



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

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 ECONÓMICA			
Ocupación (puede seleccionar varias opciones según su caso):			
Empleado: _____	Pensionado: _____	Hogar: _____	Rentista de capital: _____
Independiente: _____		Desempleado: _____	
Empresa donde labora: _____		Sitio de trabajo: _____	
Dependencia: _____		Dirección: _____	Ciudad: _____
Departamento: _____		Teléfono: _____	Cargo: _____
Salario: * \$ _____		Fecha de ingreso a la empresa: _____	
*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.			
Tipo de contrato: Indefinido _____		Fijo _____	Prestación de Servicios _____
Provisional _____		CIU: _____	
Descripción actividad económica : _____			
Es usted una Persona Públicamente Expuesta: Si: _____ No: _____ (Persona que desempeña o ha 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: \$ _____	Pensión: \$ _____	Otros Ingresos*: \$ _____	*Especifique de qué actividad: _____
Egresos Mensuales \$ _____		Total Activos (bienes que posee): \$ _____	
Total Pasivos (deudas): \$ _____		Realiza operaciones en moneda extranjera: Si: _____ No: _____ Cuales: _____	
Posee cuentas en moneda extranjera: Si: _____ No: _____ País: _____			

COMPOSICIÓN FAMILIAR BÁSICA: (Personas con quien convive)			
NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO DIA - MES - AÑO	PARENTESCO	OCUPACION

BENEFICIARIOS			
En caso de fallecimiento autorizo hacer entrega de los beneficios del Servicio de Solidaridad, según el reglamento de dicho servicio y/o los formatos diligenciados para los mismos. En el caso del Auxilio por muerte y el Seguro de Aportes y Ahorros, de no utilizarse para pagos pendientes con FEBIFAM, entregarlo así: (Si incluye menores de edad, recuerde que quien recibe será el representante 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

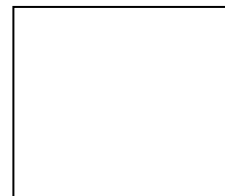
Declaro que la información que he suministrado es verídica y doy mi consentimiento expreso e irrevocable a FEBIFAM, o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito solicitado, para: a) Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño 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

Espacio para uso exclusivo de FEBIFAM

ENTREVISTADO POR

Fecha: _____



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

DILIGENCIAR CON LETRA LEGIBLE

Fecha Entidad Asociada a SERVIVIR Plan

BENEFICIARIO PRINCIPAL

USUARIO ESPECIAL	Vinculado a través del Asociado	
	C.C. del Asociado	
(Persona menor de 65 años de edad)	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 INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO


 ASEGURADO PRINCIPAL

 ASEGURADO EXTENSIVO

NIT. 860.524.654-6

DATOS DEL TOMADOR

TIPO DE DOCUMENTO: NIT No. _____		RAZÓN SOCIAL:	
DIRECCIÓN:	TELÉFONO:	CIUDAD / MUNICIPIO:	DEPARTAMENTO:

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

TIPO DE DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI No. _____		LUGAR DE EXPEDICIÓN:		FECHA DE EXPEDICIÓN: DÍA MES AÑO	
PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE:	
DIRECCIÓN DOMICILIO:		TELÉFONO/FAX:		DEPARTAMENTO:	
CORREO ELECTRÓNICO:		TELÉFONO CELULAR:		OTRO TELÉFONO / FAX:	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: DÍA MES AÑO		SEXO M F		ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE	
PESO KG	ESTATURA MTS	DIESTRO <input type="checkbox"/>	ZURDO <input type="checkbox"/>	AMBIDIESTRO <input type="checkbox"/>	DEPORTES QUE PRACTICA:
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	SI	NO		
Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arritmas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aneurismas Cerebrales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trauma Medular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desprendimiento de Retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esclerosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S. de Sjogren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Guillen Barre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipoacusia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esclerosis Multiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disfonía Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis Rematoidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibrosis Pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B,C o Delta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oxigenodependencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia Cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno Bipolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síndrome Mental Organico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloqueos Cardiacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ACV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de Discos Vertebrales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Enfermedades valvulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Aterosclerotica del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior? SI NO

¿Cuál? _____

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, dar detalles: _____

5. ¿Tiene pérdida de capacidad laboral permanente? SI NO

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

Cláusula de Tratamiento de Datos Personales: Declaro que **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** me ha informado: 1) Que el Aviso de Privacidad y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: 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.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente 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, entendiéndose como LA ASEGURADORA.

a) 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 LA ASEGURADORA, ser llamado para la realización de encuestas de satisfacción, confirmar la participación a eventos, y la realización de campañas promocionales de la **ASEGURADORA**. SI NO

b) 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 el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013. SI NO

c) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales sensibles incluyendo la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aún 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.

d) 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. SI NO

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."

FIRMA Y HUELLA

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

- 1. Poseo pólizas de seguro vigentes con extraprimas. SI NO
- 2. He sido rechazado por alguna Compañía Aseguradora en el momento de presentar una solicitud de seguro. SI NO
- 3. 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.
- 4. Los dineros utilizados para pagar la prima de seguros no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- 5. 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.

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 _____.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SOLICITANTE

**FIRMA SOLICITANTE
C.C.**

**HUELLA INDICE
DERECHO**