



FORMULARIO DE VINCULACIÓN DEL ASOCIADO (CLIENTE) ANEXO No. 5

FONDO DE EMPLEADOS Y TRABAJADORES DEL SISTEMA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR

A. PERSONAS NATURALES

Nombres y apellidos:		Número de identificación:	
Tipo de identificación: CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/>		Nacionalidad (Para CE o PAS)	
Fecha de expedición: dd mm año	Ciudad de nacimiento:	Fecha de nacimiento: dd mm año	
Pertenece a algún grupo de protección especial constitucional: Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Niños, niñas y adolescentes <input type="checkbox"/> Mayores de 60 años <input type="checkbox"/>	Persona con discapacidad física, mental o sensorial <input type="checkbox"/>	
	Mujer cabeza de familia <input type="checkbox"/> Víctima del conflicto armado <input type="checkbox"/>	Persona en condición de pobreza extrema <input type="checkbox"/>	
	Pueblos indígenas <input type="checkbox"/> Población diversa / LGBTIQ <input type="checkbox"/>	Población Afrocolombiana <input type="checkbox"/> Otro Cúal? _____	
Dirección domicilio:		Departamento:	
Municipio:	Pais de residencia:	Zona Rural <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/>	
Celular:	Fijo:	correo electrónico:	
Ocupación: Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cúal? _____			
Si es empleado, nombre de la empresa donde labora:		Fecha de ingreso a la empresa: dd mm año	
Dependencia o sitio de trabajo:		Cargo:	
Tipo de contrato: Carrera administrativa <input type="checkbox"/> Provisional <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Prestación de servicios <input type="checkbox"/>			
Nivel educativo: Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Pregrado <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/>			Profesión:
Si es independiente: Describir actividad económica		CIU:	
¿Administra recursos públicos?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
¿Es una persona políticamente expuesta - PEP?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

DECLARACIÓN DE INGRESOS

Ingresos mensuales:	\$	
Ingresos adicionales:	\$	Describa la actividad:

* Los datos de activos, pasivos, patrimonio y otros, se deberán diligenciar en el formato dispuesto por FEBIFAM, al momento de solicitar un producto o servicio.

B. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo al fondo de empleados para que la verifique.
- La organización podrá usar los mecanismos electrónicos alternativos que garanticen la verificación y autenticación de la identidad de acuerdo a lo señalado en la Ley 527 de 1999.
- Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad o para la utilización de un producto o servicio.
- Autorizo al fondo de empleados para que consulte y reporte información a las centrales de riesgo y el uso de bases de consulta alternativas.
- Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal. Declaro que el origen de los recursos y demás activos proceden del giro ordinario de actividades lícitas.
- Autorizo las operaciones de libranza objeto de mi vinculación y en calidad de deudor o deudor solidario sobre todos los ingresos que perciba conforme al Decreto 1481 de 1989
- Autorizo el uso de mis datos y los mecanismos de contacto que he reportado para el desarrollo de la relación contractual con FEBIFAM conforme a la Ley 1581 de 2012

FIRMA

HUELLA

C. BENEFICIARIOS AUXILIOS

NOMBRE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	% DE DISTRIBUCION

FECHA DILIGENCIAMIENTO:

dd

mm

año

C. ESPACIO PARA USO DEL FONDO DE EMPLEADOS

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

FECHA VERIFICACION INFORMACION

dd

mm

año

DOCUMENTOS ANEXOS

Fotocopia del documento de identificación



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
(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.

Vida Grupo
 Grupo Aportes

 Grupo Deudores
 Grupo Directivos

 Protección Familiar
 Plan A B C
DATOS TOMADOR

TOMADOR Fondo de empleados y trabajadores del Sistema Nacional de Bienestar Familiar	C.C./NIT 890329483-7
DIRECCIÓN CRA 45 # 3A-96 B/ EL LIDO	CIUDAD CALI TELÉFONO 3104906456

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 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.-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"/>	8. CIRUGÍA <input type="checkbox"/>
		2. AFECCIONES CEREBROVASCULARES <input type="checkbox"/>	9. ALCOHOLISMO <input type="checkbox"/>
		3. CÁNCER <input type="checkbox"/>	10. TABAQUISMO / DROGADICCIÓN <input type="checkbox"/>
		4. DIABETES <input type="checkbox"/>	11. HIPERTENSIÓN ARTERIAL <input type="checkbox"/>
		5. VIH POSITIVO / SIDA <input type="checkbox"/>	12. ENFERMEDADES CONGÉNITAS <input type="checkbox"/>
		6. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA <input type="checkbox"/>	13. ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS <input type="checkbox"/>
		7. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA <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 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 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. 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 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 y 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 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 adelanta 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 niños, niñas 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. 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.

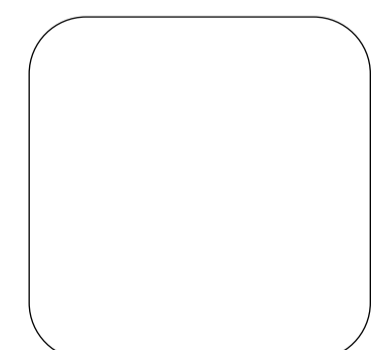
Así mismo, manifiesto expresamente que durante el proceso de negociación me han sido informadas de manera anticipada las condiciones del contrato de seguro y que en virtud de tal entendimiento, acepto y decido tomar la póliza.

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