



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 sombreados con letra legible desde el espacio **DATOS DEL ASEGURADO**, diligencie las declaraciones de salud, beneficiarios del asegurado mínimo uno máximo seis

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 afiliar, 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 DIA MES AÑO TIPO CONTRATO FIJO INDEFINIDO DEPENDENCIA/ÁREA CARGO/OCUPACIÓN

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

¿USTED DECLARA RENTA? SI NO

SALARIO MENSUAL \$

SALARIO VARIABLE \$

OTROS INGRESOS \$

CONCEPTO OTROS INGRESOS

DETALLE PRINCIPALES ACTIVOS

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

DETALLE PRINCIPALES PASIVOS

\$	<input type="text"/>
\$	<input type="text"/>
\$	<input type="text"/>
\$	<input type="text"/>
\$	<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 SARLAFT

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, 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 SARLAFT:

1. Declaro que los activos, ingresos, bienes y demás recursos provienen de actividades legales conforme a lo descrito en mi actividad económica principal y ocupación.
2. 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.
3. Eximo a FONDO DE EMPLEADOS DE MEALS DE COLOMBIA, 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.
4. Autorizo a FONDO DE EMPLEADOS DE MEALS DE COLOMBIA, para que verifique y realice las consultas que estime necesarias con el propósito de confirmar la información registrada en este formulario.
5. Los recursos que utilizo para realizar los pagos e inversiones en el FONDO DE EMPLEADOS DE MEALS DE COLOMBIA tienen procedencia lícita y están soportados con el desarrollo de actividades legítimas.
6. No he sido, ni me encuentro incluido en investigaciones relacionadas con Lavado de Activos o Financiación del Terrorismo.
7. 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 para dar cumplimiento a la normatividad vigente.

AUTORIZACIONES

1. Autorizo al FONDO DE EMPLEADOS DE MEALS DE COLOMBIA a descontar de mi nómina los valores correspondientes a cuotas y/o valores acordados para Ahorro, Aportes y Créditos.
2. Autorizo al FONDO DE EMPLEADOS DE MEALS DE COLOMBIA a 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.
3. Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo al FONDO DE EMPLEADOS DE MEALS DE COLOMBIA para que la verifique.
7. Autorizo al FONDO DE EMPLEADOS DE MEALS DE COLOMBIA, para que verifique la veracidad y realice las consultas en listas vinculantes, restrictivas o cualquier otra fuente que estime necesaria con el propósito de confirmar la información registrada en este formulario, para el control y prevención de LA/FT/FPADM.
4. Autorizo a FONDO DE EMPLEADOS DE MEALS DE COLOMBIA para que consulte y reporte información a las centrales de riesgo.

FIRMA

HUELLA

PARA USO EXCLUSIVO FONMEALS

FECHA VERIFICACIÓN DIA MES AÑO HORA

NOMBRE EMPLEADO

CARGO EMPLEADO

¿Se consultó en la lista ONU? SI NO

¿Se consultó en la lista OFAC? SI NO

LUGAR ENTREVISTA OFICINA MEET

RESULTADO ACEPTADO RECHAZADO

FIRMA

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Como titular de la información, autorizo al **FONDO DE EMPLEADOS DE MEALS DE COLOMBIA**, (en adelante **FONMEALS**), identificada con NIT número **860521740-8**, domiciliada en la ciudad de **Bogotá** con dirección de sus instalaciones en **Calle 98 # 70 - 90**; contacto en el correo **fonmeals@gmail.com** para que, de conformidad con el marco normativo general en materia de protección de datos personales para Colombia y, en su calidad de Responsable del Tratamiento de la información (en adelante "el Responsable" o, "la Compañía"), pueda tratar mis datos conforme se detalla a continuación:

CARÁCTER FACULTATIVO

Entiendo que **NO** estoy obligado a suministrar mis datos sensibles tales como: origen racial o étnico, orientación política, convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos, partidos políticos o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos para que el Responsable los trate. Sin embargo y, teniendo conocimiento del carácter facultativo frente su entrega, autorizo su tratamiento por parte de **FONMEALS**.

ACTIVIDADES DE TRATAMIENTO

FONMEALS podrá realizar la recolección, almacenamiento, administración, procesamiento, creación de bases de datos, supresión, circulación, transmisión, transferencia, utilización y/o conservación, de mis datos personales, de acuerdo con las finalidades descritas en el presente documento.

FINALIDADES

- a. Efectuar las gestiones pertinentes para el desarrollo de la etapa precontractual, contractual y postcontractual, respecto de cualquiera de los productos o servicios ofrecidos por **FONMEALS**. Entre las gestiones, se incluye la solicitud de documentación, verificación de los datos suministrados, consulta en fuentes públicas de información, entre otras.
- b. Estudiar y atender la(s) solicitudes de servicios solicitados por el asociado en cualquier tiempo.
- c. Informar de manera directa o indirecta sobre nuevos productos, servicios, promociones, eventos y demás contacto con fines de mercadeo.
- d. Consultar, informar, reportar, procesar o divulgar a los Operadores de Información y/o a las entidades administradoras de bases de datos o centrales de información y riesgo, o a cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, todo lo referente a la información personal, comercial y financiera del cliente así como la información que se refiere a su comportamiento (presente, pasado y futuro) comercial, su cumplimiento en el pago de obligaciones pecuniarias y contractuales como cliente, en general su comportamiento de pago, y, en especial, sobre el nacimiento, modificación y extinción de obligaciones contraídas o que llegare a contraer con **FONMEALS**, los saldos que a su favor resulten de todas las operaciones realizadas, que bajo cualquier modalidad se hubiesen otorgado o se otorguen en el futuro.
- e. Enviar la notificación previa al reporte negativo a las centrales de información a través de aplicaciones de mensajería instantánea, mensajes de texto, llamadas o correo electrónico, de acuerdo con la información suministrada por el titular o aquella obtenida por medio de herramientas o sistemas internos o externos.
- f. Reportar a las centrales de información crediticia datos sobre el cumplimiento oportuno o sobre el incumplimiento, si lo hubiere, de las obligaciones o de los deberes legales de contenido patrimonial, derivadas de la afiliación, solicitud de crédito u otro documento suscrito o que llegue a suscribir con El Responsable, y lo referente al cumplimiento en el pago de las obligaciones existentes a favor de **FONMEALS**.
- g. Informar sobre cambios en nuestros productos y servicios.
- h. Gestionar trámites, tales como peticiones, quejas, consultas y reclamos, relacionadas con la calidad del producto, eventos adversos u otra información derivada de la relación contractual.
- i. Llevar a cabo el proceso de actualización de datos
- j. Desarrollar actividades comerciales y de mercadeo, tales como: análisis de consumo; perfilamiento, trazabilidad de marca; envío de novedades, publicidad, promociones, ofertas y beneficios; programas de fidelización de asociados; investigación de mercado; generación de campañas, capacitaciones y eventos.
- k. Contactar al titular de la información a través de los canales autorizados para el envío de extractos, estados de cuenta o cualquier otra información en relación con las obligaciones derivadas.
- l. Gestiones inherentes a los procedimientos internos del fondo de empleados.
- m. Suministrar a autoridades, entes de control, los datos personales necesarios para la realización de estudios y en general la administración de sistemas de información del sector correspondiente, cuando aplique.
- n. Realizar procesos de transmisión o transferencia de datos con terceros que actúen como Responsables o Encargados del Tratamiento de datos personales, ubicados dentro o fuera del territorio colombiano, a quienes aplicarán las mismas finalidades mencionadas en la presente autorización.
- o. Atender requerimientos de auditoría externa y de autoridades competentes.

- p. Adelantar el control y prevención de fraudes, lavado de activos y/o financiación del terrorismo
- q. A ser contactado mediante los siguientes canales

Canales de contacto	SI	NO
Llamadas a celular		
Llamadas a teléfono fijo		
Mensajes de texto		
Mensajes por aplicaciones		
Correo electrónico		
Correspondencia física		

- r. Recibir información por los canales autorizados de forma directa, por medio de terceros o por futuros cesionarios de la obligación en el horario comprendido entre lunes a viernes y de 7:00 am a 7:00 pm, y sábados de 8:00 am a 3:00 pm para efectos de adelantar gestiones de cobranza relacionada con obligaciones dinerarias adquiridas entre el titular y el responsable en virtud de la adquisición de bienes y servicios.
- s. Recibir información por los canales autorizados de forma directa o por medio de terceros en el horario comprendido entre lunes a viernes y de 7:00 am a 7:00 pm, y sábados de 8:00 am a 3:00 pm para efectos del envío de información de productos, servicios, promociones y demás información de carácter comercial y publicitario relacionados con las actividades económicas ejecutadas por el Responsable.
- t. Realizar cualquier actividad de tratamiento de datos personales en aras de la alimentación o conformación de bases de datos.
- u. Ser contactado en un horario diferente a los establecidos en la Ley 2300:

SI _____	NO _____
----------	----------

DERECHOS

Cuando así lo considere pertinente, el titular podrá ejercer los siguientes derechos:

1. Conocer, actualizar y rectificar sus datos personales cuando estos sean 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 las excepciones del artículo 10 de la ley 1581.
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 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
5. Revocar la autorización o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales, **a menos que exista un deber legal o contractual que haga imperativo conservar la información.**

Para más información, consulte nuestra Política de Tratamiento Datos Personales en la página WWW.FONMEALS.COM.CO Igualmente, usted puede ejercer sus derechos enviando una solicitud al correo fonmeals@gmail.com.

Para constancia, se firma a los _____ días del mes _____ del año _____

Firma _____

Nombre Completo _____

No. Cédula _____

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.

CALLE 98 N° 70-90 TELÉFONOS: 643 91 20 EXT 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.

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 (Canales relacionados al final del presente documento).
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 _____ ().

Firma _____

Nombre _____

Huella dactilar

No. Cédula _____ Fecha de Expedición _____

Dirección _____ Ciudad _____

Número de celular _____ Correo electrónico Personal _____

De conformidad con lo estipulado en el artículo 34 de la ley 23 de 1981 y de tales normas autorizo a MAPFRE, para que a partir de la firma de la presente solicitud y aún después de mi muerte, solicite y reciba de cualquier entidad prestadora de servicios de salud que me haya atendido, copia de mi historia clínica y de todos aquellos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y de sus anexos. De la misma manera, autorizo expresamente para que solicite a cualquier persona o entidad, información de carácter financiero, comercial y personal, y/o para confirmar las bases de datos de seguros de personas de riesgos agravados e indemnizaciones. Será obligación del Tomador dar a conocer a los asegurados las Condiciones Generales de la presente póliza. La Aseguradora cumple la obligación del artículo 1046 del Código de Comercio con la entrega al Tomador de las Condiciones. Será responsabilidad de cada uno de los Asegurados el informarse acerca de las condiciones particulares del producto y manifestar en el tiempo y por los medios debidos las dudas que tengan al respecto.

CUANDO LA PÓLIZA SEA COLECTIVA: Será obligación del Tomador dar a conocer a los asegurados las Condiciones Generales y Particulares de la presente póliza. La Aseguradora cumple la obligación del artículo 1046 del Código de Comercio con la entrega al Tomador de las Condiciones Generales y Particulares.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

DEFINICIONES

Compañías significan las sociedades MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. y MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. Compañía del Grupo significa cualquier persona jurídica que directamente controle, esté controlada por o esté bajo control común de las Compañías, incluyendo pero sin limitarse a CREDIMAPFRE S.A., MAPFRE SERVICIOS EXEQUIALES SAS, ANDIASISTENCIA S.A., CESVICOLOMBIA S.A. Compañías Tratantes significan las Compañías, las Compañías del Grupo, las Terceras Compañías y cualquier otra sociedad que trate Mis Datos Personales de conformidad con el presente documento. Mis Datos Personales significa cualquiera o todos los Datos Personales (tal como se entienden estos bajo la legislación aplicable) que he entregado con anterioridad a las Compañías Tratantes, que entrego con este documento, que entregue en el futuro o que las Compañías Tratantes reciban de conformidad con este documento para su Tratamiento, incluyendo mis Datos Personales Sensibles, tales como datos sobre la salud y datos biométricos. Terceras Compañías significa las sociedades a las que la Compañía o alguna de las Compañías del Grupo le entregan Mis Datos Personales en virtud de las autorizaciones que otorgo en este documento, incluyendo a: (i) Aquellas que actúan como Encargadas de Mis Datos Personales; (ii) Cualquier intermediario de seguros de las Compañías Tratantes; (iii) Cualquier sociedad con la que las Compañías o las Compañías del Grupo hayan celebrado contratos para apoyar la prestación de sus servicios o el ofrecimiento, venta o soporte de sus servicios y/o productos o productos y/o servicios complementarios, tales como investigadores, ajustadores, compañías de asistencia, abogados externos, canales comerciales, servicios profesionales, etc.; (iv) Operadores, en el sentido que tiene esta palabra bajo la ley 1266 de 2008; y (v) Fasecolda e Inverfas S.A. para efectos del cumplimiento de sus obligaciones gremiales y legales.

DECLARACIONES

Declaro y garantizo que (A) He sido informado de mis derechos como titular de Mis Datos Personales, dentro de los que se encuentran los siguientes: (i) Conocer, actualizar y rectificar Mis Datos Personales frente a las Compañías Tratantes; (ii) Solicitar prueba de esta o las demás autorizaciones que haya dado para Mis Datos Personales; (iii) Previa solicitud, ser informado sobre el uso que se ha dado a Mis Datos Personales por las Compañías Tratantes; (iv) Presentar ante la autoridad competente quejas por violaciones al régimen de protección de datos personales; (v) Solicitar la supresión de Mis Datos Personales o la revocación de mi autorización cuando la autoridad competente haya sancionado a las Compañías Tratantes por conductas ilegales en relación con Mis Datos Personales; (vi) Acceder de forma gratuita a Mis Datos Personales. (B) Conozco el carácter facultativo de las respuestas a las preguntas sobre Mis Datos Personales Sensibles o sobre niños, niñas y adolescentes. (C) Conozco las identificaciones, direcciones físicas y electrónicas y los teléfonos de las Compañías y las Compañías del Grupo que actúan como Responsables en relación con Mis Datos Personales, las cuales se incluyen en el encabezado de este documento. (D) Conozco y acepto que la no entrega o autorización de Mis Datos Personales puede imposibilitar la prestación de servicios por las Compañías Tratantes y por tanto dar lugar a la terminación de los contratos con las Compañías Tratantes. (E) Cuento con todas las autorizaciones necesarias para entregar a las Compañías Tratantes los Datos Personales de terceros (como por ejemplo asegurados, beneficiarios, etc.) que he entregado o que entregue para su Tratamiento.

AUTORIZACIONES

Otorgo mi autorización expresa, explícita e informada a las Compañías y a las Compañías Tratantes para que realicen cualquier operación de tratamiento sobre Mis Datos Personales (incluyendo los recolectados o tratados con anterioridad a este documento por las Compañías Tratantes) con las siguientes finalidades: (i) Tramitar mi solicitud como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor; (ii) Negociar y celebrar contratos con las Compañías Tratantes, incluyendo la determinación y análisis de primas y riesgos, y ejecutar los mismos (incluyendo envío de correspondencia); (iii) Ejecutar y cumplir los contratos que celebren las Compañías con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir su actividad aseguradora y los servicios que yo contrate, incluyendo actividades de coaseguro y reaseguro; (iv) El control y prevención de fraudes, lavado de activos, la financiación del terrorismo o la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; (v) Determinar y liquidar pagos de siniestros; (vi) Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; (vii) Elaborar estudios técnico-actuariales, encuestas, análisis de tendencias de mercado y en general cualquier estudio técnico o de campo relacionado con el sector asegurador o la prestación de servicios de las Compañías Tratantes; (viii) Que las Compañías Tratantes me envíen ofertas de sus productos o servicios o comunicaciones comerciales de cualquier clase relacionadas con los mismos, a través de cualquier medio de comunicación, incluyendo pero sin limitarse a ofertas de productos y servicios de Terceras Compañías; (ix) Que las Compañías Tratantes consulten, obtengan, actualicen y/o divulguen a centrales de riesgo crediticio u operadores de bancos de datos de información financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países o entidades similares cualquier información sobre el nacimiento, la modificación, el cumplimiento o incumplimiento y/o la extinción de las obligaciones que yo llegue a contraer con la Compañía o con cualquier otra de las Compañías Tratantes con el fin de que estas centrales u operadores y las entidades a ellas afiliadas consulten, analicen y utilicen esta información para sus propósitos legales o contractuales, incluyendo la generación de perfiles individuales y colectivos de comportamiento crediticio y de otra índole, la realización de estudios y actividades comerciales; (x) Crear bases de datos de acuerdo a las características y perfiles de los titulares de Datos Personales; y (xi) Envío de información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al IRS o a otras autoridades de Estados Unidos u otros países, en los términos del FATCA o de normas de similar naturaleza de terceros países o de tratados internacionales.

Otorgo mi autorización expresa e informada a las Compañías y a las Compañías del Grupo para que Mis Datos Personales sean transferidos, transmitidos y Tratados por Terceras Compañías. Las Compañías Tratantes podrán estar ubicadas en Colombia o en el extranjero, incluso en países que no proporcionen niveles adecuados de protección de datos.

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES

Las Compañías Tratantes podrán Tratar y conservar Mis Datos Personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación entre las Compañías Tratantes y/o la atención de cualquier queja o reclamo judicial o extrajudicial.

01042020-1326/1430-P-34-VTE5301ABRIL2020

NOMBRE ASEGURADO

IDENTIFICACIÓN TOMADOR

Entiéndase la palabra "MAPFRE" y "MAPFRE COLOMBIA" como MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. y MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

MGL1575 SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA GRUPO DE UJDORES

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: _____