

EMPRESA	DEPENDENCIA	CÓDIGO EMPLEADO	CIUDAD	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DD MM AA AA
---------	-------------	-----------------	--------	--

DATOS PERSONALES

NOMBRES Y APELLIDOS		TIPO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN T.I. <input type="radio"/> C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>			FECHA DE EXPEDICIÓN DD MM AA AA	
LUGAR DE EXPEDICIÓN/CIUDAD	DEPARTAMENTO	FECHA DE NACIMIENTO DD MM AA AA	LUGAR DE NACIMIENTO/CIUDAD	DEPARTAMENTO	NACIONALIDAD	SEXO M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>
ESTADO CASADO <input type="radio"/> SOLTERO <input type="radio"/> VIUDO <input type="radio"/> UNIÓN LIBRE <input type="radio"/>	DIRECCIÓN DOMICILIO		BARRIO	CIUDAD	DEPARTAMENTO	
CIVIL SEPARADO <input type="radio"/> DIVORCIADO <input type="radio"/> OTROS <input type="radio"/>	TELÉFONO CASA		CELULAR	E-MAIL PERSONAL	ESTRATO	NOMBRE EPS
NOMBRE DE LA EMPRESA		DIRECCIÓN EMPRESA		CIUDAD	DEPARTAMENTO	
TELÉFONO OFICINA	E-MAIL CORPORATIVO		FECHA DE INGRESO LABORAL DD MM AA AA		CARGO EN SU EMPRESA	
OCUPACIÓN U OFICIO		SUELDO BÁSICO \$	TIENE OTROS INGRESOS \$	POSEE VEHÍCULO SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	POSEE BIENES RAÍCES SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
CUENTA No.	CORRIENTE <input type="radio"/>	ENTIDAD FINANCIERA		TIENE ALGUNA DEUDA:	SECTOR SOLIDARIO <input type="radio"/>	SECTOR FINANCIERO <input type="radio"/>
		AHORROS <input type="radio"/>		CAJA COMPENSACIÓN <input type="radio"/>	OTROS <input type="radio"/>	
TIENE ESTUDIOS: PRIMARIA <input type="radio"/> BACHILLER <input type="radio"/> TECNOLÓGICO <input type="radio"/> UNIVERSITARIOS <input type="radio"/> ESPECIALIZACIÓN <input type="radio"/> MAESTRÍA <input type="radio"/> DOCTORADO <input type="radio"/> POSDOCTORADO <input type="radio"/> OTROS <input type="radio"/>						
APELLIDOS Y NOMBRES DEL CÓNYUGE		C.C.	TELÉFONO FIJO	CELULAR		
E-MAIL				Mujer/ hombre cabeza de familia SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTAR A: (NOMBRE)		TELÉFONO	PARENTESCO	REFERENCIA FAMILIAR: (NOMBRE)		PARENTESCO

DECLARACIONES DE PERSONAS PÚBLICAMENTE EXPUESTAS

DECLARACIÓN DE PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE	¿Ud. desempeña en la actualidad o ha desempeñado en los últimos 24 meses cargos o actividades en los cuales?	¿Maneja recursos públicos o tengan poder de disposición sobre estos?	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	¿Tiene o goza de reconocimiento público?	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	¿Tiene grado de poder público o desempeña una función pública prominente o destacada en el Estado relacionada con alguno de los cargos descritos en el decreto 1674 de 2016?	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	¿Tiene familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad que encajen en los escenarios descritos previamente?	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
--	--	--	---	--	---	--	---	--	---

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL ASOCIADO

Ingresos mensuales \$ _____	Activos \$ _____
Egresos mensuales \$ _____	Pasivos \$ _____
Otros ingresos mensuales \$ _____	ACTIVO - PASIVO = PATRIMONIO \$ _____
Concepto de otros Ing. mensuales _____	

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

Posee cuentas en moneda extranjera SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	Banco	Ciudad	País	Moneda	Nro. cuenta
--	-------	--------	------	--------	-------------

BENEFICIARIOS

REGISTRO SOCIAL: Inscriba a sus padres y cónyuge sin limite de edad, y a sus hijos hasta 25 años, ellos tendrán derecho a participar en eventos programados por FEDEAA y a beneficiarse de los auxilios de acuerdo con el Régimen de Fondo.

NOMBRE COMPLETO	FECHA NACIMIENTO	OCUPACIÓN	DEPENDEN DE USTED		PARENTESCO	ESCOLARIDAD	EDAD
			SI	NO			

En caso de mi fallecimiento autorizo a FEDEAA para que el valor de mis ahorros y aportes sean entregados a los siguientes beneficiarios

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	TELÉFONO	DOCUMENTO	%

VALORES A DESCONTAR DE MI SUELDO

AHORRO FIJO MENSUAL <input type="radio"/> 6% <input type="radio"/> 7% <input type="radio"/> 8% <input type="radio"/> 9% <input type="radio"/> 10% Observaciones: _____	AHORROS VOLUNTARIOS A la vista \$ _____ Contractual \$ _____ Fedeahorrito \$ _____ <input type="radio"/> 12 meses <input type="radio"/> 24 meses <input type="radio"/> 36 meses <input type="radio"/> 48 meses <input type="radio"/> 60 meses	SEGURO EXEQUIAL Grupo Familiar Valor \$ _____ SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Observaciones: _____
---	--	---

DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINACIÓN DE LOS FONDOS

Bajo la gravedad de juramento y actuando en nombre propio realizo la siguiente declaración de origen y destinación de recursos a (Fondo de Empleados FEDEAA), 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 FEDEAA, 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 FEDEAA, 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 FEDEAA 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 FEDEAA para dar cumplimiento a la normatividad vigente.

Habeas data

También declaro que he sido informado y que conozco las políticas y parámetros definidos en el manual de tratamiento de datos personales MA-GE-03, el cual se encuentra publicado en la pagina web de FEDEAA, www.fedea.com. por lo anterior, autorizo el tratamiento de mis datos personales y el de mi núcleo básico familiar.

OTRAS AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

Certifico que la información suministrada es verdadera y autorizo a FEDEAA para su comprobación. En caso de haber inconsistencias acepto se me retire como asociado de dicha entidad. En caso de ser aceptado como asociado autorizo al pagador de la empresa _____ para que deduzca de mi salario y pague a FEDEAA, el valor de las cuotas ordinarias o extraordinarias conforme a las disposiciones legales y reglamentarias. Si por algún motivo se produce mi retiro de _____ sin haber cancelado la totalidad del préstamo recibido, autorizo a _____ para que deduzca de mis salarios, prestaciones sociales, indemnizaciones y cualquier pago que deba(n) hacerle(es), las sumas adeudadas por el capital e intereses del préstamo citado.

Autorizo SI _____ NO _____ a FEDEAA para que acredite en mi cuenta corriente _____ o de ahorros _____ No. _____ de _____ el valor de los créditos aprobados a mi favor, auxilios y todo beneficio a que tenga derecho.

Autorizo, a FEDEAA a consultar, reportar, procesar, solicitar a las centrales del sector financiero o a cualquier otra entidad que maneje o administre base de datos con los mismos fines, toda la información referente al comportamiento como asociado de FEDEAA. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de las obligaciones se reflejará en la mencionada base de datos, en donde se consignan de manera completa todos los datos del actual y pasado comportamiento frente al sector y en general frente al cumplimiento de las obligaciones adquiridas.

DATOS DEL SEGURO

Yo, el abajo firmante, declaro que: (marcar con una X)

- No conozco o no me han diagnosticado ningún tipo de enfermedad, por lo tanto me encuentro en buen estado de salud.
- Padezco o he padecido las enfermedades que a continuación marco con X:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón - presión arterial | <input type="checkbox"/> Deformidades o malformaciones | <input type="checkbox"/> Enfermedades de los ojos - oídos - nariz - garganta |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades pulmonares - respiratorias - asma - tuberculosis | <input type="checkbox"/> Parálisis | <input type="checkbox"/> Enfermedades cerebrovasculares |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades digestivas - gastrointestinales | <input type="checkbox"/> Bocio - diabetes - sobrepeso | <input type="checkbox"/> Cáncer u otros tumores |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades renales - genitourinarias | <input type="checkbox"/> Enfermedades musculoesqueléticas - reumatismo - artritis | <input type="checkbox"/> Otras _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades crónicas o terminales | <input type="checkbox"/> Enfermedades nerviosas o mentales | <input type="checkbox"/> _____ |

Otra enfermedad no mencionada anteriormente (especifique) _____

En caso de haber padecido alguna enfermedad de las mencionadas anteriormente explique: _____

Enfermedad _____ Año en que fue diagnosticada _____ Tratamiento _____

Estatura (cm.) _____ Peso (kg.) _____

Si el cliente declara haber padecido de alguna enfermedad, debe solicitar autorización a
MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

AUTORIZACIONES, DECLARACIONES Y RESPONSABILIDADES

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que las respuestas que he de dar al médico que me reconozca según el caso y que figuren en esta declaración de mi estado de salud, serán base para la expedición de la póliza de seguro, rehabilitación o modificación de la misma y en que MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., no asume responsabilidad alguna, sino mediante la expedición de la póliza o certificado de rehabilitación o modificación, previo pago de la prima de seguro siempre que para entonces me encuentre en buen estado de salud. Si se comprobare en cualquier tiempo que en tales declaraciones ha habido por mi parte error, falsedad, omisión o retención que de haber sido conocidas por MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., hubieran inducido a rechazar el riesgo, disminuir su cuantía o cobrar una prima superior a la cotizada inicialmente, acepto la anulación de la póliza o la disminución de su valor a elección de la Aseguradora.

Así mismo declaro que no realizo actividad ilícita alguna y que no estoy inmerso en ningún proceso penal. Declaro que todos mis ingresos y bienes provienen de mis actividades lícitas.

De conformidad con lo estipulado en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981 y de tales normas autorizo a MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., 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 documentos 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 consultar y reportar a las bases de datos de seguros de personas de riesgos agravados e indemnizaciones.

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. Será responsabilidad de cada uno de los asegurados el informarse acerca de las condiciones generales y particulares del producto y manifestar en el tiempo y por los medios debidos las dudas que tenga al respecto.

SI LA ASEGURADORA MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., CON BASE EN LAS ENFERMEDADES DECLARADAS O MEDIANTE EXÁMENES ADICIONALES, ESTABLECE LA NECESIDAD DE EXIGIR EL PAGO DE UNA EXTRAPRIMA, EL INGRESO DEL SOLICITANTE A LA PÓLIZA SOLO TENDRÁ LUGAR A PARTIR DE LA FECHA EN QUE LA COMPAÑÍA EMITA CONCEPTO SOBRE LA ACEPTACIÓN DEL INGRESO, LA FALTA DE CONCEPTO FORMAL SE ENTENDERÁ COMO NEGATIVA DE INGRESO.

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) Fasecolida 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 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 bases 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.

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE SUMINISTRO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

FIRMA _____

Huella

ACEPTADO (GERENCIA) _____

C.C. _____

INFORMACIÓN ENTREVISTA

LUGAR DE LA ENTREVISTA _____

FECHA DE LA ENTREVISTA: DÍA _____ MES _____ AÑO _____ HORA _____

FIRMA _____

OBSERVACIONES _____

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

DÍA MES AÑO

FECHA DE VERIFICACIÓN: DÍA _____ MES _____ AÑO _____ HORA _____

RESULTADO: APROBADO RECHAZADO

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN VERIFICA _____

FIRMA _____

OBSERVACIONES _____

SE REALIZARON LAS CONSULTAS Y VALIDACIONES DE LA LISTA ONU Y LISTA OFAC SI NO

FECHA DE VERIFICACIÓN: DÍA _____ MES _____ AÑO _____ PERSONA RESPONSABLE _____

FECHA DE INGRESO A FEDEAA: NÚMERO DE ASOCIACIÓN: