



ACTUALIZACIÓN VINCULACIÓN

FECHA		
DÍA	MES	AÑO

*DILIGENCIAR CON LETRA LEGIBLE

1. PERSONA NATURAL											
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			NOMBRES					
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			NÚMERO			LUGAR DE EXPEDICIÓN		FECHA DE EXPEDICIÓN		GÉNERO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
PAIS Y LUGAR DE NACIMIENTO			FECHA DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL		ESTRATO	OCUPACIÓN / PROFESIÓN		
CARGO						CIUDAD					
EMPRESA EN LA QUE LABORA				SUCURSAL / ÁREA				TELÉFONO OFICINA			
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA				CIUDAD RESIDENCIA				TELÉFONO			
CELULAR			CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL								
INGRESOS MENSUALES POR SALARIO					ACTIVOS						
EGRESOS MENSUALES					PASIVOS						
OTROS INGRESOS					CONCEPTO OTROS INGRESOS						
BANCO			No. CUENTA			SALARIO		VARIABLE		FLEXIBILIZADO	
			AHORRO <input type="checkbox"/> CORRIENTE <input type="checkbox"/>			INTEGRAL <input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
¿ES USTED UNA PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE?										SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
¿ES USTED REPRESENTANTE LEGAL DE UNA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL?										SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL?										SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA POR FAVOR ESPECIFIQUE _____											
TIENE ALGÚN VINCULO FAMILIAR CON ALGUNA PERSONA QUE CUMPLA CON LAS CARACTERÍSTICAS ANTERIORES?										SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
SI SU RESPUESTA ES SI, POR FAVOR ESPECIFIQUE NOMBRE COMPLETO _____											
ACTIVIDAD ECONÓMICA											
2. DATOS FINANCIEROS Y PREGUNTAS											
TIENE VIVIENDA PROPIA		TIENE CRÉDITO HIPOTECARIO		TIENE VEHÍCULO PROPIO		TIENE MOTO		TIENE CRÉDITO EN ENTIDADES FINANCIERAS		ESTA REPORTADO EN CENTRALES DE RIESGO	
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
										YA PAGUE	TENGO DEUDA
NIVEL EDUCATIVO DEL ASOCIADO											
BACHILLER		TÉCNICO		TÉCNOLOGO		ESTUDIANTE		PROFESIONAL		ESPECIALIZACIÓN	
INFORMACIÓN HIJOS											
NIVEL EDUCATIVO						EDAD HIJOS					
No. DE HIJOS		JARDÍN	PRESCOLAR	PRIMARIA	BACHILLERATO	UNIVERSITARIO	DE 0 A 2	DE 3 A 5	DE 6 A 10	DE 11 A 18	DE 19 EN ADELANTE
AHORRO (APORTE) A FEMAP											
Autorizo a MAPFRE Seguros Generales de Colombia S.A, MAPFRE Colombia Vida Seguros S.A., SOLUNION SERVICIOS DE CREDITOS, SOLUNION SEGUROS, CREDIMAPFRE, FEMAP, MAPFRE Servicios Exequiales S.A.S., LATAM SUR, MAPFRE RE, ANDIASISTENCIA, INTERMAP, CESVI COLOMBIA Y MAPFRE O.R. , a descontar de mi sueldo mensual la suma de											
\$ _____ que corresponde al _____ %, que sean girado y entregado al Fondo de Empleados de MAPFRE- FEMAP.											
(Porcentaje de ahorro: salario básico con un porcentaje del 5% al 10% - integral de 3% al 7%)											
Entregar al Fondo original con copia de la cédula de Ciudadanía, Formato de Cesantías y autorización de descuento											
FIRMA _____						FECHA _____					

3. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Definiciones: Compañía significa el FONDO DE EMPLEADOS DE MAPFRE "FEMAP", Compañía del Grupo significa cualquier persona jurídica que directamente controle, esté bajo control común de las compañías incluyendo pero sin limitarse a MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A, MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A, MAPFRE SERVICIOS EXEQUIALES S.A.S, ANDIASISTENCIA, INTERMAP, CESVICOLOMBIA, MAPFRE RE, MAPFRE OR, SOLUNION SERVICIOS DE CREDITOS, SOLUNION SEGUROS, CREDIMAPFRE, LATAM SUR Y FEMAP. Compañías tratantes significan la compañía, 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 se han entregado con anterioridad a las compañías tratantes, que se entregan con este documento o que se entreguen en el futuro para su tratamiento, incluyendo mis datos personales sensibles, tales como datos sobre la Salud, datos biométricos y en particular de mi imagen.

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, negociar y celebrar contratos con las Compañías Tratantes, incluyendo la determinación y análisis de primas y riesgos; ejecutar los mismos (incluyendo envío de correspondencia); Ejecutar y cumplir los contratos que celebren las Compañías con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir su actividad solidaria; (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; Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; (vii) Elaborar encuestas, análisis de tendencias del mercado y en general cualquier estudio técnico o de campo relacionado con el sector 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 (xi) Realizar pagos por transferencia electrónica; y (xii) 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.

Además autorizo, en calidad de representante legal del (los) menor (es), que los datos incluidos en los diferentes documentos y/o formularios (Pólizas) sean incorporados a una base de datos responsabilidad de FONDO DE EMPLEADOS DE MAPFRE-FEMAP, para que sean tratados con la finalidad de transmisión de datos para inclusión de pólizas.

Todas las imágenes hechas dentro de las actividades del FONDO DE EMPLEADOS DE MAPFRE-FEMAP, bien en fiestas internas, cumpleaños, actividades puntuales o bien fuera de la institución, como excursiones, cursos, capacitaciones o cualquier otra actividad externa, sean incorporados en una base de datos responsabilidad de FONDO DE EMPLEADOS DE MAPFRE-FEMAP, y puedan ser utilizados en sus publicaciones.

De igual modo, declaro haber sido informado sobre la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre estos datos, mediante escrito dirigido a FONDO DE EMPLEADOS DE MAPFRE-FEMAP a la dirección de correo electrónico pqrfemap@mapfre.com.co, indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a Carrera 14 #96-34.

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; Solicitar prueba de esta o las demás autorizaciones que haya dado para mis datos personales; Previa solicitud, ser informado sobre el uso que se ha dado a mis datos personales por las Compañías Tratantes; Presentar ante la autoridad competente quejas por violaciones al régimen de protección de datos personales; 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; 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.

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.

NOMBRE COMPLETO ASOCIADO

FIRMA ASOCIADO
C.C. ASOCIADO:

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN, DESTINO DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Declaro expresamente que

- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio) _____
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas o para la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva.

5. FIRMA Y HUELLA

FIRMO COMO CONSECUENCIA DE HABER LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTADO TODO LO ANTERIOR, ADEMÁS DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES.

FIRMA ASOCIADO
C.C.

HUELLA

6. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

FECHA DE LA ENTREVISTA				CÓDIGO DE VERIFICADO LA / FT	OBSERVACIONES
DÍA	MES	AÑO	HORA		
NOMBRE DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACIÓN					FIRMA DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACIÓN
					_____ C.C.