



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
HIPOTECA
PIGNORACION VEHICULO

☐
☐

OTROS

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: _____

Profesión: _____ Empresa: _____

Cargo: _____

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		EGRESOS MENSUALES	
Sueldo	\$ _____	Arriendo o cuota de vivienda	\$ _____
Otros ingresos	\$ _____	Gastos personales/familiares	\$ _____
Sub total	\$ _____	Deudas financieras cuota mensual	\$ _____
		Sub total	\$ _____
TOTAL INGRESOS	\$ _____		
Descripcion otros ingresos:		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: _____

Vehículo 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 (11 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.

	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE FIANZA PERSONA NATURAL	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 Deudores☐

Protección Familiar☐

Grupo Aportes☐

Grupo Directivos☐

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 Y DE MENORES DE EDAD: a continuación solicitaremos información necesaria para gestionar adecuadamente su solicitud de seguro, cumplir con normas legales y procesos internos, por ello solicitaremos datos de su estado de salud y de sus beneficiarios que eventualmente podrían ser menores de edad, por ello confirmamos que usted puede decidir si los suministra, al hacerlo y firmar este documento está autorizando 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 aquellos para todo lo relacionado con la gestión de la póliza.

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 consecuencia no ha sido obligado a responderlas.

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

*Si es póliza de Vida Deudores, el tomador será el beneficiario hasta cubrir la deuda vigente a la fecha de la reclamación ante la aseguradora. Aun así, se solicita información de otros beneficiarios por si aplica otra cobertura o queda un saldo adicional. * 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

DATOS RELATIVOS A LA SALUD

Aunque no está obligado a compartir información sobre su salud, estos datos son necesarios para contratar el seguro, que se otorga a personas que gozan de buena salud, si omite información relevante (reticencia), incorrecta, incompleta o engañosa (falsedad) sobre su estado de salud es posible que el seguro pierda validez. Por eso, le pedimos que responda con sinceridad a los siguientes interrogantes:

PESO _____

ESTATURA _____

1. AFECCIONES CARDIOVASCULARES

2. AFECCIONES CEREBROVASCULARES

3. ¿DURANTE LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS HA SIDO DIAGNOSTICADO O TRATADO POR ALGUNA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA? No será necesario declarar antecedentes de cáncer respecto de los cuales haya operado el derecho al olvido oncológico conforme a la normativa vigente.

4. DIABETES

5. VIH POSITIVO / SIDA

6. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

7. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

8. CIRUGÍA

9. ALCOHOLISMO

10. TABAQUISMO / DROGADICCIÓN

11. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

12. ENFERMEDADES CONGÉNITAS

13. ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS

14. ENFERMEDADES DEL COLÁGENO (ENFERMEDAD QUE AFECTA EL SISTEMA AUTOINMUNE)

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

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 seprado esta declaración.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES
En cumplimiento de 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 tratamiento descritos en la presente autorización. Asimismo, 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 tratamiento descritos a continuación: 1. Finalidades del tratamiento de datos personales: Mis datos personales serán tratados por La Equidad para: 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 eventual 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 o 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. Tratamiento sin relación contractual: Para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegue a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ésta ya hubiere terminado, conforme al término de vigencia del tratamiento. 3. Transferencia de datos personales: Los datos podrán ser transferidos o transmitidos para las finalidades mencionadas a: 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 adelante gestiones para efectos de coaseguro o reaseguro. d) 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, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales. 4. Consulta de bases de datos externas: Para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad podrá consultar las bases de datos mencionadas en el literal d) del numeral 3. 5. Datos personales sensibles: 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. Autorización para tratar datos sensibles: 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. Datos de menores de edad: Son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas. 8. Derechos del titular de la información: Como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la normatividad vigente sobre datos personales. En especial, tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hayan sido objeto de tratamiento. 9. Responsable del tratamiento: 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 10. Aceptación del tratamiento: 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.

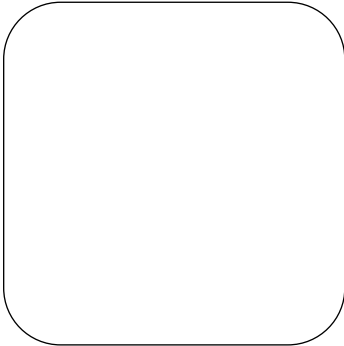
Con mi firma y huella en el presente documento, declaro que 1. Acepto el tratamiento de los datos personales previamente relacionado 2. Acepto expresamente que durante el proceso de negociación me han sido informadas de manera anticipada las condiciones del contrato de seguro y que en virtud de tal entendimiento, acepto y decido tomar la póliza En constancia se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____

Importante: la falta de veracidad y exactitud de la información suministrada y consignada en este documento en todas sus partes será causal de nulidad del contrato de seguro; esta situación da derecho a la compañía de seguros a objetar cualquier posterior reclamación por omisión de información existente con anterioridad a la fecha de contratación del seguro (**código de comercio, artículo 1058**).

FIRMA DEL ASEGURADO: _____

Autoriza Ingreso: Si ☐ No ☐

Nombre y firma de quien autoriza _____



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%