



INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAR FORMATOS PARA AFILIACIÓN A FONMEALS

Para la afiliación al Fondo de Empleados debe diligenciar tres formatos: Solicitud de afiliación, solicitud individual para seguro, solicitud plan exequial Grupo Recordar y anexar una fotocopia de la cédula.

Diligencie todos los espacios con letra legible en el formato **“SOLICITUD DE AFILIACIÓN”**.

Diligencie todos los espacios con letra legible excepto el campo **“VALOR ASEGURADO”** en el formato **“SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO”** desde el título:

INFORMACION DEL ASEGURADO

Diligencie todos los espacios con letra legible en el formato **“SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO”** desde el título:

DATOS DEL AFILIADO TITULAR

Y los datos del núcleo familiar que va a afiliarse, su firma y cédula en el campo asignado.

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

FECHA SOLICITUD CIUDAD CÓDIGO MEALS

DIA MES AÑO

AFILIACIÓN ACTUALIZACIÓN

INFORMACIÓN PERSONAL

TIPO DOCUMENTO CC. CE. N° LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN DIA MES AÑO LUGAR Y FECHA NACIMIENTO DIA MES AÑO

APELLIDOS NOMBRES CIUDAD RESIDENCIA DPTO.

DIRECCIÓN DOMICILIO BARRIO RESIDENCIA NÚMERO CELULAR NACIONALIDAD

CORREO ELECTRÓNICO ESTADO CIVIL SOLTERO CASADO UNIÓN LIBRE SEPARADO DIVORCIADO VIUDO GÉNERO MASCULINO FEMENINO OTRO

¿ES USTED MUJER CABEZA DE FAMILIA? SI NO ESTRATO 1 2 3 4 5 6 NIVEL DE ESTUDIOS PRIMARIA BACHILLERATO TÉCNICO TECNÓLOGO UNIVERSITARIO ESPECIALIZACIÓN OTRO ¿CUAL?

CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE PARENTESCO NÚMERO CELULAR CORREO ELECTRÓNICO

INFORMACIÓN LABORAL

NOMBRE EMPRESA DIRECCIÓN LABORAL TELÉFONO LABORAL CIUDAD LABORAL

FECHA DE INGRESO A MEALS TIPO CONTRATO FIJO INDEFINIDO DEPENDENCIA/ÁREA CARGO/OCUPACIÓN

DIA MES AÑO

DECLARACIÓN DE PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP)

¿Usted desempeña en la actualidad o ha desempeñado en los veinticuatro (24) meses cargos o actividades en los cuales:

¿Maneja recursos públicos o tengan poder de disposición sobre éstos? SI NO ¿Tiene o goza de reconocimiento público? SI NO

¿Tiene grado de poder público o desempeña una función pública prominente o destaca en el estado relacionada con alguno de los cargos descritos en el decreto 1674 de 2016? SI NO

¿Tiene familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad que encajen en los escenarios descritos previamente? SI NO

CUOTA OBLIGATORIA

(El ahorro mínimo es del 3% y máximo del 10% del salario mensual de acuerdo a los monto mínimos y máximos establecidos en los estatutos del Fondo). Deseo que mi ahorro sea del _____ % mensual.

BENEFICIARIO DERECHOS PECUNIARIOS EN EL EVENTO DE FALLECIMIENTO

En calidad de Asociado de FONMEALS manifiesto que en el evento de fallecimiento y siempre que el valor total de mis derechos pecuniarios no superen el monto autorizado por autoridad competente, una vez realizada las compensaciones legales y estatutarias, el saldo sea entregado a los siguientes beneficiarios. En todo caso FONMEALS se reserva el derecho de hacer entrega o no sin mediar sentencia judicial, siempre que no exista litigio entre los interesados

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	PARENTESCO	% DESIGNADO
1		CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>			
2		CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>			
3		CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>			
4		CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>			
5		CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>			

INFORMACIÓN BANCARIA (NO SON PERMITIDAS CUENTAS DE NEQUI Y DAVIPLATA)

BANCO TIPO CUENTA AHORROS CORRIENTE NÚMERO CUENTA

INFORMACIÓN FINANCIERA

SALARIO MENSUAL \$
 SALARIO VARIABLE \$
 OTROS INGRESOS \$
 CONCEPTO OTROS INGRESOS

DETALLE PRINCIPALES ACTIVOS

\$	<input type="text"/>
TOTAL ACTIVOS	\$ <input type="text"/>

DETALLE PRINCIPALES PASIVOS

\$	<input type="text"/>
TOTAL PASIVOS	\$ <input type="text"/>

INFORMACIÓN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza operaciones en moneda extranjera? SI NO (Si la respuesta es afirmativa, por favor diligencie la siguiente información de las operaciones y productos en moneda extranjera):

¿Cuál(es) de las siguientes operaciones realiza en moneda extranjera? Exportador Importador Pago de Servicios Envío/Recepción de Giros y Remesas Inversiones Préstamos Otro:

En caso de recepción o envío de giros internacionales declaro que los recursos provienen de las siguientes fuentes: y son desatinados para

DECLARACIÓN DE RENTA

¿Usted declara renta? SI NO

Bajo la gravedad de juramento y actuando en nombre propio realizo la siguiente declaración de origen y destinación de recursos a FONDO DE EMPLEADOS DE MEALS DE COLOMBIA Y FUNDACIÓN CREMHELADO, con el fin de cumplir con las disposiciones señaladas en su Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo:

- Declaro que los activos, ingresos, bienes y demás recursos provienen de actividades legales conforme a lo descrito en mi actividad y ocupación.
- No admitiré que terceros vinculen mi actividad con dineros, recursos o activos relacionadas con el delito de lavado de activos o destinados a la financiación del terrorismo.
- Eximo a FONDO DE EMPLEADOS DE MEALS DE COLOMBIA Y FUNDACIÓN CREMHELADO, de toda responsabilidad que se derive del comportamiento o el que se ocasione por la información falsa ó errónea suministrada en la presente declaración y en los documentos que respaldan o soporten mis afirmaciones.
- Autorizo a FONDO DE EMPLEADOS DE MEALS DE COLOMBIA Y FUNDACIÓN CREMHELADO,, para que verifique y realice las consultas que estime necesarias con el propósito de confirmar la información registrada en este formulario.
- Los recursos que utilizo para realizar los pagos e inversiones en (FONDO DE EMPLEADOS DE MEALS DE COLOMBIA Y FUNDACIÓN CREMHELADO,) tienen procedencia lícita y están soportados con el desarrollo de actividades legítimas.
- No he sido, ni me encuentro incluido en investigaciones relacionadas con Lavado de Activos o Financiación del Terrorismo.
- Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice, suministrando la información documental exigida por FONDO DE EMPLEADOS DE MEALS DE COLOMBIA Y FUNDACIÓN CREMHELADO para dar cumplimiento a la normatividad vigente.

AUTORIZACIONES

- Autorizo al Fondo de Empleados de MEALS de Colombia FONMEALS a realizar los descuentos por nómina. Igualmente autorizo descontar (una sola vez) la suma de \$6.000 (SEIS MIL PESOS MCTE), como aporte voluntario por la afiliación que será destinado al Fondo de Bienestar Social..
- Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a FONMEALS para que la verifique.
- Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice.
- Autorizo a FONMEALS para que consulte y reporte información a las centrales de riesgo.
- Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal.

FIRMA

HUELLA

PARA USO EXCLUSIVO FONMEALS

FECHA VERIFICACIÓN DIA MES AÑO HORA

NOMBRE EMPLEADO

CARGO EMPLEADO

FIRMA

OBSERVACIONES

¿Se consultó el empleado en la lista ONU? SI NO

¿Se consultó el empleado en la lista OFAC? SI NO

LUGAR ENTREVISTA OFICINA MEET

RESULTADO ACEPTADO RECHAZADO

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Como titular de la información, autorizo a **FONDO DE EMPLEADOS DE MEALS DE COLOMBIA - FONMEALS** de manera previa, expresa e informada, para tratar mis datos personales y distribuirlos a terceros con el fin de obtener beneficios declarados en los reglamentos y estatutos del fondo y en general para el Tratamiento de mis datos con cualquier finalidad propia del objeto del **FONDO DE EMPLEADOS DE MEALS DE COLOMBIA - FONMEALS**. Así mismo declaro que conozco la totalidad de los derechos que me asisten como titular de la información, los cuales se establecen en la Ley 1581 de 2012:

1. Conocer, actualizar y rectificar sus datos personales frente a los Responsables del Tratamiento o Encargados del Tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos cuyo Tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado;
2. Solicitar prueba de la autorización otorgada al Responsable del Tratamiento salvo expresamente se exceptúe como requisito para el Tratamiento, de conformidad con lo previsto en el 10 de la ley 1581 de 2012;
3. Ser informado por el Responsable del Tratamiento o el Encargado del Tratamiento, previa solicitud, respecto del uso que se le ha dado a sus datos personales;
4. Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la presente ley y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen;
5. Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando Superintendencia de Industria Y Comercio haya determinado que el Tratamiento el Responsable o Encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución;
6. Acceder de forma gratuita a sus datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento.

Y doy mi consentimiento, como titular de mis datos personales, para que éstos sean incorporados en una base de datos responsabilidad del **FONDO DE EMPLEADOS DE MEALS DE COLOMBIA - FONMEALS**, para que sean tratados con arreglo a los siguientes criterios:

- La finalidad del Tratamiento será la que se defina en cada caso concreto, respetando en todo momento con los principios básicos que marca la Ley.
- La posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, con un escrito dirigido al **FONDO DE EMPLEADOS DE MEALS DE COLOMBIA- FONMEALS** a la dirección de correo electrónico fonmeals@gmail.com, indicando en el asunto, el derecho que desea ejercitar; o mediante correo ordinario remitido a la dirección Calle 98 No 70-90 de la ciudad de Bogotá D.C.
- La política de Tratamiento a la que se encuentran sujetos los datos personales se podrá consultar o acceder a través del correo electrónico fonmeals@gmail.com o de la página www.fonmeals.com.co.

FIRMA DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN

N° CÉDULA

CALLE 98 N° 70-90 - TELÉFONOS: 643 91 20 EXTENSIONES 19181 3011432280-3011432287-3011432283 - BOGOTÁ D.C.

De conformidad con lo previsto en la Ley Estatutaria 1581 de 2012, "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales", y con el Decreto 1377 de 2013, "Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1581 de 2012", le informamos que sus datos, consignados en el presente formulario, serán incorporados en una base de datos responsabilidad del FONDO DE EMPLEADOS DE MEALS DE COLOMBIA - FONMEALS.

DESCUENTO DIRECTO No. _____

NOTIFICACIÓN AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

FECHA: _____ HORA _____

CORREO _____

ENVIADO DESDE _____

Señores _____

Representante Legal _____

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO Y PAGO A TERCERO

Yo _____, mayor de edad, domiciliado en _____, identificado con la cédula de ciudadanía número _____ de _____, por medio de este oficio, informo que de conformidad con el marco legal vigente, me he comprometido de manera libre, previa, expresa e irrevocable a pagar a favor del FONDO DE EMPLEADOS DE MEALS DE COLOMBIA "FONMEALS" a partir de _____, _____ () cuotas con periodicidad _____ (quincenal o mensual), cada una por valor de _____ pesos Moneda Corriente (\$) _____, para un valor total de _____ (\$ _____), (incluido capital e intereses); en consecuencia, **AUTORIZO** para que de los pagos a realizar a mi favor por salarios, prestaciones, bonificaciones, indemnizaciones, honorarios, licencias remuneradas, pensiones y/o por cualquier otro concepto de remuneración legal o extralegal derivado de la relación contractual existente, sea descontado el valor autorizado y consignado a la cuenta de ahorros 04290350129 o a la cuenta corriente 04290347805 de Bancolombia a nombre de "FONMEALS", Nit. 860.521.740-8, autorización otorgada bajo las siguientes consideraciones:

1. Que la autorización contenida en este documento se realiza al tenor del parágrafo 4º. Del artículo 2º. Del Decreto 1902 de 2019, "por medio del cual se establece un marco general para la libranza o descuento directo y se dictan otras disposiciones", "*Los fondos de empleados se rigen por el marco regulatorio específico del Decreto-ley 1481 de 1989*".
2. Que de conformidad con el artículo 55 del Decreto-Ley 1481 de 1989, "*Toda persona natural, empresa o entidad pública o privada estará obligada a deducir o retener, de cualquier cantidad que deba pagar a sus trabajadores y pensionados, las sumas que éstos adeuden al fondo de empleados, que consten en los estatutos, reglamentos, libranzas, pagarés o cualquier otro documento firmado por el asociado deudor, quien para el efecto deberá dar su consentimiento previo (...)*".
3. Del mismo modo, se establece que: "*(...) las sumas retenidas a favor de los fondos deberán ser entregadas a éstos en las mismas fechas en que se efectúen los pagos respectivos a los trabajadores o pensionados. (...)*".
4. Que el citado artículo determina la responsabilidad del retenedor en los siguientes términos: "*(...) Si por culpa del retenedor no lo hicieren, serán responsables ante los fondos de su omisión y quedarán solidariamente con el empleado deudores ante aquellos de las sumas dejadas de entregar, junto con los intereses de la obligación contraída por el deudor*".
5. Que en relación con los límites de la retención a favor de los Fondos de Empleados, el artículo 56 del Decreto Ley 1481 de 1989, los limitó así: "*Las obligaciones de retención a que se refiere el artículo inmediatamente anterior no tendrán límite frente a las cesantías, primas y demás bonificaciones especiales, ocasionales o permanentes, que se causen a favor del trabajador, todas las cuales podrán gravarse por el asociado a favor del fondo de empleados y como garantía de las obligaciones contraídas para con éste. La retención sobre salarios podrá efectuarse a condición de que con éste y los demás descuentos permitidos por la ley laboral, no se afecte el ingreso efectivo del trabajador y pueda recibir no menos del cincuenta por ciento (50%) del salario*".
6. Que, en ningún caso, el empleador o entidad pagadora podrá cobrar o descontar cuota de administración, comisión o suma alguna por realizar el descuento o el giro de los recursos, so pena de ser objeto de una sanción pecuniaria equivalente al doble del valor total descontado, el cual le será aplicado por la autoridad correspondiente.
7. Que la presente autorización será notificada a la entidad retenedora a la dirección de notificación judicial registrada en el certificado de Existencia y Representación Legal, en el evento que durante los cinco (5) días hábiles siguientes a la notificación, el Empleador o Entidad pagadora no manifiesta objeción alguna, se entenderá ACEPTADA.

En virtud de lo anterior, manifiesto previa y expresamente:

1. Que la autorización por mi otorgada, no tendrán límite frente a las cesantías, primas, indemnizaciones, bonificaciones, ocasionales o permanentes, o cualquier otro derecho pecuniario legal o extralegal, que se causen a mi favor, todos los cuales quedan gravados desde la suscripción de este documento a favor del "FONMEALS" y como garantía de las obligaciones contraídas para con éste. La retención sobre salarios podrá efectuarse a condición de que con éste y los demás descuentos permitidos por la ley laboral, no se afecte mi ingreso en calidad de trabajador y pueda recibir no menos del cincuenta por ciento (50%) del salario; para los demás tipos de relación contractual con el retenedor, se realizarán conforme al marco legal vigente.



2. Que los descuentos autorizados, se aplicaran de igual manera cuando se realicen pagos con ocasión del derecho de vacaciones, licencia remunerada y/o cualquier otro derecho pecuniario derivado de la relación contractual.
3. Que autorizo al Empleador o Entidad pagadora, para que, en caso de terminación del vínculo contractual, me sea deducido de mis salarios, prestaciones sociales, bonificaciones, indemnizaciones, vacaciones, auxilios, honorarios, mesada pensional y/o cualquier acreencia a la que tenga derecho, el saldo total o en su defecto saldo parcial de la(s) obligación(es) que llegare a tener a mi cargo con el "FONMEALS, ya sea en calidad de deudor, codeudor o tercero vinculado.
4. Que esta orden de descuento y pago, se extiende a nuevos contratantes, en caso de modificar el Empleador o entidad pagadora, antes del pago total de la obligación suscrita; para lo cual me comprometo en calidad de beneficiario a actualizar oportunamente la nueva entidad pagadora, mediante escrito radicado en el Fondo de Empleados; sin perjuicio de que la simple autorización de descuento suscrita, faculte al FONMEALS para solicitar a cualquier empleador o entidad pagadora el giro correspondiente de los recursos a que tenga derecho, para la debida atención de las obligaciones adquiridas con el Fondo de Empleados.
5. Que para efectos de dar cumplimiento al numeral anterior, autorizo al FONMEALS para solicitar información a empleadores, ex empleadores y/o entidades vinculadas al sistema de seguridad social Integral o cualquier otra base de datos, exclusivamente con el fin de establecer mi localización, empleadores o entidades pagadoras, tipo de contratación, asignación salarial o cualquier dato de remuneración económica.
6. Para efectos de determinar la prelación si se presentan varios descuentos simultáneamente, la fecha de radicación de esta autorización será la del empleador o entidad pagadora original.
7. Que en el evento que el valor autorizado de retención no se pueda realizar total o parcialmente, por cualquier razón o motivo, tal hecho no me exime de responsabilidad de realizar el pago oportuno a través de cualquier otro medio o canal a disposición; en consecuencia, asumo la carga de diligencia de verificar la efectividad de los descuentos autorizados.
8. Que he leído y acepto términos, condiciones y la política de tratamiento y protección de datos personales, publicada en la página web oficial del Fondo de Empleados.
9. Que para todos los efectos derivados de la presente autorización acepto ser notificado a través del Correo electrónico _____, o cualquier otro canal tecnológico, información que me comprometo a actualizar oportunamente en el evento de presentar alguna modificación.
10. Las materias y/o situaciones no reguladas en el presente documento, se resolverán aplicando las disposiciones legales vigentes para las entidades de la economía solidaria y, en subsidio, las previstas en el Código de Comercio para sociedades, siempre y cuando no se afecte la naturaleza de los fondos de empleados, ni su carácter de no lucrativos.
11. Que cuando este documento requiera que la información conste por escrito, ese requisito también quedará satisfecho con un mensaje de datos conforme al marco legal vigente; del mismo modo, esta autorización podrá suscribirse por un mensaje de datos, a través de cualquier medio tangible o medio de comunicación electrónica fecha reciente que deje constancia permanente de mi consentimiento en la suscripción de la autorización, conforme a lo previsto en la Ley 527 de 1999 y al marco legal vigente.

Se suscribe este documento, a los _____ () días del mes de _____ del año dos mil _____ (), en dos originales y una copia, con destino a cada una de las partes y al Empleador.

Firma _____

Nombre _____

No. Cédula _____ Fecha de Expedición _____

Dirección _____ Ciudad _____

Número de celular _____ Correo electrónico Personal _____



SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO


 ASEGURADO PRINCIPAL

 ASEGURADO EXTENSIVO

DATOS DEL TOMADOR

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

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: _____ No. _____		LUGAR DE EXPEDICIÓN:	FECHA DE EXPEDICIÓN:	DÍA	MES	AÑO
PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE:	SEGUNDO NOMBRE:			
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TELÉFONO/FAX:	CIUDAD / MUNICIPIO:	DEPARTAMENTO:			
CORREO ELECTRÓNICO:	TELÉFONO CELULAR:	OTRO TELÉFONO / FAX:	NACIONALIDAD:			
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:		SEXO	ESTADO CIVIL			
DÍA MES AÑO		M F	<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	ESTATURA	DIESTRO <input type="checkbox"/> ZURDO <input type="checkbox"/> AMBIDIESTRO <input type="checkbox"/>		DEPORTES QUE PRACTICA:		
KG	MTS					
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
Enfermedades del sistema autoinmune (Lupus, S. Sjogren, Psoriasis, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades del Sistema Respiratorio (Asma, Epoc, Oxigenodependencia, Etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Del Hígado (Cirrosis, Hepatitis B, C, D; Etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de Discos Vertebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes Millitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis Reumatoidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de los órganos de los sentidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									Enfermedades Neurológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad o condición relacionada con su salud e integridad física 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, detallar:

ENFERMEDAD	FECHA DE DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO

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 previa, expresa y voluntaria a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, o a quien represente sus derechos a consultar, almacenar, actualizar, conservar, compilar, modificar, 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.

Consideración:

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de conocimiento del cliente son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Financiera de Colombia y los estándares internacionales para prevenir y controlar el lavado de activos y la financiación del terrorismo.
2. Que conforme con lo dispuesto por el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la ley.
3. Que los principios sobre protección de datos serán aplicables a los datos personales de conformidad con lo establecido por el parágrafo del artículo 2 de la ley 1581 de 2012.
4. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo asegurable y reasegurable se tratarán observando las leyes 1581 de 2012 y 1266 de 2008 según el caso.
5. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente Autorización.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Declaro que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado: 1) Que la política de tratamiento de datos y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: <https://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, derecho que se puede ejercer a través de la línea de protección de datos establecida en la página web y el correo electrónico tratamientodatos@solidaria.com.co.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, en adelante LA ASEGURADORA, que actuará como Responsable del tratamiento y en tal virtud podrá recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, incluyendo datos financieros, crediticios, sensibles y de menores en calidad de su representante legal, para las siguientes finalidades:

i) El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor ii) El proceso de negociación de contratos con LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas, la selección de riesgos y toda la fase precontractual iii) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre. iv) El control y la prevención del fraude. v) La liquidación y pago de siniestros. vi) Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado, incluida la gestión y cobro de cartera. vii) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral viii) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora. ix) Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora. x) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, xi) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia, xii) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo. xiii) Recolectar mis datos personales sensibles como: datos biométricos, las huellas dactilares, 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. xiv) 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.

El tratamiento podrá ser realizado directamente por LA ASEGURADORA o por lo encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: i) Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de LA ASEGURADORA. ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros. iii) LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro. iv) Las personas con las cuales LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. v) FASECOLDA, INVERFAS S.A. y el INIF, 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

RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que el Responsable del tratamiento de la información es LA ASEGURADORA. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal v) del párrafo anterior, serán entre otros:

- a) FASECOLDA cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Pisos 11 y 12, email: fasecolda@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.
- b) INVERFAS S.A. cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Piso 11, email: inverfas@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.
- c) INIF - Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro cuya dirección es Carrera 13 No. 37-43, piso 8, email: directoroperativo@inif.com.co Tel. 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.

Con la firma en el presente documento, de manera expresa AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales, incluidos los sensibles y de menores en calidad de su representante legal, y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento.

CANALES AUTORIZADOS

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: Declaro conocer y estar informado que los canales que a continuación se relacionan, pueden ser utilizados por LA ASEGURADORA para realizar gestiones de cobranza, así como para el envío de mensajes publicitarios a través de mensajes cortos de texto (SMS), mensajería por aplicaciones web, correos electrónicos y llamadas telefónicas de carácter comercial o publicitario, todo dentro del marco legal aplicable. De esta manera, AUTORIZO expresamente para ser contactado por LA ASEGURADORA y/o sus gestores comerciales, de cobranza e intermediarios, para los fines mencionados en la presente declaración, mediante los canales: Presencial, telefónico, correo electrónico, en algunos casos mensajes de texto y WhatsApp por medio de gestión automática y cualquier otro que en adelante pueda surgir. En caso que voluntariamente desee cambiar el canal de contacto o tener un canal exclusivo para la gestión de cobranza y/o para fines comerciales a través del whatsapp "CAMI" 3142034106 opción 4 de información general.

CONSTANCIA DE ASESORÍA

Certifico que he recibido y entendido la siguiente información de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera:

- 1) Los derechos y obligaciones emanados del contrato de seguro y de las condiciones particulares de la póliza.
- 2) El alcance de la cobertura, las exclusiones y de las garantías de los productos de seguros ofrecidos.
- 3) El alcance de los servicios de intermediación.
- 4) Los costos del producto y su comercialización, de acuerdo con lo establecido en el art. 9 de la ley 1328 de 2009.
- 5) La forma de vinculación contractual del intermediario con la entidad aseguradora y su estado de inscripción en el Sistema Unificado de Consulta de Intermediarios de Seguros (SUCIS).
- 6) La responsabilidad que como intermediario le corresponde frente al consumidor financiero.
- 7) La autorización otorgada por la entidad aseguradora para comercializar el producto de seguros ofrecido.
- 8) El procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para la reclamación de un siniestro.
- 9) Los canales por medio de los cuales 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. Así mismo declaro que el presente documento es diligenciado de manera personal o es diligenciado bajo mi consentimiento

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 _____.

Firma del Solicitante

Nombre del Solicitante

No. Cédula: _____

**HUELLA ÍNDICE
DERECHO**

Firma Funcionario (Suscripción): _____

- Aprobado
 Aplazado
 Rechazado
 Extraprima por Salud

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

Observaciones:

FECHA DE AFILIACIÓN
NO. DE CARNÉ CLUB RECORDAR
FECHA DE VIGENCIA

D	M	A
---	---	---

D	M	A
---	---	---

DATOS DEL AFILIADO TITULAR

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	E-MAIL	CELULAR
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	BARRIO	CIUDAD	TELÉFONO

TIPOS DE PLAN

<input type="checkbox"/> PLAN GRUPO BÁSICO FAMILIAR SOLTERO	<input type="checkbox"/> PLAN SIETE	<input type="checkbox"/> PLAN MULTIFAMILIAR	<input type="checkbox"/> PLAN DE INDIVIDUALIDADES
<input type="checkbox"/> PLAN GRUPO BÁSICO FAMILIAR CASADO	<input type="checkbox"/> PLAN SEIS	<input type="checkbox"/> PLAN CULTIVOS	<input type="checkbox"/> PLAN PREFERENCIAL
<input type="checkbox"/> PLAN OCHO	<input type="checkbox"/> PLAN BASE	<input type="checkbox"/> PLAN DISTRITAL	<input type="checkbox"/> PLAN CONTINUIDAD

OTROS SERVICIOS

REPATRIACIÓN		
<input type="checkbox"/> PRIMERA PÉRDIDA	<input type="checkbox"/> SÓLO TITULAR	<input type="checkbox"/> BENEFICIARIO ELEGIDO

ALTERNATIVAS

<input type="checkbox"/> CLÁSICA	\$	<input type="text"/>	MENSUALES	ADICIONALES	\$	<input type="text"/>	MENSUALES
<input type="checkbox"/> SUPERIOR	\$	<input type="text"/>	MENSUALES	ADICIONALES	\$	<input type="text"/>	MENSUALES
<input type="checkbox"/> EXCELENCIA	\$	<input type="text"/>	MENSUALES	ADICIONALES	\$	<input type="text"/>	MENSUALES

LA DIFERENCIA ENTRE ESTAS TRES ALTERNATIVAS RADICA EN EL TAMAÑO DE LA SALA DE VELACIÓN, CARACTERÍSTICAS DIFERENTES DEL COFRE FÚNEBRE (en las localidades donde se den estas diferencias).

BENEFICIARIOS DEL PLAN

PARENTESCO DE LOS BENEFICIARIOS	NOMBRES	APELLIDOS	EDAD	CIUDAD DE RESIDENCIA

BENEFICIARIOS ADICIONALES

NOMBRES	APELLIDOS	EDAD	CIUDAD DE RESIDENCIA

1. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN PERSONAL: Como responsables del uso de la información de nuestros clientes damos cumplimiento a la Ley 1581 de 2012 de Protección de Datos Personales, poniendo a su disposición en www.gruporecordar.co el aviso de protección de datos personales en el que encontrará: **a)** Aviso de privacidad y política para el tratamiento de su información personal, **b)** Registro de autorización para el tratamiento de información personal. **2. REGISTRO DE AUTORIZACIÓN PARA EL MANEJO DE INFORMACIÓN PERSONAL:** Autorizo al **GRUPO EMPRESARIAL RECORDAR** compuesto por las empresas: **RECORDAR PREVISIÓN EXEQUIAL TOTAL S.A.S**, identificada con **nit: 800.192.105-1** y **PARQUES Y FUNERARIAS S.A.S**, identificada con **nit: 860.015.300-0** a realizar el tratamiento de mis datos personales para los fines indicados en la presente política. **Declaraciones del titular: a)** Toda la información suministrada a **PREVISIÓN EXEQUIAL TOTAL S.A.S**, es verdadera. **b)** Conozco los derechos y las condiciones para el tratamiento de datos indicados en la presente política. **c)** He sido informado acerca de la no obligatoriedad de las respuestas a las preguntas que me sean hechas, cuando éstas versen sobre datos sensibles tales como: origen racial o étnico, orientación política, convicciones religiosas o pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales de derechos humanos, datos relativos a la salud, a la vida sexual y a los datos biométricos o sobre los datos de niños, niñas y adolescentes. **d)** Conozco los datos de contacto, puntos de información y demás canales de comunicación por los cuales autorizo o modifico el tratamiento de mis datos personales.

Autorizo el tratamiento de mis datos personales: **SI** **NO**

Deseo inscribirme a Club Recordar y me gustaría recibir noticias y ofertas especiales de **CLUB RECORDAR** y **RECORDAR S.A.S**: **SI** **NO**

DECLARO QUE: Nosotros, el titular y los beneficiarios al momento de suscribir la presente afiliación manifestamos que gozamos de buena salud y no tenemos diagnóstico de enfermedades terminales, ni historia médica de cáncer o sida. Autorizo a Recordar S.A.S, para que al momento de requerir el servicio solicite la presentación del certificado de defunción, fotocopia del documento de identidad del afiliado titular y de la persona fallecida; así como la historia clínica o epicrisis.

Firma: _____

Autorizo a _____ descontar mensualmente de mi sueldo o aportes la suma de _____ pesos m/cte. (\$ _____) para cubrir la cuota mensual del plan de Previsión Exequial.

DECLARO QUE CONOZCO Y ACEPTO EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO.

FIRMA DEL AFILIADO TITULAR

DEPENDENCIA

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR RECORDAR S.A.S

FORMA DE PAGO	V/R CUOTA MES \$	CONTRATO N°	NOMBRE COMPLETO DEL EJECUTIVO	CÓDIGO	NOMBRE COMPLETO DEL AFILIADOR	CÓDIGO
---------------	---------------------	-------------	-------------------------------	--------	-------------------------------	--------

Para Plan Continuidad o Preferencial relacione el nombre de la empresa donde laboró y el número del contrato de previsión que adquirió: _____