



**SOLICITUD DE CREDITO**

Fondo de Empleados para la Asistencia Social de la Universidad Tecnológica de Pereira - FASUT

Personería Jurídica 0917 del 28 de Mayo de 1985

NIT.: 891.408.243-9

Actualización	
Crédito	Nuevo ____
	Antiguo ____

	D	M	A	HORA
F. ENTREGA				
f. RESPUESTA				
Aprobado por				

C. Ordinario ____	C. Prima ____	Otro ____	Valor Solicitud	Libranza \$ _____
C. Comercial ____	C. Mesada ____	¿Cual? _____	\$ _____	Ventanilla \$ _____
C. Inmediato ____	C Bonificación ____		No. Cuotas _____	Cuotas Extras \$ _____

Número de Cuenta _____	Motivo y Autorizaciones:
Ahorros ____ Corriente ____ Banco _____	_____

Dependencia	Estrato Social	Dirección, Ciudad	Celular	Teléfono
_____	_____	_____	_____	_____

**1. INFORMACION PERSONAL Y/O EMPRESARIAL**

DATOS PERSONALES	SOLICITANTE	CODEUDOR SOLIDARIO 1	CODEUDOR SOLIDARIO 2
IDENTIFICACION:C.C, T.I	___ No.	___ No.	___ No.
NOMBRES COMPLETOS			
APELLIDOS COMPLETOS			
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	_____ A D M	_____ A D M	_____ A D M
ESTADO CIVIL			
DIRECCION			
PERSONAS A CARGO			
CORREO ELECTRONICO			
PROFESIÓN			
<b>EMPRESA DONDE LABORA</b>			
CARGO U OFICIO			
DIRECCION EMPRESA			
TELEFONO EMPRESA (Fijo/Cel)			
TIEMPO DE SERVICIO			
TIPO DE CONTRATACION	Indefinido __ Fijo __Otro__	Indefinido __ Fijo __Otro__	Indefinido __ Fijo __ Otro__
SALARIO O REMUNERACION	\$ _____	\$ _____	\$ _____
PENSIONES	\$ _____	\$ _____	\$ _____
OTROS INGRESOS (arriendo, negocios, otros)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
GASTOS MENSUALES	\$ _____	\$ _____	\$ _____

DEUDAS	\$	\$	\$
<b>BIENES RAIZ. SI POSEE</b>	Casa _ Apto_ Finca _Local_ Bodega _ Otro ¿Cual?	Casa _ Apto_ Finca _Local_ Bodega _ Otro ¿Cual?	Casa _ Apto_ Finca _Local_ Bodega _ Otro ¿Cual?
DIRECCION			
VALOR COMERCIAL	\$	\$	\$
HIPOTECA SI __ NO __	\$	\$	\$
<b>VEHICULO. SI POSEE</b>	MARCA            MODELO	MARCA            MODELO	MARCA            MODELO
VALOR COMERCIAL	\$	\$	\$
PRENDA SI __ NO __	\$	\$	\$
<b>TOTA PATRIMONIO</b>	\$	\$	\$

**2. INFORMACION ADICIONAL PERSONA JURIDICA \_\_ INDEPENDIENTE \_\_ OTRO\_\_**

NOMBRE EMPRESA			
NIT / RUT			
REPRESENTANTE LEGAL			
DIRECCION Y CIUDAD			
TELEFONO	Fijo            Cel	Fijo            Cel	Fijo            Cel
CORREO ELECTRONICO			

**3. REFERENCIA FAMILIAR**

NOMBRE COMPLETO			
DIRECCION			
TELEFONOS (Fijo/Celular)			

**4. REFERENCIA PERSONAL**

NOMBRE COMPLETO			
TELEFONOS (Fijo/Celular)			

**5. ENTREVISTA SARLAFT TITULAR PRINCIPAL**

¿Maneja dineros públicos de la Nación, Departamento, Municipio o algún ente descentralizado? Si __ No __ ¿Es contratista con el Estado, Departamento, Municipio o algún ente Descentralizado? Si __ No __ ¿Hace parte de alguna comunidad religiosa? Si __ No __	¿Hace transacciones en moneda extranjera? Si __ No __ ¿Actualmente es líder comunitario o miembro de alta jerarquía en algún partido político? Si __ No __ ¿Se considera una persona de reconocimiento público? Si __ No __
--	--

**6. DECLARACION DE ORIGEN Y DESTINO DE BIENES Y/O FONDOS**

El usuario del crédito obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza que todo lo aquí consignado es cierto declara que los recursos depositados obtenidos o involucrados en las operaciones financieras solicitadas, tienen origen y destino licito en las actividades de igual tipo que constituyen el giro normal de sus negocios, tal como se describen en la solicitud y que no se relacionan con actividades ilícitas, especialmente lavado de activos o financiación al terrorismo. Que conoce y aplica las normas de prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo no permitirá que terceros realice transacciones en sus productos o entregue en su nombre o de la entidad que representa fondos, bienes y o servicios relacionados con actividades ilícitas o a favor de personas involucradas en las mismas. Autoriza a FASUT para terminar unilateralmente cualquier relación contractual, o exigir de manera anticipada el pago de cualquier obligación, en el caso de una desvinculación sospechosa de realización de actividades ilícitas o violación de las normas sobre el LA/FT del solicitante o su representante o personas vinculadas.

## 7. INFORMACION PREVIA

Declaro que he recibido de forma previa al desembolso información completa, legible comprensible de las condiciones y términos del contrato, especialmente a cerca de: Monto de capital, forma y periodicidad de pago, valor de cada cuota, fecha de pago tasa de interés moratorio en términos Efectivos Anuales, naturaleza fija o variable de la tasa de interés, gastos, comisiones y descuentos aplicables, derecho de acceso a su calificación de riesgo, condiciones de pago anticipado, consecuencias en caso de incumplimiento, que incluye los derechos propios y de FASUT y los siguientes aspectos propios de la gestión de cobro: a) políticas y mecanismos de cobranza, b) momento a partir del cual se inicia la gestión de cobranza c) gastos derivados de la gestión de cobranza, forma de determinarlos y liquidarlo, d) dependencias internas o externas autorizadas para adelantar las gestiones de cobranza. e) Personas y entidades para celebrar acuerdos de pago. f) canales adecuados para efectuar el pago.

## 8. AUTORIZACION HABEAS DATA

Autorizamos expresamente a el Fondo de Empleados para la Asistencia Social de la Universidad Tecnológica de Pereira— FASUT para que la información suministrada en esta solicitud de crédito, documento que tiene carácter estrictamente confidencial y comercial, sea conocida, actualizada y rectificadas con terceros incluyendo los datos personales en bancos o bases de datos y, en general en archivos de entidades públicas y/o privadas. Igualmente, que la misma sea usada y puesta en circulación con fines estrictamente comerciales. Autorizamos a reportar el incumplimiento a los bancos de datos, además declaro que acepto y conozco el contenido y las de la Ley "Habeas Data" Ley 1266 de 2008, Ley 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y eximo a FASUT de la responsabilidad a cualquier reclamación que exista por motivos de la insatisfacciones que surjan frente al reporte negativo a las centrales de información, de igual manera autorizamos a FASUT para que en caso de recordatorios e incumplimiento de nuestras obligaciones, se nos notifique que en los términos previstos en la Ley 1266 de 2008, Ley 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013 a través de los siguientes medios: físicos, Llamadas automáticas, call center, correos electrónicos, mensajes de texto a celular, y a través de la página web del Fondo [www.utp.edu.co/fasut](http://www.utp.edu.co/fasut). En los términos dispuestos en el Art 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 a la cuenta de correo electrónico dispuesta para tal efecto [fasut@utp.edu.co](mailto:fasut@utp.edu.co).

## 9. LIBRANZA

Autorizo irrevocablemente a la pagaduría de a UTP, para la cual laboramos retener y pagar a favor de FASUT en forma mensual de mi salario, la cantidad de \_\_\_\_\_ ( ) cuotas, cada una por valor de \_\_\_\_\_ (\$ ) hasta completar la suma de \_\_\_\_\_ (\$ ), la primera cuota deberá ser descontada en la fecha \_\_\_\_\_ y girada a FASUT a más tardar los 5 días siguientes al descuento y así sucesivamente cada uno de los meses siguientes hasta completar la totalidad de las cuotas. De igual manera autorizo el descuento de ( ) cuotas extraordinarias por valor de \_\_\_\_\_ (\$ ) cada una en los meses de \_\_\_\_\_. Así mismos autorizo el descuento de cuotas correspondientes durante el tiempo que permanezca en vacaciones, licencias e incapacidades por el valor de las cuotas que deben pagarse al FASUT, igualmente autorizo para que en el momento en que se modifiquen las condiciones del crédito los descuentos mensuales sean los que FASUT notifique a la pagaduría. En caso de mora o darse por terminado mi contrato laboral o de servicios con la entidad del deudor o codeudor solidario los préstamos que garantiza esta libranza, autorizo para que las cuotas restantes, que serán exigibles de manera inmediata y sin que sea necesario requerimiento de ninguna índole al cual renuncio de manera expresa, intereses o cualquier gasto que se ocasione, sea descontado de las prestaciones sociales, salarios, indemnizaciones o cualquier otra acreencia legal a que tengo derecho. El no descuento de las cuotas por nómina en las fechas estipuladas, no me exime de la responsabilidad de cancelarlas en forma oportuna, y por lo tanto, me comprometo a cancelar en las oficinas del FASUT dentro de los plazos previstos. En caso de incumplimiento en el pago de la obligación reconozco y pagare intereses de mora a la tasa máxima legal autorizada. Autorizamos a FASUT para que en caso de incumplimiento de nuestras obligaciones y sin que sea necesario requerimiento de ninguna índole, solicite a las pagadurías de la empresa o entidad pública o privada donde estamos laborando, la deducción de nuestros salarios y prestaciones sociales hasta saldar la deuda ya sea a título personal o como codeudor solidario conforme a los términos previstos en el artículo 142, 143, 144 de la Ley 79 de 1988, Ley 454 de 1998, Ley 1391 de 2010 y Ley 1527 de 2012.

## 10. OTRAS ACLARACIONES

Si se presentan cambios en los datos consignados, me obligo a informarlos oportunamente, a FASUT y actualizar al menos una vez al año los datos plasmados en esta solicitud, suministrando en su totalidad de los soportes documentales exigidos 2. Manifiesto que acato las leyes, estatutos, normas y reglamentos que rigen FASUT. De igual forma acato las decisiones que en desarrollo de las actividades dicten los organismos encargados de su dirección y administración. Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el día \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
FIRMA SOLICITANTE  
C.C

\_\_\_\_\_  
FIRMA CODEUDOR SOLIDARIO 1  
C.C

\_\_\_\_\_  
FIRMA CODEUDOR SOLIDARIO 2  
C.C



## CARTA DE INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR PAGARE

Yo (nosotros) \_\_\_\_\_ como deudor principal  
y \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, identificado (s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma (s) obrando en nuestra calidad de DEUDORES SOLIDARIOS autorizamos al FONDO DE EMPLEADOS PARA LA ASISTENCIA SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA –FASUT – o cualquier otro tenedor legítimo del pagaré que hemos suscrito en la fecha a favor de FASUT, para que haciendo uso de las facultades conferidas en el artículo 622 del C.COMERCIO, llene los espacios en el pagaré N\_\_\_\_\_. Para lo cual debe ceñirse a las siguientes instrucciones:

1. El FASUT o su tenedor legítimo podrán llenar los espacios en blanco del pagaré identificado anteriormente, cuando se presente una de las circunstancias de exigibilidad contenidas en la cláusula Cuarta del texto del pagaré objeto de esta autorización.
2. El espacio reservado para los nombres e identificaciones de los deudores del pagaré, se llenará con los nombres e identificaciones del deudor y los deudores solidarios que suscribamos la solicitud de crédito, el pagaré y la carta de instrucciones.
3. El FASUT o su tenedor legítimo están facultados por los DEUDORES, para llenar todo espacio en blanco que haya quedado en el pagaré y en especial el valor de las sumas debidas, incluyendo capital, interés mensual de plazo o moratorio de acuerdo a la tasa que resultare de la aplicación de lo convenido en el pagaré.
4. La fecha de exigibilidad de la obligación será la que corresponda al periodo en el cual se presente las circunstancias de exigibilidad de la obligación de que trata la cláusula Cuarta del pagaré.
5. El monto del pagaré será igual al valor del capital que cualquiera de los deudores o suscriptores resulten deber al FASUT, por cualquier concepto, al momento de ser llenados los espacios en blanco, de acuerdo a la liquidación que efectuó el FASUT, el cual es aceptado expresamente por los DEUDORES.
6. El espacio reservado para la cantidad de cuotas se llenará con la cantidad en números, correspondiente al número de cuotas según el plazo aprobado por el fondo de empleados.
7. El espacio reservado para el valor de la cuota, se llenará con el valor en números correspondiente al valor de las cuotas mensuales determinada por la tabla de amortización, de acuerdo con el plazo, la tasa de interés y el monto aprobado.
8. El espacio reservado para el lugar de pago, se llenará con el domicilio de la ciudad de otorgamiento del pagaré.
9. Para llenar el pagaré el FASUT, no requiere dar aviso a los firmantes del mismo.

Declaramos que hemos recibido copia de la presente carta de instrucciones.

Dejamos igualmente constancia que la presente autorización estará vigente mientras exista cualquier obligación nuestra a favor del FONDO DE EMPLEADOS PARA LA ASISTENCIA SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA “FASUT”.

En constancia de lo anterior se firma esta carta de instrucciones un duplicado a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año dos mil (20\_\_\_\_).

**LIBRAMOS, ACEPTAMOS Y AUTORIZAMOS COMO DEUDORES SOLIDARIOS.**

HUELLA

FIRMA DEUDOR

HUELLA

FIRMA DEUDOR SOLIDARIO 1

HUELLA

FIRMA DEUDOR SOLIDARIO 2

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Cédula \_\_\_\_\_

Cédula \_\_\_\_\_

Cédula \_\_\_\_\_

Tel/Cel \_\_\_\_\_

Tel/Cel \_\_\_\_\_

Tel/Cel \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_



**ENTIDAD PRESTATARIA FONDO DE EMPLEADOS PARA LA ASISTENCIA SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA "FASUT"**  
**PAGARÉ A LA ORDEN NRO \_\_\_\_\_ POR \$ \_\_\_\_\_**

**VENCIMIENTO FINAL** \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ (nosotros \_\_\_\_\_) (as) \_\_\_\_\_ y/o \_\_\_\_\_ y/o \_\_\_\_\_ domiciliado (as) en la ciudad de \_\_\_\_\_ mayor (es) de edad, identificados (as)

como aparecemos el pie de las firmas. Por medio del presente PAGARE hago (hacemos) constar que me (nos) obligo (mos) a pagar solidaria, incondicional e indivisiblemente al FONDO DE EMPLEADOS PARA LA ASISTENCIA SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA – FASUT, a su orden o a quien represente sus derechos o a cualquier otro tenedor legítimo del presente título valor, en sus oficinas de Pereira, o en el lugar que este señale, la suma de \_\_\_\_\_

(\$ \_\_\_\_\_) moneda legal colombiana, que de ella he (hemos) recibido a entera satisfacción a título mutuo solidario con intereses y de acuerdo a las siguientes cláusulas:

**PRIMERA: Amortización:** El (los) deudor (es) se obliga (n) a pagar el valor recibido de acuerdo al siguiente plan de amortización: en \_\_\_\_\_ cuotas mensuales, por un valor de \$ \_\_\_\_\_, cada una, la primera la pagaremos en día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_ y así sucesivamente y sin interrupción cada mes, en la misma fecha y hasta completar el valor total de capital más intereses, ósea el día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_. **SEGUNDA: Interés de Plazo:** Pagare (mos) intereses mensual de plazo a la tasa \_\_\_\_\_ (% \_\_\_\_\_).

**TERCERA: Interés de mora:** En caso de mora pagaremos una tasa equivalente a una media vez el interés pactado, en todo caso dicha tasa por mora no podrá exceder del límite máximo autorizado por la autoridad competente y certificado por la Superintendencia Financiera de Colombia que rija al momento de verificarse la mora. **CUARTA:**

**Vencimiento Anticipado:** Autorizo (amos) al FASUT o a cualquier otro tenedor legítimo del presente título valor, para extinguir el plazo o plazos que se estipulen para el pago de la totalidad del saldo insoluto, más los intereses y los gastos de cobranza, incluyendo honorarios del abogado, si ocurriere uno cualquiera de los siguientes eventos: -a) Si hubiere mora en el pago de una o más cuotas de capital o intereses del préstamo otorgado. -b) Por la pérdida de la calidad de empleado de la Universidad \_\_\_\_\_ y asociado FASUT. -c) Por las causales previstas en el reglamento de crédito o en el estatuto del FASUT, en el momento de la suscripción del pagare y las cuales declara conocer expresamente el deudor y deudor(es) solidario(s) y para los efectos de este título valor formara parte íntegramente del mismo. -d) En caso que el deudor sea demandado (s) o le (nos) sean embargados bienes por personas distintas a FASUT. -e) Cuando con respecto al deudor principal se presente algunas de las causales previstas para la extinción del plazo, ella operará de forma automática respecto de todas las obligaciones que tenga vigente el deudor principal. -f) Por la muerte del deudor y/o deudor(es) solidario(s). **QUINTA:** Los deudores solidarios en virtud a la fianza solidaria que asumen mediante este pagare aceptan expresamente, que cuando respecto al deudor principal, señor (a) \_\_\_\_\_ se presente alguna causal de exigibilidad anticipada del plazo de la deuda que ella contrae, dicha causal (es) operará en forma automática respecto de los deudores solidarios. En consecuencia, no podrán oponerse al cobro que del pagaré haga el ACREEDOR, cuando se verifique alguna causal de exigibilidad anticipada.

**SEXTA: Autorización de Descuentos en base a la Ley 1527 de 2012:** Los obligados en el presente título autorizamos irrevocablemente al pagador de la empresa en la cual laboramos ( \_\_\_\_\_ ) o llegáramos a trabajar, o quien le realice el pago de acuerdo a la legislación vigente (ARP, Fondo de Pensiones, EPS) para cubrir el monto total del crédito, que descuenten del salario mensual la cuota establecida en la cláusula segunda del pagaré, y en caso de presentarse alguna o algunas de las causales previstas para la extinción del plazo y exigirse la totalidad de la suma adeudada este pagaré, igualmente autorizamos irrevocablemente para que se descuenta de nuestras prestaciones sociales o de cualquier suma de dinero que nos llegare a corresponder en virtud del contrato de trabajo. En caso de retiro definitivo, dichas sumas sean descontadas sin límite a favor del Fondo de Empleados y hasta cubrir el monto total de sus obligaciones **SEPTIMA. Pago por ventanilla:** En caso de que el pagador \_\_\_\_\_ no realice los descuentos por nomina, primas, mesadas, etc. el deudor deberá cancelar en las oficinas de FASUT y dentro de las fechas fijadas mientras dure la vigencia del presente crédito, en caso de incumplimiento en una o varias cuotas estas serán descontadas en vías alternas disponibles. **OCTAVA: Reestructuración o Novación:** En caso de presentarse reestructuración o novación de la obligación, las garantías personales y reales otorgadas por los deudores principales y solidarios, quedaran vigentes. **NOVENA: Costos:** Son a cargo de los deudores los gastos y derechos fiscales que se ocasionen por el otorgamiento de este pagaré; igualmente en este caso de cobro judicial o extrajudicial serán a su cargo las costas y gastos de cobranza.

En constancia se firma en la ciudad de Pereira, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año dos mil \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_.

**LIBRAMOS, ACEPTAMOS Y AUTORIZAMOS COMO DEUDORES SOLIDARIOS.**

	<b>HUELLA</b>		<b>HUELLA</b>		<b>HUELLA</b>
FIRMA DEUDOR		FIRMA DEUDOR SOLIDARIO 1		FIRMA DEUDOR SOLIDARIO 2	
Nombre _____		Nombre _____		Nombre _____	
_____		_____		_____	
Cédula _____		Cédula _____		Cédula _____	
Tel/Cel _____		Tel/Cel _____		Tel/Cel _____	
Dirección _____		Dirección _____		Dirección _____	
Correo electrónico _____		Correo electrónico _____		Correo electrónico _____	

**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