



**FONDO DE EMPLEADOS Y TRABAJADORES DEL SISTEMA NACIONAL  
DE BIENESTAR FAMILIAR**

FORMATO DE:

VINCULACIÓN \_\_\_\_\_

ACTUALIZACIÓN \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN BÁSICA			
Ciudad y Fecha:			
Nombres y Apellidos:			Género: F:    M:
Tipo de Documento: C.C _____ C.E _____ No. _____		Fecha de Expedición _____	
Lugar de expedición:	Fecha de Nacimiento: Día	Mes	Año
Lugar de Nacimiento: Municipio		Departamento:	
Dirección Residencia: _____		Barrio: _____	Estrato: _____
Ciudad:		Departamento:	
Teléfono fijo:	No. celular:	Correo electrónico:	
Nivel Educativo: Primaria:	Secundaria:	Técnica o tecnológica:	Universitaria:    Posgrado:    Ninguno:
Estado Civil: Casado _____		Soltero _____	Unión Libre _____
Posee Vehículo: Si _____ No _____		Tipo: _____	Tipo de Vivienda: Propia _____ Familiar _____ Alquilada _____
ACTIVIDAD ECONOMICA			
Ocupación (puede seleccionar varias opciones según su caso):			
Empleado:	Pensionado:	Hogar:	Rentista de capital:    Independiente:    Desempleado:
Empresa donde labora:		Dirección:	
Ciudad:		Departamento:	Teléfono:
Cargo: _____		Salario: * \$ _____	Fecha de ingreso a la empresa: _____
Tipo de vinculación: Indefinido: _____		Fijo: _____	Prestación de Servicios: _____    Provisional: _____
*No incluir en el salario el subsidio de transporte, pero sí el recargo nocturno, la prima de antigüedad y otros ingresos laborales que sean permanentes.			
Es usted una Persona Públicamente Expuesta: Si: _____ No: _____ (Se entiende por PPE quienes desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas, que manejen recursos públicos y/o tengan contactos con personas reconocidas públicamente. Decreto 1674 de 2016)			
Existe algún vínculo entre usted y alguna persona considerada una Persona Públicamente expuesta: Si*:    No:			
*Tipo de vínculo: Familiar: _____    Laboral: _____			
INFORMACIÓN FINANCIERA			
INGRESOS MENSUALES			
Salario: \$ _____		Otros Ingresos*: \$ _____	*Especifique de qué actividad: _____
Egresos Mensuales: \$ _____		Total Activos: \$ _____	Total Pasivos: \$ _____
Realiza operaciones en moneda extranjera: Si*: _____ No: _____ *Cuales: _____			
Posee cuentas en moneda extranjera: Si*: _____ No: _____ *País: _____			

COMPOSICIÓN FAMILIAR BASICA: (Padres, cónyuge, hijos)			
NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO DÍA - MES - AÑO	PARENTESCO	OCUPACIÓN

BENEFICIARIOS			
En caso de fallecimiento autorizo a FEBIFAM para entregar el Auxilio Por Muerte y Auxilio de Aportes y Ahorros Por muerte a los siguientes beneficiarios, de acuerdo con los porcentajes asignados: (Si incluye menores de edad, recuerde que quien recibe los auxilios será el tutor legal de los mismos).			
NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD No.	PARENTESCO	%

### **DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS**

Declaro expresamente que: 1) mi actividad, profesión u oficio, es lícita y se ejerce dentro del marco legal y los recursos de la misma no provienen de actividades ilícitas contempladas en el código penal colombiano. 2) la información suministrada en este formulario es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente. 3) Los recursos que se deriven de mi actividad no se destinaran a la financiación del terrorismo grupos o actividades terroristas.

### **AUTORIZACIÓN DE LIBRANZA**

Declaro que, de manera libre, gratuita y voluntaria, me he asociado al FONDO DE EMPLEADOS FEBIFAM, y que por lo tanto he decidido realizar con el FONDO las operaciones de libranza objeto de la presente autorización.

Actuando en mi calidad de asociado(a) al FONDO DE EMPLEADOS FEBIFAM y de deudor o deudor solidario del mismo, y conforme con la Ley 1527 de 2012, el decreto 1481 de 1989, y demás normas concordantes, me permito informar que por medio del presente escrito AUTORIZO DE MANERA LIBRE, EXPRESA E IRREVOCABLE a mi entidad pagadora, para que realice descuentos de mi salario, pagos u honorarios, bonificaciones, prestaciones sociales, o de cualquier otro pago que se me deba hacer como empleado(a), de las sumas indicadas por FEBIFAM para atender el pago de aportes, productos, bienes y servicios, cuotas extraordinarias, multas por sanciones y demás contribuciones adicionales que ordene la Asamblea General o la Junta Directiva, de acuerdo con lo establecido en el Estatuto y Reglamentos vigentes, con el objeto de que sean girados a favor del FONDO DE EMPLEADOS FEBIFAM, a partir de la fecha de suscripción de esta autorización.

### **AUTORIZACIÓN CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO Y REPORTES DE INFORMACIÓN**

Declaro que la información que he suministrado es verídica y doy mi consentimiento expreso e irrevocable a FEBIFAM, o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito solicitado, para: a) Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. b) reportar a las centrales de información de riesgo, datos tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimiento oportuno como sobre el incumplimiento, si lo hubiere, de mis obligaciones crediticias o de mis deberes legales de contenido patrimonial, de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa, actualizada y exacta de mi desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información significativa. c) Efectuar el reporte negativo de mi información sobre el comportamiento de pago de mis obligaciones, transcurridos veinte (20) días calendario siguientes a la fecha de enviada a mí, la comunicación de situación de morosidad a la última dirección de mi domicilio que se encuentre registrada en los archivos de FEBIFAM. d) Reportar a las autoridades tributarias, aduaneras, judiciales y demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control la información que requieran para cumplir sus funciones de controlar y velar el acatamiento de mis deberes constitucionales y legales. e) Conservar, tanto en FEBIFAM como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el período necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales b), c) y d) de esta cláusula.

### **AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS**

De acuerdo con la Ley 1581 de 2012 de Protección de Datos y con el Decreto 1377 de 2013, autorizo, como Titular de los datos, que éstos sean incorporados en una base de datos responsabilidad de FEBIFAM, siendo tratados con la finalidad de mantener, desarrollar y controlar la presente relación contractual.

Declaro haber sido informado de que puedo ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante escrito dirigido a FEBIFAM a la dirección de correo electrónico febifam@hotmail.com, indicando en el asunto el derecho que deseo ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a la Avenida 2E Norte 24N – 106 en Cali.

Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de este formulario y haberlo comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones.



\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL SOLICITANTE**  
**C.C No**

**Huella índice derecho**



<b>TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO</b>	<b>Código:</b>	<b>FO-GC-01</b>
<b>VINCULACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DATOS GRUPO FAMILIAR</b>	<b>Versión:</b>	<b>02</b>

DILIGENCIAR CON LETRA LEGIBLE

Fecha    Entidad Asociada a SERVIVIR  Plan

BENEFICIARIO PRINCIPAL

<b>USUARIO ESPECIAL</b>	Vinculado a través del Asociado	
(Persona menor de 65 años de edad)	C.C. del Asociado	
	Vinculo con el Asociado	

**BENEFICIARIO PRINCIPAL / USUARIO ESPECIAL**

Nombres  Apellidos

Nacido DD  MM  AAAA  C.C.  Tel. Fijo

Dirección  Ciudad  Celular

Email  Traslado de:

PADRES / PADRASTROS / SUEGROS (los Usuarios Especiales **NO** vinculan padres, padrastros o suegros)

NOMBRES	APELLIDOS	NACIDO			IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
		DD	MM	AAAA		

CONYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE

NOMBRES	APELLIDOS	NACIDO			IDENTIFICACIÓN
		DD	MM	AAAA	

HIJOS E HIJASTROS para asociados casados  
HERMANOS para asociados solteros **SIN** Compañero(a), **SIN** Hijos

NOMBRES	APELLIDOS	NACIDO			IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
		DD	MM	AAAA		

BENEFICIARIO DEL AUXILIO SOLIDARIO	NOMBRES	APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO

**Firma Asociado**

**Algunas Restricciones:**

\* Se otorgarán beneficios del Plan Básico a partir del día 01 del segundo mes posterior a la fecha inicial de vinculación. Los beneficios de los Planes Super y Preferencial se otorgarán una vez hayan transcurrido tres (3) meses posteriores a la fecha de vinculación.

\* Si fallece una persona que hubiere sido reportada por más de una entidad asociada, SERVIVIR estará obligada a prestar los servicios y beneficios por una sola vez.

\* Cualquier modificación al reporte inicial de Beneficiarios, deberá constar por escrito en la Base de Datos de SERVIVIR, por lo menos con tres (3) meses previos a la ocurrencia del siniestro.

C.C. \_\_\_\_\_

**Política de Protección de Datos:**

Autorizo a Servivir con los términos del artículo 3, numeral 1 de la Ley 1581 de 2012, o en la que sustituya, para efectuar el tratamiento de mis datos personales, para lo cual también acepto que, en cualquier momento, se me informe de los aspectos que se señala en los literales a, b, c y d del artículo 12 de la precitada Ley, como también la divulgación por cualquier medio electrónico (imágenes, videos, redes sociales).

También autorizo a Servivir, para que me envíe por conducto de mi correo electrónico, mensajes de texto, o cualquier otro medio tecnológico, información sobre requerimientos de pago, campañas publicitarias y para que la información que se me remita, se haga directamente o por medio de empresas que presten este servicio, como callcenter, empresas de mensajería, entre otras.

**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   
 Dirección de Domicilio   
 Asegurado Principal   
 Peso (Kg)  Estatura (Mts)  ¿Trabaja Actualmente?  SI  NO  
 Ocupación  Cargo   
 Fecha de Nacimiento DD  MM  AAAA  Correo Electrónico  Valor Asegurado

Tipo de documento  C.C.  NT  Numero de Identificación   
 Ciudad  Teléfono   
 Numero de Identificación  ESTADO CIVIL

**Para Protección Familiar hacer diligenciar 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 siguiente interrogantes:

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

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

Ciudad y fecha \_\_\_\_\_

Señores

**LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.**

Departamento de Seguro Grupo Vida

**Cali**

POLIZA DE VIDA GRUPO FLOTANTE DEL FONDO DE EMPLEADOS Y TRABAJADORES DEL SISTEMA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR "FEBIFAM" ADJUNTO SOLICITUD DE INGRESO A LA POLIZA.

Envío solicitud para inclusión como asegurado (a) de la póliza en referencia y deseo aclarar que estoy enterado (a) de las condiciones generales de la póliza y en especial las aclaraciones siguientes:

- 1- Edad de ingreso a la póliza inferior a sesenta (60) años para obtener los anexos de la póliza adicionales al seguro de vida (anexo por anticipo por enfermedades graves y anexo por invalidez).
- 2- Terminación únicamente de la vigencia del anexo de invalidez a los sesenta (60) años.
- 3- Terminación únicamente del anticipo por enfermedades graves a los sesenta y cinco (65) años.
- 4- Terminación de la vigencia de la póliza y el seguro de vida al cumplir ochenta (80) años.
- 5- Adquiero el compromiso de anotar en el anexo de solicitud de seguro adjunto, las enfermedades y las fechas (años) de las anotadas en el formulario u otras enfermedades de las que tenga conocimiento.

La Equidad Seguros de Vida O.C, se exime de cualquier responsabilidad por el no pago de la indemnización cuando no se detallan las enfermedades sufridas aún sin el requerimiento de exámenes para el ingreso a la póliza.

Cordialmente,

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado  
Cedula

\_\_\_\_\_  
Nombre del Asegurado