



Pereira,

Señores

JUNTA DIRECTIVA FASUT

Ciudad

Yo, _____ con cedula No. _____ me permito solicitar que el ingreso () o reingreso () al Fondo de Empleados para la Asistencia Social de la Universidad Tecnológica de Pereira – FASUT como asociado (a).

Mis beneficiarios son:

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	EDAD	DEPENDENCIA ECONOMICA

Nota: Agregar otra hoja si cuenta más beneficiarios.

Asociado Ahorrador Monto mensual \$ _____

FASUT, como institución que almacena y recolecta datos personales requiere obtener su autorización para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada, permita a la entidad recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar y disponer de los datos que han sido suministrados y que se han incorporado en distintas bases o bancos de datos, o en repositorios electrónicos de todo tipo con que cuenta la entidad. Esta información es, y será utilizada en el desarrollo de las funciones propias de **FASUT**, en los términos dispuestos por el artículo 10 del Decreto 1377 de 2013 queda autorizada de manera expresa e inequívoca para mantener y manejar toda su información conforme a lo previsto en el presente documento, salvo que usted le manifieste lo contrario de manera directa, expresa, inequívoca y por escrito dentro de los treinta (30) días hábiles contados a partir de la recepción del presente documento en la cuenta de correo electrónico dispuesta para tal efecto **fasut@utp.edu.co**

Agradezco su atención,

Atentamente,

Firma

c.c. _____ de _____

Teléfono _____ Celular _____ Correo electrónico _____

Dirección _____ Barrio _____ Ciudad _____

FORMATO DE INSCRIPCIÓN

		No. Acta Junta Directiva*	
		Fecha (DD MM AA)	
Apellidos		Nombre	
Cedula de ciudadanía		Lugar	
Fecha de Nacimiento		Estado Civil	
Profesión		Estudios	
Ingresos Laborales	\$	Otros ingresos	\$
Dirección Residencia		Teléfono Residencia	
Dirección Oficina		Teléfono Oficina	
Fecha de ingreso UTP		Dependencia UTP	
Correo electrónico		Tipo de Contrato	
Referenciado por			

Datos de beneficiarios primarios de aportes sociales y ahorro permanente

Primer Apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	%	Edad	Parentesco con asociado

Documentos Anexos

- Fotocopia cedula legible
- Desprendible de nómina último mes
- Certificado Laboral: tipo de contrato, tiempo en la entidad patronal

SERVICIOS DE SALUD

- Registro civil de matrimonio o declaración extra juicio de convivencia - certificado de ingresos y retención
- Registro civil de los hijos y nietos (menores 28 años)
- Fotocopia de cedula de padres – registro civil del asociado – certificado de ingresos y retención
- Fotos de los beneficiarios para carnet y ___ 2 fotos asociado para carnet e inscripción
- Firma libranza para uso de servicios médicos



LIBRANZA No.

VALOR PRESTAMO _____ CIUDAD _____
FECHA EN QUE SE LIBRA _____ FECHA TERMINA _____
LINEA DE CREDITO _____ CREDITO No. _____

Yo (nosotros) _____ por medio del presente documento autorizo (amos) irrevocablemente a la pagaduría de la **Universidad Tecnológica de Pereira** para la cual laboro (amos), retener y pagar a favor del **Fondo de Empleados para la Asistencia Social de la Universidad Tecnológica de Pereira – FASUT**, en forma mensual de mi salario, la cantidad de _____ () cuotas, cada una por valor de _____ () ml, hasta completar la suma de _____ ()

ml la primera cuota deberá ser descontada en la fecha _____ y girada al **Fondo de Empleados para la Asistencia Social de la Universidad Tecnológica de Pereira – FASUT** más tardar dentro de los cinco (5) días siguientes al descuento y así sucesivamente cada uno de los meses siguientes hasta contemplar la totalidad de las cuotas. De igual forma autorizo (amos) el descuento de () cuotas extraordinarias, por valor de _____ () cada una, en los meses de _____.

Así mismo autorizo (amos) el descuento de las cuotas correspondientes, durante el tiempo que permanezca (mos) en vacaciones, licencias e incapacidades, por el valor de las cuotas que deben pagarse al **Fondo de Empleados para la Asistencia Social de la Universidad Tecnológica de Pereira – FASUT**, igualmente, autorizo (amos) para que en el momento en que se modifiquen las condiciones del crédito, los descuentos mensuales sean los que **Fondo de Empleados para la Asistencia Social de la Universidad Tecnológica de Pereira – FASUT** notifique a la pagaduría. En caso de mora o de darse por terminado mi (nuestro) contrato de trabajo laboral con la entidad del deudor o codeudores solidarios del préstamo que garantiza esta libranza, autorizo (amos) para que las cuotas restantes, que se harán exigibles de manera inmediata y sin que sea necesario requerimiento de ninguna índole al cual renuncio (amos) de manera expresa, intereses o cualquier gasto que se ocasione, sea descontado de las prestaciones sociales, salarios indemnizaciones o cualquier otra acreencia laboral a que tengo (amos) derecho. Doy (damos) pleno poder a **Fondo de Empleados para la Asistencia Social de la Universidad Tecnológica de Pereira – FASUT**, para que en nuestro nombre y representación y con las más amplias facultades tramite todo lo referente al reconocimiento y pago de dichas obligaciones, y reciba, con cargo a mis (nuestras) deudas, tales dineros. En caso que mi (nuestra) obligación presente más de una cuota vencida, autorizo (amos) el envío de la novedad para descontar como valor adicional, hasta quedar la obligación al día. **El no descuento de las cuotas por nómina en las fechas estipuladas, no me (nos) exime de la responsabilidad de cancelarlas en forma oportuna, y, por lo tanto, me (nos) comprometo (comprometemos) a cancelar en las oficinas del Fondo de Empleados para la Asistencia Social de la Universidad Tecnológica de Pereira – FASUT dentro de los plazos previstos.** En caso de incumplimiento en el pago de la obligación reconozco (cemos) y pagaré (mos) intereses de mora a la tasa máxima legal autorizada. Además, el **Fondo de Empleados para la Asistencia Social de la Universidad Tecnológica de Pereira – FASUT**, queda autorizado para solicitar el descuento por nómina a los codeudores solidarios a través de las pagadurías donde estos laboren, cuando lo estime conveniente y sin que sea necesario requerimiento de ninguna índole. Autorizo a FASUT para que mediante mensaje de texto a celular o correo electrónico, me notifique sobre los vencimientos de los servicios, moras y demás solicitudes adelantadas e información que considere pertinente en mi condición de asociado (o) y codeudor solidario según la **Ley de Hábeas Data** Con la expedición de la ley 1581 de 2012 y su reglamentario Decreto 1377 de 2013, se desarrolla el principio constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar todo tipo de información recogida o, que haya sido objeto de tratamiento de datos personales en bancos o bases de datos y, en general en archivos de entidades públicas y/o privadas. **Fondo de Empleados para la Asistencia Social de la Universidad Tecnológica de Pereira - FASUT**, como institución que almacena y recolecta datos personales requiere obtener su autorización para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada, permita a la entidad recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar y disponer de los datos que han sido suministrados y que se han incorporado en distintas bases o bancos de datos, o en repositorios electrónicos de todo tipo con que cuenta la entidad. Esta información es, y será utilizada en el desarrollo de las funciones propias de **Fondo de Empleados para la Asistencia Social de la Universidad Tecnológica de Pereira - FASUT**, en su condición de entidad sin ánimo de lucro que presta los servicios **AHORRO Y CREDITO, SERVICIOS MEDICOS**, así como para fines administrativos, comerciales, de publicidad y contacto frente a los titulares de los mismos. **Fondo de Empleados para la Asistencia Social de la Universidad Tecnológica de Pereira - FASUT**, en los términos dispuestos por el artículo 10 del Decreto 1377 de 2013 queda autorizada de manera expresa e inequívoca para mantener y manejar toda su información conforme a lo previsto en el presente documento, salvo que usted le manifieste lo contrario de manera directa, expresa, inequívoca y por escrito dentro de los treinta (30) días hábiles contados a partir de la recepción de la presente comunicación a la cuenta de correo electrónico dispuesta para tal efecto **fasut@utp.edu.co**. Para constancia se firma en la ciudad de _____ a los _____ () días del mes de _____ del año _____

LIBRAMOS, ACEPTAMOS Y AUTORIZAMOS COMO DEUDORES SOLIDARIOS

DEUDOR

GERENTE

Firma _____

Firma _____

Celular _____

c.c. _____

Correo electrónico _____

Normatividad: Todos los parámetros anteriores conforme a la ley 79 de 1988 Legislación Cooperativa – Art 142, 143, 144), Ley 454 de 1998 (Sector solidario), ley 1391 de 2010 (Fondos de Empleados), Ley 1527 de 2012 (Ley de Libranza)

LISTA DE CHEQUEO

REQUERIMIENTOS

___ Fotocopia cedula legible

___ Desprendible de nómina último mes

___ Certificado Laboral: tipo de contrato, tiempo en la entidad patronal

SERVICIOS DE SALUD

___ Registro civil de matrimonio o declaración extra juicio de convivencia -
certificado de ingresos y retención

___ Registro civil de los hijos y nietos (menores 28 años)

___ Fotocopia de cedula de padres – registro civil del asociado – certificado
de ingresos y retención

___ Fotos de los beneficiarios para carnet y ___ 2 fotos asociado para carnet
e inscripción

___ Firma libranza para uso de servicios médicos



SOLICITUD

INGRESO

ACTUALIZACION

FOTO

ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL FONDO DE EMPLEADOS

EMPLEADO INDEPEND PENSIONADO OTRO FECHA DE SOLICITUD ANO MES DIA TRAMITE DE APROBACION ANO MES DIA ACTA No. APROBADO POR: J. D.

INFORMACION DEL SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NOMBRE COMPLETO LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO TIPO DOCUMENTO LUGAR Y EXPEDICION DOCUMENTO NACIONALIDAD ESTADO CIVIL CIUDAD DPTO. CC CE PT TI CIUDAD DPTO. ANO MES DIA No. PERSONAS A CARGO FECHA NACIMIENTO FECHA EXPEDICION ANO MES DIA VIUDO MADRE CABEZA DE FAMILIA SI NO DIRECCION RESIDENCIA ACTUAL BARRIO CIUDAD DEPARTAMENTO ACTIVIDAD ECONOMICA CODIGO CIUU CORREO ELECTRONICO TELEFONO FIJO CELULAR NIVEL ACADEMICO DOCTORADO MAGISTER ESPECIALIZACION UNIVERSITARIO TECNOLOGICO TECNICO BACHILLER PRIMARIA TITULO OBTENIDO (PROFESION) SOLICITUD REFERENCIADA POR TIENE VEHICULO TIPO: CARRO MOTO TIPO DE VIVIENDA PROPIA FAMILIAR ARRENDADA ESTRATO OTRA CUAL TIENE VINCULACION A SERVICIOS FUNERARIOS ESTA VINCULADO A OTRO FONDO / COOPERATIVA

INFORMACION LABORAL DEL SOLICITANTE

EMPRESA DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL DE LA EMPRESA MUNICIPIO DEPARTAMENTO FECHA DE INGRESO EMPRESA ANO MES DIA TEL EMPRESA CARGO DEPENDENCIA EXT, DEPENDENCIA TIPO DE CONTRATO SALARIO ENTIDAD BANCARIA NOMINA NUMERO CUENTA BANCARIA NOMINA APORTE MENSUAL

COMPOSICION DEL GRUPO FAMILIAR DEL SOLICITANTE (lea la informacion antes de diligenciar)

Asociado Casado: cónyuge, compañero(a) permanente, padres, hijos e hijastros menores 18 años. Asociado soltero: Padres, hijos y hermanos menores de 18 años. (También pueden incluirse los hijos, hijastros o hermanos hasta los 25 años si estudian y dependen económicamente del asociado, los hijos mayores de 18 años con invalidez permanente debidamente certificada, los hermanos huérfanos menores de 18 años a cargo del asociado y los padrastrros y/o nietos dependientes del asociado con declaración juramentada donde conste una convivencia mayor de un año)

Table with columns: NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS, No. IDENTIFICACION, FECHA NACIMIENTO (AÑO, MES, DIA), PARENTESCO, SEXO, EDAD, ESTUDIOS

DATOS DEL CONYUGE

EMPRESA DONDE LABORA DIRECCION DE LA EMPRESA CIUDAD DPTO. CARGO FECHA INGRESO SALARIO TIPO CONTRATO PROFESION TELEFONO PERSONAL CORREO ELECTRONICO PERSONAL

REFERENCIA FAMILIAR

NOMBRE Y APELLIDOS DE UN FAMILIAR CERCANO PARENTESCO DIRECCION CIUDAD TELEFONO CONTACTO

INFORMACION PARA PERSONAS PUBLICAMENTE EXPUESTAS

POR SU CARGO MANEJA RECURSOS PUBLICOS POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PUBLICO POR SU ACTIVIDAD U OFICIO GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PUBLICO EXISTE ALGUN VINCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA PUBLICAMENTE EXPUESTA

INFORMACION FINANCIERA DEL SOLICITANTE

INGRESOS DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD PRINCIPAL OTROS INGRESOS (ESPECIFICAR) TOTAL INGRESOS MENSUALES EGRESOS MENSUALES (GASTOS FAMILIARES MENSUALES) TOTAL ACTIVOS (BIENES MUEBLES/ INMUEBLES) TOTAL PASIVOS (OBLIGACIONES FINANCIERAS)

CERTIFICACION DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA DEL SOLICITANTE

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA No. CUENTA MONEDA BANCO PAIS DECLARO QUE NO REALIZO TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA FIRMA HUELLA

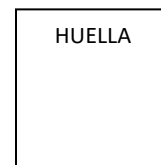
Diligencia si Usted posee establecimiento de Comercio, Empresa o Negocio							
Nombre del Establecimiento Empresa O Negocio			Número del NIT		Actividad Económica		CIUU
Cámara de Comercio (Si Aplica)		Fecha de Constitución (Si Aplica)			E-MAIL		
AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA		
Dirección del Establecimiento, Empresa o Negocio			Departamento		Municipio		Teléfono

AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

- Declaro bajo la gravedad del juramento que toda la información suministrada en este documento, es cierta y exacta en todas sus partes, autorizo su verificación ante cualquier persona natural y/o jurídica, privada y/o pública, sin limitación ninguna, desde ahora y mientras subsista alguna relación comercial con el **FONDO DE EMPLEADOS PARA LA ASISTENCIA SOCIAL DE LA U.T.P.- "FASUT"** con NIT 891-408-243-9 o a quien represente sus derechos, de igual forma me comprometo a actualizar la información aquí expresada por lo menos una vez al año
- Descuentos de Nomina:** Autorizo a la Empresa Contratante _____ la cual ha generado el vínculo de asociación, para que en caso de realizarse mi liquidación definitiva se descuente y sea pagado directamente al **FONDO DE EMPLEADOS PARA LA ASISTENCIA SOCIAL DE LA U.T.P.- "FASUT"** de los salarios, prestaciones sociales (cesantías, intereses a las cesantías y prima), vacaciones e indemnizaciones a que tengo derecho y/o fondo de cesantías en los que tengo consignadas mis cesantías, los saldos debidos en su favor, quien solicita basado en el Art. 55 del Decreto Ley 1481 de 1989, donde tiene la prelación de dichos descuentos. Para este efecto declaro suficiente la certificación del **FONDO DE EMPLEADOS PARA LA ASISTENCIA SOCIAL DE LA U.T.P.- "FASUT"** sobre el saldo. Igualmente autorizo el descuento por nómina del _____% de mi Salario Básico Mensual, el cual se capitalizará como aporte social y ahorro permanente.
- Declaraciones de Origen de Fondos:** Declaro expresamente que en el cumplimiento de la Ley 190 de 1995 y demás normas concordantes:
 - Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): _____
 - Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y que los recursos que poseo no provienen de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano.
 - Declaro que no admito ni admitiré que terceros realicen transacciones a mi nombre, provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano.
 - Los recursos que se deriven del desarrollo de esta vinculación no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
- Reporte a las Centrales de Riesgo, Manejo Base de Datos y Lista Vinculantes:** Autorizo a **FONDO DE EMPLEADOS PARA LA ASISTENCIA SOCIAL DE LA U.T.P.- "FASUT"** o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro a cualquier título en calidad de acreedor, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiere a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, judicial y disciplinario. Lo anterior implica que mi comportamiento presente y pasado frente a mis obligaciones permanecerá reflejado de manera completa en las mencionadas bases de datos con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones crediticias, financieras y comerciales. Por lo tanto, conocerá mi información quienes se encuentren afiliados a dichas centrales y/o que tengan acceso a las mismas de conformidad con la legislación aplicable. La permanencia de mi información en las bases de datos será determinada por el ordenamiento jurídico aplicable, en especial por las normas legales y la jurisprudencia, las cuales contienen mis derechos y obligaciones, que, por ser públicos, conozco plenamente. Así mismo manifiesto que conozco los reglamentos de dichas bases de datos. En caso que en el futuro, el autorizado en este documento efectué una venta de cartera o una cesión de derechos a cualquier título de las obligaciones a mi cargo a favor de un tercero, los efectos de la presente autorización se extenderán a éste, en los mismos términos y condiciones. También autorizo que las comunicaciones e información relacionada con los servicios que llegase a tener con _____, me sean entregadas por medios de comunicación válidos y aceptados, mail, mensajes de texto, escritos, etc., y que mis datos personales y los de mi grupo familiar sean utilizados para el desarrollo del objeto social de _____ y para nuestro beneficio.
- Capacitación:** Igualmente certifico que he participado de la Capacitación en Economía Básica Solidaria, que he recibido el Manual del Asociado y se me ha indicado que puedo conocer los Estatutos, Reglamentos y el Portafolio de servicios del **FONDO DE EMPLEADOS PARA LA ASISTENCIA SOCIAL DE LA U.T.P.- "FASUT"** a través del correo electrónico: fasut@utp.edu.co, me comprometo a hacer lectura de estos documentos y de los Derechos y Deberes que tengo como asociado del **FONDO DE EMPLEADOS PARA LA ASISTENCIA SOCIAL DE LA U.T.P.- "FASUT"**
- Aportes Sociales:** Declaro que conozco que los Aportes Sociales individuales y Ahorros Permanentes quedarán afectados desde su origen a favor de **FONDO DE EMPLEADOS PARA LA ASISTENCIA SOCIAL DE LA U.T.P.- "FASUT"**, como garantía de las obligaciones contraídas con éste, que serán inembargables excepto por obligaciones alimentarias, y no podrán ser gravados ni transferirse a otros asociados o a terceros; y que se me reintegrarán en el evento de mi desvinculación por cualquier causa, conforme se establece en el Estatuto.
- Contrato de Mandato:** confiero poder al **FONDO DE EMPLEADOS PARA LA ASISTENCIA SOCIAL DE LA U.T.P.- "FASUT"** para que de acuerdo con la legislación vigente, en mi nombre (mandato con representación) o en el de _____ (mandato sin representación) ejecute los actos de comercio adquiridos directamente y a su nombre, para después trasladarlos a mi favor, a cualquier título, con proveedores legalmente reconocidos para la adquisición de bienes y servicios que me proporcionen bienestar a mí y a mi grupo familiar, siempre que se desarrollen de conformidad con el marco legal de las entidades del Sector de la Economía Solidaria en general y de los Fondos de Empleados en particular. Para ello, el **FONDO DE EMPLEADOS PARA LA ASISTENCIA SOCIAL DE LA U.T.P.- "FASUT"** me entregara una orden de compra debidamente autorizada en la que haga referencia al proveedor y valor máximo en pesos para retirar los bienes o servicios requeridos. Las obligaciones las cancelaré de contado o mediante financiación de acuerdo a las tarifas establecidas, pero siempre atendiendo aquellas que considere más favorables para mí. Mi firma a los _____ días del mes de _____ del año _____ en la ciudad de Pereira, Risaralda., certifico que he leído, comprendido, aceptado y autorizado todos los puntos contemplados en el FORMATO DE VINCULACION, LAS AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES del presente documento.

FIRMA SOLICITANTE _____ C.C. _____

(Solicitud recibida sin firma se entenderá como no presentada)



ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL FONDO DE EMPLEADOS

Consulta en listas Vinculantes		Revisión de Documentos				Entrevista y verificación de la Información	
Entidad	SI	NO	Documento	SI	NO		
Personería			Desprendible de nomina				
Policía			Copia Cedula				
Procuraduría			Foto				
Lista Vinculante			Copias documentos beneficiarios				
Observaciones:			Observaciones:			Observaciones:	
Fecha			Fecha			Fecha	
QUIEN RECIBE			Vo. Bo. Gerencia			Vo. Bo. presidente Junta Directiva	

SOLICITUD DE SEGURO - DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

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



TOMADOR		C.C./NIT			
DIRECCIÓN		CIUDAD		TELÉFONO	
ASEGURADO PRINCIPAL			C.C.		ESTADO CIVIL
PESO (KG)	ESTATURA (Mts)	¿TRABAJA USTED ACTUALMENTE?		OCUPACIÓN	CARGO
FECHA DE NACIMIENTO		CORREO ELECTRÓNICO		VALOR ASEGURADO	

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 poliza de Vida Deudores el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda.

Con plena conciencia que la retención 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:

- | | |
|--|--|
| 1. AFECIONES CARDIOVASCULARES <input type="checkbox"/> | 8. CIRUGÍA <input type="checkbox"/> |
| 2. AFECIONES CEREBROVASCULARES <input type="checkbox"/> | 9. ALCOHOLISMO <input type="checkbox"/> |
| 3. CANCER <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. ENFERMEADES CONGÉNITAS <input type="checkbox"/> |
| 6. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA <input type="checkbox"/> | 13. ENFERMEADES DEL COLÁGENO <input type="checkbox"/> |
| 7. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA <input type="checkbox"/> | 14. ENFERMEADES HEMATOLÓGICAS <input type="checkbox"/> |

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