Fonreginal
ESFUERZO DE TODOS

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

CIUDAD _____

Comedidamente se solicita se considere el ingreso como asociado a FONREGINAL. Dicha afiliación se hará efectiva una vez se realice el primer aporte, para lo cual, se suministra la siguiente información:

DIA | MES | AÑO

INFORMACION PERSONAL

APELLIDOS		NOMBRES		
TIPO C.C. [X] C.E. [ ] OTRO [ ]	N° IDENTIFICACIÓN	FECHA DE EXPEDICIÓN DD / MM / AAAA	EXPEDIDA EN	FECHA DE NACIMIENTO DD / MM / AAAA
LUGAR DE NACIMIENTO	GENERO [X] FEMENINO [ ] MASCULINO [ ] OTRO	ESTADO CIVIL [ ] SOLTERO [ ] CASADO [ ] SEPARADO [X] VIUDO [ ] U.LIBRE		
NÚMERO DE HIJOS "MENORES" DE 18 AÑOS [ ]	NÚMERO DE HIJOS "MAYORES" DE 18 AÑOS [ ]	F. NACIMIENTO HIJO 1 DD / MM / AAAA	F. NACIMIENTO HIJO 2 DD / MM / AAAA	F. NACIMIENTO HIJO 3 DD / MM / AAAA	F. NACIMIENTO HIJO 4 DD / MM / AAAA
"MADRE" CABEZA DE FAMILIA SI [X] NO [ ]	"PADRE" CABEZA DE FAMILIA SI [ ] NO [X]	¿PERTENECE A UN GRUPO ETNICO? [ ] INDIGENA [ ] AFROCOLOMBIANO [ ] RAIZAL [ ] ROM (GITANO) [ ] PALENQUERO [X] NINGUNO		
E- MAIL PERSONAL	CELULAR	TELEFONO FIJO	PROFESIÓN	
NIVEL ACADEMICO PRIMARIA [ ] BACHILLERATO [ ] TECNICO [ ] TECNOLOGO [ ] PREGRADO [ ] POSGRADO [X] DOCTORADO [ ]	TIPO DE VIVIENDA PROPIA [ ] ARRIENDO [X] FAMILIAR [ ] LEASING [ ]			
DIRECCION DE RESIDENCIA	BARRIO la clarita			
CIUDAD	DEPARTAMENTO	ESTRATO	LUGAR DE RESIDENCIA ÁREA URBANA [X] ÁREA RURAL [ ]	TIEMPO DE RESIDENCIA [ ]
REFERENCIA FAMILIAR NOMBRE	TELEFONO / CELULAR	DIRECCION DE RESIDENCIA DEL FAMILIAR		

INFORMACION LABORAL Y FINANCIERA

TIPO DE CONTRATO CARRERA [X] FIJO [ ] INDEFINIDO [ ] PROVISIONAL [ ] PENSIONADO [ ]	**(SI ES PENSIONADO)** ENTIDAD QUE PAGA LA PENSIÓN	MESADA PENSIONAL $		
FECHA INICIO DE PENSIÓN DD / MM / AAAA	**(SI ES ASALARIADO)** EMPRESA DONDE LABORA	DEPENDENCIA DONDE LABORA	FECHA DE INGRESO DD / MM / AAAA	
CARGO	DIRECCION DE LA EMPRESA	E-MAIL DE EMPRESA		
TELEFONO EMPRESA	EXTENSION	CIUDAD DONDE LABORA	DEPARTAMENTO DONDE LABORA	
NUMERO DE CUENTA	BANCO	TIPO DE CUENTA AHORROS [ ] CORRIENTE [X]		
SALARIO $	TOTAL INGRESOS $	TOTAL GASTOS $ 1.	¿TIENE OTROS INGRESOS? SI [ ] NO [X]	VALOR OTROS INGRESOS $
DESCRIPCION DE OTROS INGRESOS	TOTAL ACTIVOS $	TOTAL PASIVO $	TOTAL PATRIMONIO $	
¿DECLARA RENTA? SI [ ] NO [X]	CORTE INFORMACION DD / MM / AAAA	*¿ES UNA PERSONA PEP? SI [ ] NO [X]	¿ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS? SI [ ] NO [X]	¿TIENE RECONOCIMIENTO PUBLICO? SI [ ] NO [ ]	¿EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PUBLICO? SI [ ] NO [X]

* PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (Si se le ha confiado una responsabilidad pública prominente)

TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA

¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI [ ] NO [X]	EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE EL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA QUE NORMALMENTE REALIZA: EXPORTACIONES [ ] IMPORTACIONES [ ] INVERSIONES [ ] GIROS [ ] OTROS [ ] ¿CUAL?

EN CASO DE POSEER PRODUCTOS EN MONEDA EXTRANJERA, DILIGENCIE LOS SIGUIENTES CAMPOS:

TIPO DE PRODUCTO	ENTIDAD	CIUDAD / PAIS	N° DE CUENTA	MONEDA

PORCENTAJES DE APORTES

AUTORIZO REALIZAR DESCUENTO DE APORTES SOBRE EL SALARIO BASICO O MESADA PENSIONAL, SEGUN PORCENTAJE:

5 % [X] 6 % [ ] 7 % [ ] 8 % [ ] 9 % [ ] 10 % [ ]

CONDICIONES POLIZA EXEQUIAL

LA POLIZA EXEQUIAL TIENE CUBRIMIENTO PARA EL TITULAR, HIJOS MENORES DE 30 AÑOS DEL TITULAR, CONYUGE, PADRES DEL TITULAR O EN AUSENCIA DE LOS PADRES, LOS SUEGROS.

ACEPTO ADQUIRIR LA POLIZA EXEQUIAL SI [X] NO [ ] ¿POR QUE NO DESEA TOMARLA? _____

INFORMACION PARA INCLUSION AL PLAN DE LOS OLIVO

Comedidamente se solicita se suministre la siguiente información para inclusión al plan Exequial de Los Olivos; la cual, será anexada al formulario de afiliación.

INFORMACION PERSONAL

APELLIDOS	NOMBRES	
TIPO DOCUMENTO C.C. [X] C.E. [ ] OTRO [ ] CUÁL: _____	No. DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO DD / MM / AAAA
ESTADO CIVIL SOLTERO [ ] CASADO [ ] SEPARADO [ ] VIUDO [ ] U. LIBRE [X]	CIUDAD RESIDENCIA	
DIRECCIÓN	BARRIO	TELÉFONO
CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	OCUPACIÓN
ENTIDAD CONVENIO **FONREGINAL**		

INFORMACION BENEFICIARIOS

HIJOS MENORES DE 30 AÑOS (que no tengan hijos), CONYUGE, PADRES (en ausencia de padres los suegros).

BENEFICIARIO 1

APELLIDOS		NOMBRES	
TIPO DOCUMENTO C.C. [ ] C.E. [ ] OTRO [ ]	NO. DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO DD / MM / AAAA	PARENTESCO

BENEFICIARIO 2

APELLIDOS		NOMBRES	
TIPO DOCUMENTO C.C. [X] C.E. [ ] OTRO [ ]	NO. DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO DD / MM / AAAA	PARENTESCO

BENEFICIARIO 3

APELLIDOS		NOMBRES	
TIPO DOCUMENTO C.C. [ ] C.E. [ ] OTRO [ ]	NO. DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO DD / MM / AAAA	PARENTESCO

BENEFICIARIO 4

APELLIDOS		NOMBRES	
TIPO DOCUMENTO C.C. [ ] C.E. [ ] OTRO [ ]	NO. DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO DD / MM / AAAA	PARENTESCO

BENEFICIARIO 5

APELLIDOS		NOMBRES	
TIPO DOCUMENTO C.C. [ ] C.E. [ ] OTRO [ ]	NO. DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO DD / MM / AAAA	PARENTESCO

BENEFICIARIO 6

APELLIDOS		NOMBRES	
TIPO DOCUMENTO C.C. [ ] C.E. [ ] OTRO [ ]	NO. DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO DD / MM / AAAA	PARENTESCO

INFORMACIÓN FAMILIAR

NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIDAD	C.C	T.I	PARENTESCO	GENERO	CELULAR	%
		☐	☐		F / M		
		☐	☐		F / M		
		☐	☐		F / M		
		☐	☐		F / M		

RELACIONE SI TIENE ACTUALMENTE FAMILIARES ASOCIADOS A FONREGINAL

N° DE IDENTIFICACION	APELLIDOS	NOMBRES	PARENTESCO

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DATOS PERSONALES - HABEAS DATA

Autorizo de manera expresa e irrevocable a FONREGINAL, a quien represente, o a quien ceda sus derechos, o a quien ésta contrate para el ejercicio de los mismos, sus obligaciones o su posición contractual a cualquier título, en relación con los productos o servicios de los que soy titular, o como representante de éste, para que consulte, solicite, suministre, reporte, procese, obtenga, recolecte, compile, confirme, intercambie, modifique, emplee, analice, estudie, conserve, reciba y envíe mis datos personales, lo que incluye toda la información relativa a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial y de servicios, así como los datos personales de los administradores y/o accionistas de la entidad que represento, y a los que la entidad tenga acceso en desarrollo de las finalidades previstas en la presente autorización. En los términos de la ley 1581 de 2012, manifiesto de manera expresa, que he sido informado del tratamiento al que serán sometidos mis datos y su finalidad, conforme con el documento que declaro haber recibido de FONREGINAL. Igualmente autorizo a FONREGINAL para solicitar y reportar a la Central de Información del Sector Financiero -CIFIN- o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento que surja por cualquier vínculo que posea con la entidad.

AUTORIZACION CENTRALES DE RIESGO

Autorizo a FONREGINAL a reportar, procesar, solicitar y divulgar a la Central de Información Financiera del sector financiera– CIFIN, o cualquier otra entidad que manejo o administre base de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento que surja por cualquier vincula que posea con la entidad. Lo anterior implican que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejara en las mencionadas base de datos, en donde se consignen de manera completa, todos los datos referentes a mí, actual y pasado, comportamiento de mis obligaciones frente a la entidad, igualmente acepto que conozco toda la información correspondiente al crédito que estoy solicitando de acuerdo a las disposiciones legales y reglamentarias vigentes, así mismo autorizo a FONREGINAL para consultar cualquier base de datos o información de la empresa que genera el vincula laboral referente a los embargos o procesos judiciales en mi contra. Así mismo autorizo consultar el banco y el número de mi cuenta de ahorro o corriente, donde me consignan mi mesada salarial.

ORIGEN DE RECURSOS

El abajo firmante, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizó la siguiente declaración de origen de fondos con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular 04 de 2017 expedida por la Superintendencia de la Economía Solidaria, y demás normas legales que regulen la prevención y control del lavado de activos y financiación del terrorismo en las organizaciones de economía solidaria. 1. Declaro que los recursos que entregaré no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que los modifique o adicione. 2. En general, no admitiré o permitiré a terceras personas el uso de la cuenta para la administración y/o utilización de recursos que se deriven de la actividad económica de éstas, aun cuando tales actividades . 3. Autorizo a saldar las cuentas de depósitos que mantenga en esta institución, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales contendidos en este documento, eximiendo a la entidad de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de violación del mismo. 4. Autorizo a FONREGINAL para tomar las medidas correspondientes, en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a la entidad de toda responsabilidad que se derive de ello. 5. Me obligo con FONREGINAL a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario, para lo cual me comprometo a reportar por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tengan dispuesto FONREGINAL.

FIRMA Y HUELLA

Declaro que la información consignada en el presente formulario es verídica y que cualquier inexactitud es de mi exclusiva responsabilidad. Autorizo a FONREGINAL para que pueda confrontar en todo momento y con cualquier entidad y autoridad, los aspectos necesarios para mi ingreso y permanencia como asociado del fondo de empleados, así como para las demás actuaciones que se deriven de esta relación.

Como constancia doy por leido, entendido y aceptado todo lo anterior descrito. Se firma a los _____ dias del mes de _____ del año _____.

_____ **SOLICITANTE. C.C N°o.**

_____ **FIRMA**

INDICE DERECHO

ESPACIO EXCLUSIVO PARA FONREGINAL

AUTORIZACION DESCUENTO POR VALOR DE : _____

FECHA APROBACION : DD / MM / AAAA

N° ACTA DE APROBACION: _____

AUTORIZADO POR: _____

REVISADO POR: _____

FECHA REVISION : DD / MM / AAAA

SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO

Aseguradora Solidaria de Colombia
¡Siempre junto a ti!

Compañía de Seguros

◯ ASEGURADO PRINCIPAL ◯ ASEGURADO EXTENSIVO

DATOS DEL TOMADOR

NIT NO.	RAZÓN SOCIAL:		
860074958 - 8	FONREGINAL		
DIRECCIÓN: AV CLL 26 51 - 50 OFC 1 - 10	**TELÉFONO:** 6019143953	**CIUDAD / MUNICIPIO:** BOGOTÁ	**DEPARTAMENTO:** CUNDINAMARCA

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

◯ CC ◯ CE ◯ PASAPORTE ◯ OTRO ¿CUÁL? _____ 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: DÍA MES AÑO | **SEXO** M ◯ F ◯ | **ESTADO CIVIL** SOLTERO ◯ CASADO ◯ VIUDO ◯ SEPARADO ◯ DIVORCIADO ◯ UNIÓN LIBRE ◯

PESO KG | **ESTATURA** MTS | DIESTRO ◯ ZURDO ◯ AMBIDIESTRO ◯ | **DEPORTES QUE PRACTICA:**

OCUPACIÓN DETALLADA: | **VALOR ASEGURADO** $ | **INGRESOS MENSUALES** $

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD ASEGURADO

Las declaraciones registradas en el presente documento serán 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, en cumplimiento de la Ley 2475 de 2025, se informa al solicitante que le asiste el derecho al olvido oncológico, en los términos del parágrafo adicionado al artículo 1058 del Código de Comercio.

Por lo anterior, declaro que el presente documento es diligenciado de manera personal y/o bajo mi consentimiento.

1. ¿Ha padecido o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente?

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Enfermedades del sistema autoinmune (lupus, síndrome de Sjögren, psoriasis, etc.)	◯	◯	**VIH / SIDA**	◯	◯	**Enfermedades del sistema respiratorio** (asma, EPOC, oxigenodependencia, etc.)	◯	◯
Diabetes mellitus	◯	◯	**Enfermedades del corazón**	◯	◯	**Enfermedades del hígado** (cirrosis, hepatitis B, C, D, etc.)	◯	◯
HTA (hipertensión arterial)	◯	◯	**Enfermedades mentales**	◯	◯	**Trastornos de discos vertebrales**	◯	◯
Artritis reumatoidea	◯	◯	**Enfermedades de los órganos de los sentidos**	◯	◯	**Enfermedades neurológicas**	◯	◯

2. ¿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** ◯

5. En caso de haber contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, detallar:

ENFERMEDAD	FECHA DE DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO

Ley de Olvido Oncológico "2475 de 2025": De conformidad con las definiciones establecidas por el Instituto Nacional de Cancerología, se entenderá por "superación de la enfermedad" la condición de paciente en remisión completa o sin evidencia de enfermedad posterior a la finalización de tratamiento con intención de cura; por su parte, la "finalización del tratamiento" corresponde al momento en el que culminan las intervenciones terapéuticas dirigidas al control o erradicación de la enfermedad oncológica activa, incluyendo cirugía, quimioterapia, radioterapia u otras terapias sistémicas administradas con intención de cura.

Si terminó su tratamiento contra el cáncer hace más de 4 años (o más de 2 años si fue diagnosticado siendo menor de edad), no está obligado a informar ese antecedente en esta solicitud.

De acuerdo con el texto anterior, por favor responda:

6. ¿Durante los últimos cuatro (4) años siendo mayor de edad, desde la fecha de suscripción del presente seguro, usted ha sido diagnosticado, tratado o ha presentado recaída de algún tipo de cáncer? **SI** ◯ **NO** ◯

7. ¿Durante los últimos dos (2) años siendo menor de edad, desde la fecha de suscripción del presente seguro, usted ha sido diagnosticado, tratado o ha presentado recaída de algún tipo de cáncer? **SI** ◯ **NO** ◯

Cuestionario correspondiente a Incapacidad Total y Permanente:

8. ¿Le ha sido declarada legalmente pérdida de capacidad laboral permanente en el 50% o más? **SI** ◯ **NO** ◯

9. ¿Le ha sido declarada legalmente pérdida de capacidad laboral permanente en menos del 50%? **SI** ◯ **NO** ◯

10. ¿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.							

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
GERENCIA DE PROCESOS Y EXCELENCIA OPERACIONAL FM-MDPP-96 V.16 JUL2026

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.

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. Autorizo a la Aseguradora para acceder y tratar la información médica estrictamente necesaria para la valoración del riesgo y el cumplimiento del contrato de seguro en los términos permitidos por la legislación aplicable, incluida la Ley 2475 de 2025 (Ley de Olvido Oncológico). 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. xv) Recolectar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del Decreto 1377 de 2013.

El tratamiento podrá ser realizado directamente por LA ASEGURADORA o por los 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, correo electrónico: 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, correo electrónico: 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, correo electrónico: 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 de que voluntariamente desee cambiar el canal de contacto o tener un canal exclusivo para la gestión de cobranza y/o para fines comerciales, podrá hacerlo 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.
10) La información correspondiente a la Ley 2475 de 2025 de olvido oncológico.

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 como mi oficio, declarados en la presente solicitud, son lícitos y los 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. He comprendido lo informado referente a la Ley 2475 de 2025 de olvido oncológico. **SI** ◯ **NO** ◯

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 firmó el presente documento a los _____ días del mes de _____ del año _____ en la ciudad de _____.

_____
Firma del Solicitante

_____
Nombre del Solicitante

_____
No. de documento

HUELLA ÍNDICE DERECHO

Firma del funcionario (suscripción): _____

◯ Aprobado
◯ Aplazado
◯ Rechazado
◯ Extraprima por Salud

Fecha: **Día** **Mes** **Año**

Observaciones:
_____
_____

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

GERENCIA DE PROCESOS Y EXCELENCIA OPERACIONAL FM-MDPP-96 V.16 JUL2026