



## 1. INFORMACIÓN DEL ASOCIADO

|                                                               |        |            |                     |                                                                                                                                      |          |                     |             |               |                    |                                    |                  |          |              |   |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------|--------|------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------|-------------|---------------|--------------------|------------------------------------|------------------|----------|--------------|---|---|---|---|
| Nombres y Apellidos                                           |        |            |                     |                                                                                                                                      |          |                     |             |               |                    | Genero                             |                  | M        | F            | O |   |   |   |
| Tipo de Documento                                             |        | CC         | CE                  | TI                                                                                                                                   | PS       | Número              | Expedida en |               |                    | Fecha de Expedición                |                  |          |              |   |   |   |   |
| Estado Civil                                                  |        |            |                     |                                                                                                                                      |          | Nivel educativo     |             |               |                    | No. Personas a cargo               | Tipo de Vivienda |          |              |   |   |   |   |
| Soltero                                                       | Casado | Divorciado | U. libre            | Viudo                                                                                                                                | Primaria | Bachiller           | Técnico     | Universidad   | Posgrado           | Propia                             | Arrendada        | Familiar |              |   |   |   |   |
| Fecha nacimiento                                              |        |            | Lugar de Nacimiento |                                                                                                                                      |          | Dirección Domicilio |             |               |                    | Municipio / Ciudad                 |                  |          | Departamento |   |   |   |   |
| DD                                                            | MM     | AA         |                     |                                                                                                                                      |          |                     |             |               |                    |                                    |                  |          |              |   |   |   |   |
| E - mail personal                                             |        |            |                     |                                                                                                                                      |          | No. Celular         |             | Teléfono Fijo | Oficio o Profesión | Actividad Económica                |                  |          |              |   |   |   |   |
|                                                               |        |            |                     |                                                                                                                                      |          |                     |             |               |                    | Ej. Asalariado, pensionado, otro): |                  |          |              |   |   |   |   |
| Pertenece a algún grupo de protección especial constitucional |        | SI         | NO                  | Mayores de 60 años ____ Persona con discapacidad física, mental o sensorial ____ Mujer cabeza de familia ____ Pueblos indígenas ____ |          |                     |             |               |                    |                                    |                  |          |              |   |   |   |   |
|                                                               |        |            |                     | Persona en condición de pobreza extrema ____ Víctima del conflicto armado ____ Población diversa/LGBTIQ+ ____                        |          |                     |             |               |                    |                                    |                  |          |              |   |   |   |   |
|                                                               |        |            |                     | Población Afrocolombiana ____ Otro ____Cuál? ____                                                                                    |          |                     |             |               |                    |                                    |                  |          |              |   |   |   |   |
|                                                               |        |            |                     |                                                                                                                                      |          |                     |             |               |                    | Estrato                            | 1                | 2        | 3            | 4 | 5 | 6 | 7 |

## 2. INFORMACIÓN FINANCIERA DEL ASOCIADO

|                                                                         |    |    |                                               |    |    |                                                                                         |    |    |                              |                                                    |    |                                                               |                                       |    |                                      |    |    |    |    |    |
|-------------------------------------------------------------------------|----|----|-----------------------------------------------|----|----|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|----|------------------------------|----------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----|--------------------------------------|----|----|----|----|----|
| Ingresos mensuales derivados de su actividad principal(Ej. Salario): \$ |    |    |                                               |    |    |                                                                                         |    |    |                              | Egresos mensuales (Ej. Gastos):\$                  |    |                                                               |                                       |    |                                      |    |    |    |    |    |
| Otros ingresos (Especificar valor y concepto de lo contrario \$0) : \$  |    |    |                                               |    |    |                                                                                         |    |    |                              | Concepto:                                          |    |                                                               |                                       |    |                                      |    |    |    |    |    |
| Total activos (valor total de los bienes Ej. Carro, casa etc.):\$       |    |    |                                               |    |    |                                                                                         |    |    |                              | Total pasivos (Valor total de las obligaciones):\$ |    |                                                               |                                       |    |                                      |    |    |    |    |    |
| Declarante de renta                                                     | SI | NO | Persona expuesta políticamente o públicamente |    |    |                                                                                         | SI | NO | Administra recursos públicos |                                                    |    |                                                               | SI                                    | NO | Posee productos en moneda extranjera |    |    |    | SI | NO |
| Tipo de producto:                                                       |    |    | Identificación No. de producto:               |    |    |                                                                                         |    |    | Entidad:                     |                                                    |    |                                                               | Monto:                                |    |                                      |    |    |    |    |    |
| Ciudad:                                                                 |    |    | País:                                         |    |    |                                                                                         |    |    | Tipo de Moneda:              |                                                    |    |                                                               | Realiza operaciones con Criptoactivos |    |                                      |    | SI | NO |    |    |
| OTROS DATOS                                                             |    |    |                                               |    |    |                                                                                         |    |    |                              |                                                    |    |                                                               |                                       |    |                                      |    |    |    |    |    |
| ¿Nacionalidad distinta a la Colombiana?                                 |    |    |                                               | SI | NO | ¿Posee una Dirección o Teléfono de Residencia en una Jurisdicción diferente a Colombia? |    |    |                              | SI                                                 | NO | ¿Tiene obligaciones Fiscales en países diferentes a Colombia? |                                       |    |                                      | SI | NO |    |    |    |

Nota: En caso de responder SI a cualquiera de estas preguntas, favor diligenciar la Autocertificación FATCA/CRS para Persona Natural.

## 3. BENEFICIARIOS-HEREDEROS EN CASO DE FALLECIMIENTO \*Según ordenes sucesorales establecidas en el código civil colombiano

|                 |  |           |                            |            |          |               |
|-----------------|--|-----------|----------------------------|------------|----------|---------------|
| Nombre completo |  | Tipo doc. | No. Documento de identidad | Parentesco | Teléfono | % Designación |
|                 |  |           |                            |            |          |               |
|                 |  |           |                            |            |          |               |
|                 |  |           |                            |            |          |               |

## 4. INFORMACIÓN LABORAL

|                                |    |                  |  |                    |            |           |          |                |  |                  |  |
|--------------------------------|----|------------------|--|--------------------|------------|-----------|----------|----------------|--|------------------|--|
| Fecha de ingreso a la compañía |    | Tipo de contrato |  | Frecuencia de pago |            |           | INGRESOS | Salario Básico |  | Salario Integral |  |
| DD                             | MM | AA               |  | Mensual 15         | Mensual 30 | Quincenal |          |                |  |                  |  |

## 5. REFERENCIAS

|          |        |           |            |
|----------|--------|-----------|------------|
| Conyugue | Nombre | Dirección | Teléfono   |
| Personal | Nombre | Dirección | Teléfono   |
| Familiar | Nombre | Dirección | Teléfono   |
|          |        |           | Parentesco |

## 6. CUOTA DE APOORTE ORDINARIO

|                                                                |                                                  |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| VALORES A DESCONTAR DE MI SALARIO MENSUAL Art. 40 del Estatuto | APORTES SOCIALES Entre el 2% al 10% mensual ( %) |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|

## 7. AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

- Declaro que la información suministrada es verídica y autorizo a Foncorbета para que la verifique.
- Estoy informado de mi obligación de actualizar por lo menos anualmente la información que solicite Foncorbета por cada producto o servicio que utilice.
- Autorizo a la empresa pagadora o empleadora donde ostento la condición de empleado a descontar y trasladar a Foncorbета los valores reportados correspondientes a los aportes, ahorros o cualquier valor al cual me he comprometido a pagar en virtud de esta asociación y en los eventuales productos o servicios adquiridos por mi con Foncorbета y me comprometo a que si por cualquier circunstancia la empresa pagadora o empleadora no efectúa el anterior descuento realizare el pago a Foncorbета para cancelar dicho aporte.
- Me adhiero a los estatutos, reglamentos de crédito, ahorro, servicios y fondos sociales que rigen a Foncorbета. Igualmente a las decisiones de la Junta Directiva y Asamblea General de delegados así como al marco legislativo presente y futuro de las organizaciones solidarias.
- Autorizo a Foncorbета para consultar, actualizar y reportar mis datos personales y comerciales como asociado y/o deudor solidario, en cualquier base de datos de centrales de riesgo que Foncorbета elija.
- Autorizo de acuerdo con lo establecido en la Ley 1581 de 2012, reglamentada por el Decreto 1377 de 2013, haga uso de mis datos personales y en general de la información obtenida en virtud de nuestra relación comercial.
- Autorizo para que realice las consultas, reportes y controles establecidos en los términos de su política de prevención de lavado de activos y financiación al terrorismo para verificar en las fuentes que considere necesarias de conformidad con sus reglamentos y manuales de prevención y/o administración del riesgo de lavado de activos y financiación al terrorismo.
- Autorizo cancelar mi vinculación en caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento, eximiendo a Foncorbета de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa e inexacta que hubiere proporcionado.
- Declaro de manera voluntaria que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal y no provienen directa o indirectamente del ejercicio de actividades establecidas como ilícitas bajo los términos de la ley penal Colombiana o cualquier norma que lo modifique o adicione, y dichos activos no han sido utilizados como medios o instrumentos para la realización de las mismas, de conformidad con las disposiciones aplicables vigentes.
- Autorización de contacto: De acuerdo con la ley 2300 de 2023, en calidad de asociado y/o deudor solidario, tutor o representante legal, autorizo de manera expresa y voluntaria a Foncorbета, para que me contacte de manera directa dentro de los horarios estipulados por la ley en mención, para realizar gestión de cobro administrativa, acuerdos de pago, cobro pre jurídico y jurídico. Así como recibir información de los productos de ahorro, crédito y servicios solidarios a mi cargo. Esta autorización se extiende a los agentes, abogados o aliados externos de cobranza sean personas naturales o jurídicas, que contraten con Foncorbета, para realizar gestión de cobro administrativa, acuerdos de pago, cobro pre jurídico y jurídico. Autorizo que el contacto sea por medio de los siguientes canales (seleccione mínimo dos canales de contacto)  
Correo electrónico \_\_\_\_ Celular \_\_\_\_ llamada \_\_\_\_ Mensaje de texto \_\_\_\_ WhatsApp  
\*En caso de no actualizar sus canales, entenderemos que nos autoriza a seguir comunicándonos por los canales previamente autorizados por usted como son: correo electrónico, celular, llamada, mensaje de texto y WhatsApp.
- La organización podrá usar los mecanismos electronicos alternativos que garanticen la verificación y autenticación de la identidad de acuerdo a lo señalado en la Ley 527 de 1999.

## 9. FIRMA Y HUELLA

En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento:

Firma

C.C.

Huella índice Derecho

## 8. DOCUMENTOS ANEXOS

Fotocopia del documento de identificación  
Último comprobante de pago de nomina.

Vo. Bo. Por Foncorbета

Responsable de verificación de información

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

v.2026 3



Calle 11 No. 31A 42 Bogotá D.C. PBX 7468640 Ext. 6415-6461-6462-6618-6287-6288  
www.foncorbeta.com.co  
foncorbeta@colcomercio.com.co

## AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS

Ciudad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Señores

(Dejar este espacio en blanco)

Ciudad

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con Cédula de Ciudadanía \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_ por medio de la presente y de acuerdo con la normatividad descrita por la ley 1391 de 2010 art. 9, doy consentimiento previo y presento AUTORIZACION DE DESCUENTO expresa e irrevocable para descontar de mi salario, prestaciones legales y extralegales, descansos eventuales, indemnizaciones o cualquier otro rubro que me corresponda por la prestación de mis labores o servicios, según la forma en que recibo mi pago de nómina, el Aporte Social y el Ahorro Permanente más las cuotas a Capital e Intereses correspondientes a las Obligaciones y servicios presentes y futuras que tenga o adquiera con el Fondo de Empleados de Colombiana de Comercio y/o Alkosto S.A. Foncorbeta NIT 830.046.245-7 y girarlos periódicamente a esa entidad.

Por lo anterior, solicito se sirva descontar de mi salario, prestaciones legales y extralegales, descansos eventuales, indemnizaciones o cualquier otro rubro que me corresponda por la prestación de mis labores o servicios; \_\_\_\_\_ cuotas, cada una por valor de \$ \_\_\_\_\_, para ser giradas a favor de Foncorbeta y consignadas en la cuenta de \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ Del Banco \_\_\_\_\_. (Dejar este párrafo en blanco)

Adicionalmente en caso de retiro por cualquier causa, expresamente autorizo irrevocablemente para que, de mi liquidación final de salarios, prestaciones legales y extralegales, descansos eventuales, indemnizaciones o cualquier otro rubro que me corresponda por la prestación de mis labores o servicios, se descuente y cancele a favor de Foncorbeta en forma indivisible, incondicional e ininterrumpidamente y hasta completar el monto adeudado en capital e intereses.

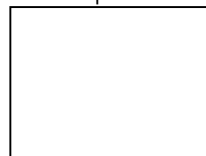
Autorizo a Foncorbeta para que en el evento que decida acelerar anticipadamente el plazo de la obligación, proceda a diligenciar el presente documento por el valor del saldo pendiente, intereses moratorios y cualquier gasto que ocasione el cobro de la deuda.

Autorizo a Foncorbeta a pagar a nombre mío, las facturas o cuentas de cobro de los servicios prestados que deriven de los convenios que el fondo ofrezca a los asociados.

Autorizo expresamente a FONCORBETA para consultar, actualizar y reportar mis datos personales y comerciales como asociado y/o deudor solidario, en cualquier base de datos de centrales de riesgo que Foncorbeta elija.

En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento:

\_\_\_\_\_  
Firma y C.C.



HUELLA DIGITAL  
INDICE DERECHO

v.2024

Vida Grupo ☐  
Grupo Aportes ☐

Grupo Deudores ☐  
Grupo Directivos ☐

Protección Familiar ☐  
Plan A ☐ B ☐ C ☐

| DATOS TOMADOR       |                            |                             |  |
|---------------------|----------------------------|-----------------------------|--|
| TOMADOR             |                            | C.C./NIT                    |  |
| DIRECCIÓN           | CIUDAD                     | TELÉFONO                    |  |
| DATOS ASEGURADO     |                            |                             |  |
| ASEGURADO PRINCIPAL |                            | C.C.                        |  |
| CORREO ELECTRÓNICO  |                            | ¿TRABAJA USTED ACTUALMENTE? |  |
| OCUPACION           | CARGO                      | FECHA DE NACIMIENTO         |  |
| ESTADO CIVIL        | VALOR ASEGURADO SOLICITADO | TOTAL VALOR ASEGURADO       |  |

El campo "TOTAL VALOR ASEGURADO" aplica únicamente para Vida Grupo Deudores

**AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DATOS SENSIBLES Y DE MENORES DE EDAD:** a continuación solicitaremos información necesaria para gestionar adecuadamente su solicitud de seguro, cumplir con normas legales y procesos internos, por ello solicitaremos datos de su estado de salud y de sus beneficiarios que eventualmente podrían ser menores de edad, por ello confirmamos que usted puede decidir si los suministra, al hacerlo y firmar este documento está autorizando a LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO y a LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO identificadas con NIT. 860.028.415-5 y 830.008.686-1 respectivamente a realizar el tratamiento de aquellos para todo lo relacionado con la gestión de la póliza.

LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO y a LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO identificadas con NIT. 860.028.415-5 y 830.008.686-1 respectivamente a realizar el tratamiento de sus datos sensibles, en especial los contenidos en la definición de la normalidad aplicable sobre la materia particularmente, los relativos a la salud. Asimismo, son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niños, niñas y adolescentes y en consecuencia no ha sido obligado a responderlas.

| ESCRIBA EL NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS DE ESTE SEGURO Y SU RESPECTIVO PORCENTAJE |                              |                 |            |      |   |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------|------------|------|---|
| NOMBRE Y APELLIDO                                                                | Documento<br>(C.C.-C.E.-T.I) | N° DE DOCUMENTO | PARENTESCO | EDAD | % |
|                                                                                  |                              |                 |            |      |   |
|                                                                                  |                              |                 |            |      |   |
|                                                                                  |                              |                 |            |      |   |
|                                                                                  |                              |                 |            |      |   |

\*Si es póliza de Vida Deudores, el tomador será el beneficiario hasta cubrir la deuda vigente a la fecha de la reclamación ante la aseguradora. Aun así, se solicita información de otros beneficiarios por si aplica otra cobertura o queda un saldo adicional. \* En caso del seguro de Protección Familiar esta declaración se extiende al grupo familiar relacionado en la solicitud (cónyuge e hijos). Los padres deben diligenciar cada uno por separado esta declaración

#### DATOS RELATIVOS A LA SALUD

Aunque no está obligado a compartir información sobre su salud, estos datos son necesarios para contratar el seguro, que se otorga a personas que gozan de buena salud, si omite información relevante (reticencia), incorrecta, incompleta o engañosa (falsedad) sobre su estado de salud es posible que el seguro pierda validez. Por eso, le pedimos que responda con sinceridad a los siguientes interrogantes:

PESO \_\_\_\_\_ ESTATURA \_\_\_\_\_

1. AFECCIONES CARDIOVASCULARES ☐
2. AFECCIONES CEREBROVASCULARES ☐
3. ¿DURANTE LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS HA SIDO DIAGNOSTICADO O TRATADO POR ALGUNA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA? No será necesario declarar antecedentes de cáncer respecto de los cuales haya operado el derecho al olvido oncológico conforme a la normativa vigente. ☐
4. DIABETES ☐
5. VIH POSITIVO / SIDA ☐
6. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA ☐
7. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA ☐

8. CIRUGÍA ☐
9. ALCOHOLISMO ☐
10. TABAQUISMO / DROGADICCIÓN ☐
11. HIPERTENSIÓN ARTERIAL ☐
12. ENFERMEDADES CONGÉNITAS ☐
13. ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS ☐
14. ENFERMEDADES DEL COLÁGENO (ENFERMEDAD QUE AFECTA EL SISTEMA AUTOINMUNE) ☐

**EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS CONDICIONES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD MENTAL, ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE:**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

Autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de hospital o persona que me haya atendido a suministrar a La Equidad Seguros de Vida copia de la historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento. En caso del seguro de Protección Familiar esta declaración se extiende al grupo familiar relacionado en la solicitud (cónyuge e hijos). Los padres deben diligenciar cada uno por separado esta declaración.

#### AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y sus normas reglamentarias, para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y/o La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo (en adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamiento descritos en la presente autorización. Asimismo, autorizo y declaro que he sido informado que durante la etapa precontractual y contractual, La Equidad puede acceder a otras bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento, para los fines y tratamiento descritos a continuación: 1. Finalidades del tratamiento de datos personales: Mis datos personales serán tratados por La Equidad para: a) El trámite de vinculación como consumidor financiero. b) Todas las actividades referentes al proceso de negociación contractual, su ejecución, cumplimiento y en general, la gestión integral del seguro contratado. c) Verificación del estado del riesgo en cualquier tiempo. d) El control y la prevención del fraude. e) La liquidación y eventual pago de siniestros. f) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, verificación, actualización de datos y análisis de tendencias del mercado. g) Envío de información de actualización en las pólizas de tratamiento de datos y ofertas comerciales de seguros de La Equidad. h) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a los Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidos referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial. i) Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral. 2. Tratamiento sin relación contractual: Para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegue a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ésta ya hubiere terminado, conforme al término de vigencia del tratamiento. 3. Transferencia de datos personales: Los datos podrán ser transferidos o transmitidos para las finalidades mencionadas a: a) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos de seguro celebrados con La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, gestores de cartera, entre otros. b) Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro. c) Las entidades jurídicas con las cuales La Equidad adelante gestiones para efectos de coaseguro o reaseguro. d) Las personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales. 4. Consulta de bases de datos externas: Para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad podrá consultar las bases de datos mencionadas en el literal d) del numeral 3. 5. Datos personales sensibles: Son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas. 6. Autorización para tratar datos sensibles: Autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial si la información suministrada es relativa a la salud y a los datos biométricos. 7. Datos de menores de edad: Son facultativos los respuestas a las preguntas sobre datos de niños, niñas y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas. 8. Derechos del titular de la información: Como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la normatividad vigente sobre datos personales. En especial, tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hayan sido objeto de tratamiento. 9. Responsable del tratamiento: El responsable del tratamiento de la información es La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y/o La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo, cuyos datos de contacto se encuentran publicados en la página web: [www.laequidadseguros.coop](http://www.laequidadseguros.coop) 10. Aceptación del tratamiento: Con la suscripción del presente documento, autorizo el tratamiento de los datos personales, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en esta autorización.

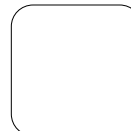
Con mi firma y huella en el presente documento, declaro que 1. Acepto el tratamiento de los datos personales previamente relacionado 2. Acepto expresamente que durante el proceso de negociación me han sido informadas de manera anticipada las condiciones del contrato de seguro y que en virtud de tal entendimiento, acepto y decido tomar la póliza En constancia se firma en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

**Importante:** la falta de veracidad y exactitud de la información suministrada y consignada en este documento en todas sus partes será causal de nulidad del contrato de seguro; esta situación da derecho a la compañía de seguros a objetar cualquier posterior reclamación por omisión de información existente con anterioridad a la fecha de contratación del seguro (código de comercio, artículo 1058).

FIRMA DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_

Autoriza Ingreso: Si ☐ No ☐

Nombre y firma de quien autoriza \_\_\_\_\_





Calle 11 No. 31A 42 Bogotá D.C. PBX 7468640 Ext. 6415-6461-6462-6618-6287-6288  
www.foncorbeta.com.co  
foncorbeta@colcomercio.com.co

Ciudad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ c.c. \_\_\_\_\_ actuando en nombre propio, en calidad de titular de la información; de manera libre, expresa, voluntaria e informado, autorizo a Foncorbeta, Fondo de Empleados de Colombiana de Comercio y o Alkosto S.A. o a la persona natural o jurídica a quien este encargue, a recolectar, almacenar, utilizar, circular, suprimir y en general, a realizar cualquier otro tratamiento a los datos personales por mi suministrados, para todos aquellos aspectos inherentes a la presente afiliación y cualquier otro relacionado con los objetivos y fines propios de esta asociación, lo que implica el uso de los datos en actividades de mercadeo, promoción y de ser el caso, cuando la actividad lo requiera, la transferencia de los mismos a un tercero, para el almacenamiento a nivel nacional o en el extranjero, bajo los parámetros de la **ley 1581 de 2.012** y demás normatividad vigente en materia de protección de datos personales. En todo caso, Foncorbeta, Fondo de Empleados de Colombiana de Comercio y o Alkosto S.A. garantiza las condiciones de seguridad, privacidad y demás principios que impliquen el tratamiento de datos personales acorde con la legislación aplicable. Esta autorización se mantendrá por el tiempo de duración del vínculo contractual y por el tiempo de conservación que le sean atribuibles atendiendo a la naturaleza jurídica del cual se deriven.

Hago constar que me fueron informados los siguientes derechos que me asisten como titular:

- a) 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 este expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- b) Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la presente ley,
- c) Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, respecto del uso que les ha dado a sus datos personales.
- d) 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.
- e) 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 la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado ha incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.
- f) Acceder en forma gratuita a sus datos personales que hayan sido objeto de tratamiento.

Por último, fui informado que el responsable del tratamiento de mi información es FONCORBETA con NIT. 830.046.245-7 cuya dirección principal es CL 11 31 A 42 Bogotá D.C. su página web es [www.foncorbeta.com.co](http://www.foncorbeta.com.co) Teléfono (l) 7468640 Ext. 6415-6461-6462-6618-6287-6288.

En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento:

Firma \_\_\_\_\_  
C.C. \_\_\_\_\_



HUELLA DIGITAL

AVISO DE PRIVACIDAD

FONCORBETA, informa a los titulares de datos personales objeto de tratamiento por parte de esta asociación, que las políticas de tratamiento de la información recolectada pueden ser consultadas a través de los mecanismos que ponemos a su disposición.