

Señores:
JUNTA DIRECTIVA

Solicito se estudie la posibilidad de aceptarme como asociado de FEWCO, comprometiéndome a participar en los seminarios de Economía Solidaria y cumplir con sus Estatutos y Reglamentos, los cuales declaro conocer y aceptar.

SOLICITUD DE ASOCIACIÓN
ACTUALIZACIÓN DE DATOS

I. DATOS BÁSICOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES		APELLIDOS		FECHA NACIMIENTO			SEXO	
				DD	MM	AAAA	M	F
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA			DEPARTAMENTO		MUNICIPIO			ESTRATO
CELULAR		E-MAIL		ESTUDIOS		NINGUNO		SECUNDARIA
						PRIMARIA		TÉCNICO
ESTADO CIVIL		SEPARADO		UNIÓN LIBRE		CASADO		
TIPO DE VIVIENDA		FAMILIAR		PROPIA		ARRENDADA		

II. INFORMACIÓN LABORAL

DOCUMENTO DE IDENTIDAD		TIPO DE CONTRATO		NOMBRE EMPRESA DONDE LABORA	
C.C.	C.E.	No.	FIJO A 3 MESES	FIJO A 6 MESES	
			INDEFINIDO	FIJO A 4 MESES	FIJO A 1 AÑO
FECHA INGRESO EMPRESA		CARGO		LUGAR DE TRABAJO	
DD	MM	AAAA			SALARIO MENSUAL \$

III. PEPS (PERSONA EXPUESTA PUBLICAMENTE)

1. ¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI RESPONDIÓ AFIRMATIVAMENTE ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES (1,2,3), POR FAVOR ESPECIFIQUE:
2. ¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
3. ¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
		4. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		CUÁLES: _____

IV. DESCRIPCIÓN FAMILIAR

* MENCIONE LAS PERSONAS QUE CONVIVEN CON ÚSTED

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN			EDAD	PARENTESCO
	T.I.	C.C.	C.E.		

V. DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Orbrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de Origen de FONDO DE EMPLEADOS WOOD GROUP COLOMBIA "FEWCO", con el propósito que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en los Estatutos, Estatuto del Sistema Financiero, Economía Solidaria, la ley 190 de 1995 y las demás normas concordantes, para establecer cualquier tipo de vínculo o relación comercial con FONDO DE EMPLEADOS WOOD GROUP COLOMBIA "FEWCO".

- Declaro que los recursos que permitan realizar transacciones comerciales con FEWCO, tienen origen o provienen de las siguientes fuentes (detalle de la ocupación, oficio, profesión, negocio, etc.) _____
- Declaro que estos recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.
- Declaro que NO he admitido NI admitiré que terceros realicen transacciones a mi nombre, provenientes de las actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione y que NO efectúe transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas que no estén relacionadas con las mismas.
- Acepto que FONDO DE EMPLEADOS WOOD GROUP COLOMBIA "FEWCO" se reserve el derecho de verificar la veracidad de la información aquí consignada y el del trámite o aceptación de cualquier transacción por mi planteada. Si llegase a existir cualquier inconsistencia en la información que he suministrado, FEWCO, no estará obligada a concluir la solicitud o transacción ni a manifestar las razones de su negación. Igualmente me comprometo a actualizar cualquier tipo de modificación a la información registrada en el presente formato.

VI. HABEAS DATA

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y con El Decreto 1377 de 2013, autorizo, como titular de los datos que estos sean incorporados en una base de datos responsabilidad de FONDO DE EMPLEADOS WOOD GROUP COLOMBIA "FEWCO", siendo tratados con la finalidad de mantener, desarrollar y controlar la presente relación contractual y con base en la política de tratamiento, a la cual podre tener acceso por correo electrónico, página web. De igual modo, declaro haber sido informado de que puedo ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, renovación o reclamo por infracción, mediante escrito dirigido a FEWCO, indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o como mediante correo ordinario remitido a la dirección Carrera 11A N° 96-51 piso 5en Bogotá. AUTORIZACIÓN INFORMADA PARA DATOS DE MENORES DE EDAD: Autorizo si es el caso, en calidad de representante legal del menor, que los datos incluidos en este documento y/o formulario sean incorporados a una base de datos responsabilidad de FEWCO, para que sean tratados con la finalidad de actividades y servicios ofrecidos por "FEWCO".

VII. AUTORIZACIÓN DESCUENTO APORTES

En caso de aprobarse mi ingreso autorizo al departamento de nómina de la Empresa donde labora _____ para que realice los descuentos por concepto de aportaciones por valor de \$ _____, los cuales serán registrados: 90% en mi cuenta de ahorros permanentes y el 10% en mi cuenta de aportes sociales a partir de _____, y futuras obligaciones que contraiga con FONDO DE EMPLEADOS WOOD GROUP COLOMBIA "FEWCO".

Ciudad y fecha

Firma del solicitante

VIII. CONSTANCIA DE VINCULACIÓN Y VERIFICACIÓN

PARA USO EXCLUSIVO DEL FONDO DE EMPLEADOS WOOD GROUP COLOMBIA "FEWCO"

Tipo de Contrato: Fijo mínimo a 3 meses Fijo mínimo a 4 meses Fijo mínimo a 6 meses Fijo mínimo a 1 año Indefinido

Salario Ordinario 3% _____ 10% _____

Salario Integral 3 /70% _____ 10% _____

I. DATOS BÁSICOS DEL ASOCIADO (SEGURO DE VIDA POR MUERTE ACCIDENTAL Y/O NATURAL)

NOMBRES Y APELLIDOS		TIPO DE DOCUMENTO		EDAD
		C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> No. _____		
PESO (Kg)	ESTATURA (Mts)	<input type="checkbox"/> DIESTRO <input type="checkbox"/> ZURDO	DEPORTES QUE PRACTICA	

Tratamiento de la información

En caso de reclamación ante la aseguradora, designo como beneficiarios del seguro citado a las siguientes personas:

NOMBRE DEL BENEFICIARIO	T.I.	C.C.	C.E.	NÚMERO DE DOCUMENTO	PARENTESCO	% DE PARTICIPACIÓN (DEBE SUMAR 100%)	DIRECCIÓN Y CIUDAD DE RESIDENCIA (OPCIONAL)

II. ASEGURADORA

Tratamiento de la información

Autorizo a Previsora Seguros, para el manejo de mi información acorde con la Política de Tratamiento de Información definida por la Compañía, según la información que aparece al reverso de este documento el cual declaro haber leído y aceptado. **LA PREVISORA S.A., pagará el valor asegurado en la proporción que se detalla, a los beneficiarios designados e informados a la Previsora con anterioridad a la ocurrencia del siniestro. Cualquier información de beneficiarios suministrada con posterioridad a la ocurrencia del siniestro no tendrá validez.**

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Importante: No firme sin antes leer y entender el presente documento ya que las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas. Por lo tanto la falsedad, omisión, error o la retención en ellas, tendrán las consecuencias establecidas en las condiciones generales de la póliza y en los Artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio.

El firmante declaro que (marque con una x): A la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra reducida

ó Declaro que he padecido o he sido tratado enfermedades o lesiones relacionadas con lo siguiente:

Enfermedad Cardiovascular
 Diabetes
 Renales
 Pulmonares
 Gastrointestinales
 Drogadicción
 Tabaquismo
 No. cigarrillos diarios _____
 Enfermedad Cerebrovascular
 Cáncer
 Artritis
 VIH/SIDA
 Mentales / Psiquiátricas
 Hipertensión Arterial
 Alcoholismo
 No. tragos semanales _____
 Otra Enfermedad Preexistente _____
 Aclarar Diagnóstico, año de tratamiento y evolución _____

De otra parte y en desarrollo del artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo expresamente a la Previsora S.A. Compañía de Seguros para tener acceso a mi historia clínica aún después de mi fallecimiento y a todos los datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados. De igual forma autorizo compartir con las entidades del sector financiero y asegurador toda nuestra información personal que reposa en sus archivos. LA PREVISORA S.A. se reserva el derecho de solicitar requisitos adicionales si lo estima conveniente, así como declinar o extraprimar esta solicitud conforme a sus políticas de suscripción.

ADMINISTRACIÓN DE DATOS

Autorizo a Previsora Seguros, para el manejo de mi información acorde con la Política de Tratamiento de Información definida por la Compañía, la cual se encuentra acorde con lo consagrado en la Constitución Política, la Ley 1.581 de 2012 y el Decreto 1.377 de 2013. En especial para los fines del futuro contrato de seguros que se suscriba. Qué es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre datos sensibles o sobre menores de edad.

EN CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD Y FECHA ARRIBA INDICADAS.

III. AUTORIZACIÓN

POR FAVOR TENGA EN CUENTA

Autorizo a Previsora Seguros, para el manejo de mi información acorde con la Política de Tratamiento de Información definida por la Compañía, donde he sido informado por la aseguradora de lo siguiente:

Que recolectará, usará y tratará mis datos para todo lo relacionado con los aspectos contractuales y comerciales del contrato de seguros, tales como: mi posible vinculación como asegurado, liquidación y pago de siniestros, elaboración de estudios técnico actuariales; estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y en general estudios de la técnica aseguradora; envío de información u ofertas comerciales; reportes a terceros tales como: registro único de asegurados RUS

y personas jurídicas que administren bases de datos, las autoridades públicas que en ejercicio de su competencia y con autorización legal lo soliciten, o ante las cuales se encuentre procedente formular denuncia, demanda, convocatoria a arbitraje, queja o reclamación; compañías coaseguradoras, reaseguradoras, ajustadores, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, contratistas de la aseguradora para el manejo de información o de siniestros, entre otros.

Qué es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre datos sensibles o sobre menores de edad.

Que mis derechos son los previstos en la Constitución y la ley, en particular los consignados en la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, especialmente los de conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información, los cuales puedo ejercer observando los procesos de consultas y reclamos contenidos en la Política de Tratamiento de Información (PTI) de Previsora Seguros; Que La PREVISORA S.A. posee una Política de Tratamiento de Información, en la que se establecen los mecanismos necesarios para que ejerza sus derechos, consagrados en el artículo 15 de la Constitución Nacional, la Ley 1.581 de 2012 y el Decreto 1.377 de 2013. Los datos de contacto del Responsable del Tratamiento son: LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, Dirección: Calle 57 # 9 – 07 en Bogotá, correo electrónico contáctenos@previsora.gov.co, Teléfono 3487555."

Firma del solicitante

CC No.