

	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 ☐ CE ☐ PASAPORTE ☐		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 ☐ no ☐	Niños, niñas y adolescentes ☐ Mayores de 60 años ☐ Persona con discapacidad física, mental o sensorial ☐ Mujer cabeza de familia ☐ Víctima del conflicto armado ☐ Persona en condición de pobreza extrema ☐ Pueblos indígenas ☐ Población diversa / LGBTIQ ☐ Población Afrocolombiana ☐ ¿tro? Cúal? _____	
	Dirección domicilio:		
	Departamento:		
Municipio:	Pais de residencia:	Zona Rural ☐ Urbana ☐	
Celular:	Fijo:	correo electrónico:	
Ocupación: Empleado ☐ Independiente ☐ Pensionado ☐ Hogar ☐ Otro ☐ 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 ☐ Provisional ☐ Indefinido ☐ Fijo ☐ Prestación de servicios ☐			
Nivel educativo: Primaria ☐ Secundaria ☐ Técnico ☐ Tecnólogo ☐ Pregrado ☐ Especialización ☐ Maestría ☐			Profesión:
Si es independiente: Describir actividad económica			CIU:
¿Administra recursos públicos?		SI ☐ NO ☐	
¿Es una persona políticamente expuesta - PEP?		SI ☐ NO ☐	
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			

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 ENFERMADAD 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 _____

SUS-FO-0006 (06-2026)

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA
VIGILADO

	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	FEBIFAM	Plan	Básico	Super	Prefer.
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	DD	MM	AAAA	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO

CONYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE

NOMBRES	APELLIDOS	DD	MM	AAAA	IDENTIFICACIÓN

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

NOMBRES	APELLIDOS	DD	MM	AAAA	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO

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.	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.
C.C.		