios, Enviarme Información comercial, publicitaria o promocional sobre sus servicios y/o promociones, con el fin de impulsar, invitar, dirigir, ejecutar, informar y de manera general, llevar a cabo campañas, promociones o concursos, compartir, incluyendo la transferencia y transmisión de mis datos personales para los fines relacionados con la operación. FONDEICA en el desarrollo de su objeto social y de la relación contractual que nos vincula, mediante el presente escrito autorizo para que realice la generación de extractos, la realización de actividades de cobranza propia y/o a través de terceros, entre otros. 2. La administración de los productos o servicios comercializados a través de (FONDEICA) de los que es titular. 3. La estructuración de ofertas comerciales y la remisión de información comercial sobre productos y/o servicios a través de los canales o medios que (FONDEICA) establezca para tal fin. 4. La adopción de medidas tendientes a la prevención de actividades ilícitas. Autorizo a FONDEICA para que pueda remitir mi información directamente o con las empresas que realicen gestiones de cobro u otras acciones en nombre de FONDEICA. 5. Estas actividades las podrán realizar a través de correo físico, electrónico, celular o dispositivo móvil, vía mensajes de texto (111 S y/o MMS), o a través de cualquier medio análogo y/o digital de comunicación, conocido o por conocer. La solicitud de supresión de la información y la revocatoria de la autorización no procederán cuando el Titular tenga un deber legal o contractual de permanecer en la base de datos.

|                                                                                   |                                                                          |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------|
|  | <b>CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE FIANZA<br/>PERSONA NATURAL</b> | Documento: Contrato |
|                                                                                   |                                                                          | Versión: 2.0        |
|                                                                                   |                                                                          | Fecha: mayo de 2021 |
|                                                                                   |                                                                          | Página 1 de 1       |

**ANEXO No. 1  
FORMATO DE AUTORIZACIONES**

- Aceptación de la Garantía, pago de comisiones y no extinción de la obligación: Acepto la garantía AFIANZAFONDOS S.A.S. para respaldar la operación aprobada por EL FONDO DE EMPLEADOS. Me obligo a pagar la comisión de la garantía, más el IVA. En caso de que AFIANZAFONDOS S.A.S. se vea obligado a pagar la garantía como resultado de mi incumplimiento, éste se subrogará por el valor pagado y tendrá el derecho a perseguir su recaudo. Reconozco que el pago que llegare a realizar AFIANZAFONDOS S.A.S. no extingue parcial, ni totalmente mi obligación.
- Reporte a operadores de información o Centrales de Información Financiera: Como beneficiario(s) de la garantía expedida por AFIANZAFONDOS S.A.S. autorizo a esta entidad o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor, a consultar, reportar, actualizar, solicitar, compartir y divulgar al operador de información o Central de Información de Financiera - CIFIN o DATACREDITO o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento crediticio. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos, en donde se consignan de manera completa, todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y, en general, frente al cumplimiento de mis obligaciones. De acuerdo con la ley 2300 de 2023, de igual manera autorizo expresamente a AFIANZAFONDOS S.A.S. para que me contacte y realice gestiones de cobranza y el envío de mensajes publicitarios a través de los diferentes canales de comunicación que he registrado: correo electrónico, teléfono fijo, teléfono celular (llamada, SMS, WhatsApp, etc.), presencial cuando no tenga información actualizada o exista imposibilidad en el contacto y algún otro que en adelante pueda surgir, con la posibilidad de que en cualquier momento puedo elegir, actualizar o modificar los canales antes mencionados.
- En mi calidad de titular de la información, autorizo permanentemente a AFIANZAFONDOS S.A.S. a que mis datos personales suministrados sean almacenados, recolectados, actualizados e incorporados en sus archivos o bases de datos, transferirlos, usarlos y en general tratarlos en cualquier forma autorizada por la ley y para el desarrollo de su objeto social y de la relación contractual que nos vincula. Igualmente autorizo expresa e irrevocablemente a AFIANZAFONDOS S.A.S. o a quien represente sus derechos, de forma libre y voluntaria, para consultar mis datos personales en las bases de datos autorizadas legalmente, con el fin de obtener mi ubicación en los casos en que presente obligaciones en mora y se requiera hacer la gestión de cobro judicial o extrajudicial.
- Acepto que no habrá devolución alguna de Comisión por el prepago de la obligación de crédito afianzada, teniendo en cuenta que el afianzamiento esta dado por el monto del crédito y no el plazo

En señal de aceptación del presente documento se suscribe en la fecha Día\_\_\_\_/ Mes \_\_\_\_/ Año\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

BARRIO: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_

TELÉFONO FIJO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

Vida Grupo

Grupo Aportes

☐

☐

Grupo Deudores

Grupo Directivos

☐

☐

Protección Familiar

Plan

☐

A

B

C

| DATOS TOMADOR       |                            |                             |                       |                     |  |
|---------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------|---------------------|--|
| TOMADOR             |                            |                             |                       | C.C./NIT            |  |
| DIRECCIÓN           |                            | CIUDAD                      |                       | TELÉFONO            |  |
| DATOS ASEGURADO     |                            |                             |                       |                     |  |
| ASEGURADO PRINCIPAL |                            |                             |                       | C.C.                |  |
| CORREO ELECTRÓNICO  |                            | ¿TRABAJA USTED ACTUALMENTE? |                       |                     |  |
| OCUPACION           |                            | CARGO                       |                       | FECHA DE NACIMIENTO |  |
| ESTADO CIVIL        | VALOR ASEGURADO SOLICITADO |                             | TOTAL VALOR ASEGURADO |                     |  |

El campo "TOTAL VALOR ASEGURADO" aplica únicamente para Vida Grupo Deudores

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DATOS SENSIBLES:

son facultativas las respuestas a las preguntas que se le realice sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente, en consecuencia, no será obligado a responderlas. Con el diligenciamiento y firma de la declaración de asegurabilidad está autorizando expresamente a LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO y a LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA

ORGANISMO COOPERATIVO

identificadas con Nit. 860.028.415-5 y 830.008.686-1 respectivamente a realizar el tratamiento de sus datos sensibles, en especial los contenidos en la definición de la normatividad aplicable sobre la materia particularmente, los relativos a la salud. Asimismo, son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niños, niñas y adolescentes y en consencuencia no ha sido obligado a responderlas.

| ESCRIBA EL NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS DE ESTE SEGURO Y SU RESPECTIVO PORCENTAJE |                                        |                 |            |      |   |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------|------------|------|---|
| NOMBRE Y APELLIDO                                                                | Documento<br>(C.C -C.E.-T.I.<br>- R.C) | N° DE DOCUMENTO | PARENTESCO | EDAD | % |
|                                                                                  |                                        |                 |            |      |   |
|                                                                                  |                                        |                 |            |      |   |
|                                                                                  |                                        |                 |            |      |   |
|                                                                                  |                                        |                 |            |      |   |

\* Si es póliza de Vida Deudores el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda.

DATOS RELATIVOS A LA SALUD

Con plena conciencia que la reticencia o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como que éste se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal doy respuesta de buena fe a los siguiente interrogantes:

Favor marque con una X si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguiente condiciones:

|                                                                             |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| PESO _____                                                                  | ESTATURA _____           |
| 1. AFECCIONES CARDIOVASCULARES                                              | <input type="checkbox"/> |
| 2. AFECCIONES CEREBROVASCULARES                                             | <input type="checkbox"/> |
| 3. CÁNCER                                                                   | <input type="checkbox"/> |
| 4. DIABETES                                                                 | <input type="checkbox"/> |
| 5. VIH POSITIVO / SIDA                                                      | <input type="checkbox"/> |
| 6. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA                                              | <input type="checkbox"/> |
| 7. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR                                               | <input type="checkbox"/> |
| OBSTRUCTIVA CRONICA                                                         |                          |
| 8. CIRUGÍA                                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 9. ALCOHOLISMO                                                              | <input type="checkbox"/> |
| 10. TABAQUISMO / DROGADICCIÓN                                               | <input type="checkbox"/> |
| 11. HIPERTENSIÓN ARTERIAL                                                   | <input type="checkbox"/> |
| 12. ENFERMEDADES CONGÉNITAS                                                 | <input type="checkbox"/> |
| 13. ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS                                              | <input type="checkbox"/> |
| 14. ENFERMEDADES DEL COLÁGENO (ENFERMEDAD QUE AFECTA EL SISTEMA AUTOINMUNE) | <input type="checkbox"/> |

EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS CONDICIONES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD MENTAL, ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE:

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

Autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de hospital o persona que me haya atendido a suministrar a La Equidad Seguros de Vida copia de la historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.

En caso del seguro de Protección Familiar esta declaración se extiende al grupo familiar relacionado en la solicitud (cónyuge e hijos). Los padres deben diligenciar cada uno por separado esta declaración.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y sus normas reglamentarias, para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y/o La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo (en adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamientos descritos en la presente autorización. Así mismo autorizo y declaro que he sido informado que durante la etapa precontractual y contractual La Equidad puede acceder a otras bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento para los fines y tratamientos descritos a continuación: 1. Que mis datos personales serán tratados por La Equidad, para las siguientes finalidades: a) El trámite de vinculación como consumidor financiero; b) Todas las actividades referentes al proceso de negociación contractual su ejecución, cumplimiento y en general, la gestión integral del seguro contratado; c) Verificación del estado del riesgo en cualquier tiempo; d) El control y la prevención del fraude; e) La liquidación y pago de siniestros; f) La elaboración de estudios técnico-actuariales estadísticas, encuestas, verificación, actualización de datos y análisis de tendencias del mercado; g) Envío de información de actualización en las políticas de tratamiento de datos y ofertas comerciales de seguros de La Equidad; h) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las Centrales de Información bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial; i) Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral. 2. Que, para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegare a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ésta ya hubiere terminado y conforme al término de vigencia del tratamiento. 3. Además que los datos podrán ser transferidos o transmitidos, para las finalidades mencionadas, a continuación: a) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos de seguro celebrados con La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, gestores de cartera, entre otros; b) Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro; c) Las entidades jurídicas con las cuales La Equidad adelantegestiones para efectos de Coaseguro o Reaseguro; d) A las 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 y la selección de riesgos, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales. 4. Que, para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad podrá consultar las bases de datos a que hace referencia el literal d) del numeral 3 de este documento. 5. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia no he sido obligado a responderlas. 6. Que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, si la información suministrada es relativa a la salud y a los datos biométricos. 7. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia no he sido obligado a responderlas. 8. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la normatividad vigente sobre datos personales. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que han sido objeto de tratamiento. 9. Que el responsable del tratamiento de la información es La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y/o La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo, cuyos datos de contacto se encuentran publicados en la página web [www.laequidadseguros.coop](http://www.laequidadseguros.coop). 10. Que con la suscripción del presente documento autorizo el tratamiento de los datos personales, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en esta autorización.

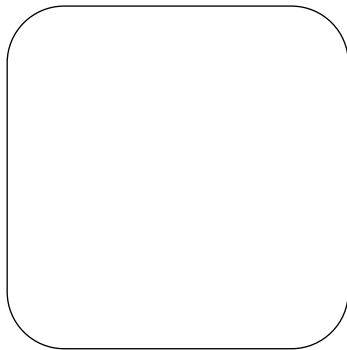
Así mismo, manifiesto expresamente que durante el proceso de negociación me han sido informadas de manera anticipada las condiciones del contrato de seguro y que en virtud de tal entendimiento, acepto y decido tomar la póliza.

En constancia se firma en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

FIRMA ASEGURADO \_\_\_\_\_

Autoriza Ingreso: Si ☐ No ☐

Nombre y firma de quien autoriza \_\_\_\_\_



Huella del índice derecho del asegurado



Usted debe llenar los siguientes puntos EN EL FORMATO DE **EQUIDAD SEGUROS:**

Desde:

ASEGURADO PRINCIPAL: Nombres y Apellidos

CEDULA DE CIUDADANÍA

PESO, ESTATURA, TRABAJA ACTUALMENTE marque SI o NO

OCUPACIÓN, CARGO

FECHA DE NACIMIENTO (día/mes/año)

CORREO ELECTRONICO

**NO SE LLENA EN LA PARTE DE LOS BENEFICIARIOS**

**LUEGO SE LLENA DESDE “DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD”**

Leer cuidadosamente los puntos y marcar con una (X) si ha presentado alguna de las condiciones descritas (SI o NO)

En caso de haber marcado alguna de las condiciones o si padece alguna enfermedad aguda o crónica, afección o adicción, favor explique.

Que medicamento está consumiendo, nombre, miligramos, cantidades en el día.

**ejemplo:** LOSARTAN 5ml, (una al día)

Cada cuanto asiste al médico para el control (chequeo).

**FIRMAR Y COLOCAR SU HUELLA**

**ANEXAR FOTOCOPIA CÉDULA DE CIUDADANÍA AL 150%**