

6. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectúare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a FONDEICA o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con FONDEICA, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. 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 comportamiento de mis obligaciones. 3) Debitar de mi(s) cuenta(s) abiertas en esta, todos los valores originados en las operaciones y servicios que FONDEICA me suministre. Autorizo a descontar de mi *nomina tanto mis obligaciones estatutaria, como crediticas, en cualquiera de las empresas que este laborando.*

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por FONDEICA. 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a FONDEICA no utilizar o revocar mi información personal. 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) FONDEICA me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente. 6) Declaro que lo expuesto en el punto de operaciones en moneda extranjera es veraz.

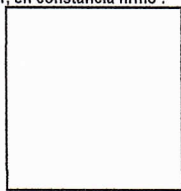
7. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

DOCUMENTO	Empleados y Pensionados	Familiar	Contratista ICA o AGROSAVIA	Independiente con empresa	PEPS
Formato de Vinculación o Actualización Asociado debidamente diligenciado y firmado	X	X	X	X	X
Fotocopia de la cédula de ciudadanía para colombianos y extranjeros nacionalizados de 18 años) (mayores	X	X	X	X	X
Fotocopia desprendible de pago del mes anterior a la Asociación o Actualización	X	X		X	X
Fotocopia contrato de servicios vigente			X		X
Constancia de ingresos (honorarios, laborales, certificación de ingresos y retenciones)				X	
Declaración de Renta año anterior para asociados con salarios iguales a superiores 4 salarios mínimos mensuales	X	X	X	X	X
Fotocopia Tarjeta de Identidad (cuando aplique)					
Fotocopia Registro civil de nacimiento (cuando aplique)					
Fotocopia de la cédula de extranjería para extranjeros no nacionalizados - si la tiene					X

8. FIRMA Y HUELLA

Certifico que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo:

Firma Solicitante


Huella Índice Derecho

9. RESULTADOS DE LA ENTREVISTA O VISITA AL ASOCIADO

Lugar	Fecha				Hora	
	aa	mm	dd	NO	am	pm
Resultado	Aceptado		SI	NO		
Como se entero de FONDEICA?						
Que le motivo ser asociado de FONDEICA ?						
Que servicios espera utilizar con mayor frecuencia en FONDEICA?						
Que servicios desea encontrar en FONDEICA ?						
Observaciones						
Nombre asesor oficina	Firma asesor oficina					

10. CONFIRMACIÓN DATOS DEL ASOCIADO

Fecha aa <input type="text"/> mm <input type="text"/> dd <input type="text"/>	Hora a.m. <input type="text"/> p.m. <input type="text"/>	Teléfono/Celular
Nombre de la persona que atendió		Parentesco
Confirmación de la dirección		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Aceptado <input type="checkbox"/>	Rechazado <input type="checkbox"/>	Observaciones
Nombre y firma asesor oficina que verifica		
ACTA DE JUNTA DIRECTIVA DE ACEPTACION DE ASOCIACION		FECHA

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%

SOLICITUD DE SEGURO - DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Vida Grupo Grupo Deudores Protección Familiar
 Grupo Aportes Grupo Directivos Plan
 Plan A B C



DATOS DEL ASEGURADO

Tomador: FONDEICA
 Dirección de Domicilio: CARRERA 33 No. 25 - 49
 Ciudad: PALMIRA
 Teléfono: 2855883
 Tipo de documento: C.C. N.I.
 Número de Identificación: 8 9 0 3 2 9 6 8 7 2
 Asegurado Principal: _____
 Número de Identificación: C.C. _____ ESTADO CIVIL: _____
 ¿Trabaja Actualmente? SI NO
 Ocupación: _____ Cargo: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Correo Electrónico: _____ Valor Asegurado: _____

Para Protección Familiar hacer diligencia al respaldo la declaración asegurabilidad por el padre y la madre

ESCRIBA EL NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS DE ESTE SEGURO Y SU RESPECTIVO PORCENTAJE

NOMBRE Y APELLIDO	Documento (C.C.-C.E.-T.I.-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.

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

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 siguientes interrogantes:

Favor marque **con una X si** presenta o ha presentado alguna vez ?

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Enfermedad de corazón, vascular opresión alta?	<input type="checkbox"/>	Cuál? _____ Medicamento /Dosis _____
Enfermedad cerebral, mental, vascular cerebral?	<input type="checkbox"/>	Cuál? _____
Cáncer o tumor maligno?	<input type="checkbox"/>	
Diabetes o azúcar en la sangre?	<input type="checkbox"/>	Clase de Diabetes _____
Prueba de VIH o sida positiva?	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad renal o insuficiencia o falla renal?	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad pulmonar?	<input type="checkbox"/>	Cuál? _____
Lo han operado alguna vez?	<input type="checkbox"/>	Motivo _____
Usted actualmente fuma, toma licor o tiene algún vicio?	<input type="checkbox"/>	Cantidad _____ Frecuencia _____
Enfermedades congénitas?	<input type="checkbox"/>	
Enfermedades de la piel?, artritis reumatoidea?	<input type="checkbox"/>	Cuál? _____
Enfermedades hematológicas? (de la sangre anemia, aplasia, leucemia, etc)	<input type="checkbox"/>	Cuál? _____

EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS CONDICIONES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA 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 a 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 O.C. y/o La Equidad Seguros De Vida O.C., (En Adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamiento descritos en la presente autorización. Así mismo, autorizo y declaro 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 descrito 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 bases de datos 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. 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 ella ya hubiere terminado y conforme al término de vigencia del tratamiento. 3. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: a) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivadas 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) 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 ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hayan sido objeto de tratamiento. 9. Que el responsable del tratamiento de la información es La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros de Vida O.C., cuya dirección es carrera 9 A No. 99-07 Pisu 12 el teléfono es 5922929 y su página web es 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