

Radicación Fecha **SOLICITUD DE ASOCIACIÓN****I. DATOS ASOCIADO**

Nombre completo		Cédula	De
Fecha de nacimiento	<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/>	Ciudad	Estado civil
Máximo nivel de estudios	Profesión	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
		e-mail	

II. RESIDENCIA

Dirección	Barrio	Ciudad	Municipio
Estrato	Teléfono	Celular	Tipo de vivienda <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Propia

III. INFORMACIÓN LABORAL

Empresa	Fecha de ingreso	<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/>
Tipo de contrato <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Termina fijo	Duración	Cargo
Código	Area/Sección	Regional
e-mail	Ext.	Sueldo \$
<input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Integral	Cuenta nómina N°	
Banco	<input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente	Recibir correspondencia en <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Residencia

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Cónyuge o compañero(a)	Cédula	De			
Fecha de nacimiento	<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/>	Ciudad			
Sexo	Nivel de estudio	Profesión			
Actualmente trabaja <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Empresa	Cargo			
Teléfono	e-mail	Depende económicamente de usted <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Nombre Madre	Cédula	De			
Fecha de nacimiento	<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/>	Ciudad			
Teléfono	Dirección	Actualmente trabaja <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Empresa	Cargo	Depende económicamente de usted <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Nombre Padre	Cédula	De			
Fecha de nacimiento	<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/>	Ciudad			
Teléfono	Dirección	Actualmente trabaja <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Empresa	Cargo	Depende económicamente de usted <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Nombre completo hijo(a)	Fecha de nacimiento	Sexo	Dep. Econ.	Documento de identidad	Nivel de escolaridad
<input type="text"/>	<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="text"/>	<input type="text"/>

V. RELACIÓN BENEFICIARIOS

Apellidos y Nombres	Documento de Identidad	Parentesco	Porcentaje
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

VI. ACTIVOS

Tipo de activo	Descripción	Valor comercial	Saldo	Entidad	Valor cuota
INMUEBLE	Hipotecado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	Hipotecado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
VEHÍCULO	Pignorado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	Pignorado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

VII. PASIVOS

Obligaciones	Valor	Entidad	Saldo	Obligaciones	Valor	Entidad	Saldo
Tarjeta Crédito				Crédito Vehículo			
Crédito Bancario				Crédito Hipotecario			

Su interés hacia FEVAL estaría encaminado a: Ahorro Crédito Consumo Crédito de Vivienda Educación Covenios

VIII. AFILIACIÓN PLAN SERVICIO FUNERARIO

Plan Básico Integral Plan Candelaria _____

IX. AUTORIZACIÓN DESCUENTO POR NÓMINA

La cuota de aportes y ahorros debe ser mínimo del tres por ciento (3%) y máximo del diez por ciento (10%) del salario mensual

Manifiesto mi deseo de asociarme a FEVAL con un descuento Quincenal Mensual para aportes y ahorros equivalente al _____ % de mi salario, comprometiéndome a cumplir con los estatutos vigentes, reglamentaciones y demás disposiciones que lo rija. Autorizo el descuento de la cuota periódica de manera irrevocable e incondicional, a partir del momento que sea admitido como asociado por el órgano correspondiente, sobre toda suma que perciba el asociado con ocasión de su relación con la empresa que genera el vínculo, con la que llegaré a prestar sus servicios o quien le realice el pago de acuerdo a la legislación vigente (ARP, fondo de pensiones, EPS).

Así mismo autorizo a _____ (empresa en que labora) para descontar de mi salario y entregar al Fondo de Empleados de Vivienda y Ahorro de Alpina FEVAL la suma antes mencionada en las fechas establecidas para tal fin, incluyendo el valor de la cuota de afiliación (3% de SMMLV) por única vez. Y en caso de retiro autorizo a descontar del valor de mis prestaciones sociales, vacaciones, bonificaciones, y demás emolumentos que reciba con ocasión de su relación con la empresa que genera el vínculo, hasta que alcance a cubrir el valor total de las obligaciones pendientes, si no alcanzan a cubrir el saldo adeudado, autorizo al Fondo de Cesantías _____ a girar el valor no cubierto a favor del Fondo de Empleados de Vivienda y Ahorro de Alpina - FEVAL.

X. AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE INFORMACIÓN

Autorizo el reporte y consulta en las centrales de riesgo al fondo de empleados de vivienda y ahorro de Alpina S.A FEVAL, y a la entidad que lo sustituya para que obtenga de centrales de información, una consulta impresa con la información financiera sobre mi endeudamiento y comportamiento crediticio en lo sucesivo y en el momento que a criterio de la entidad se requiera, y disponer de dicha información para el análisis y evaluación correspondiente.

Manifiesto que conozco mis derechos y responsabilidades frente a la legislación vigente según la regulación del tema.

FIRMA Y CÉDULA ASOCIADO



GENERALI COLOMBIA VIDA
COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
 NIT 860,010,170-7

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

SUCURSAL	FECHA SOLICITUD	TOMADOR	
OFICINA PRINCIPAL		NIT:	
	DIA MES AÑO	CIUDAD:	
		DIRECCION DE COBRO:	
		TELEFONO:	

DATOS PERSONALES ASEGURADO PRINCIPAL											
Apellidos y Nombres Completos			C.C. No.								
			De								
Dirección Domicilio		Ciudad		Télefono							
Dirección de Trabajo		Ciudad		Cargo							
Profesión u Ocupación		Sueldo		Fecha de Nacimiento							
				<table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO									
				<table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO									
Sexo		Estado Civil		Peso:							
Femenino: <input type="radio"/> Masculino: <input type="radio"/>				Kilogramos							
				Estatura:							
				Metros							

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS: En caso de fallecimiento, designo como beneficiarios a las personas que se relacionan a continuación:
RECUERDE QUE EL PORCENTAJE PUEDE SER DISTRIBUIDO ENTRE VARIOS BENEFICIARIOS, DE TAL FORMA QUE ESTOS SUMEN EL 100%.

BENEFICIARIOS					
APellidos y Nombres	Parentesco	%	APellidos y Nombres	Parentesco	%

PREGUNTA	SI	NO	EXPLICACION
1. ¿ Sufre o ha sufrido enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, respiratorias, renales, tensión arterial, triglicéridos o colesterol alto, cáncer, diabetes, sobrepeso, problemas mentales, SIDA, o alguna otra enfermedad no mencionada ?			
2. ¿ Tiene en la actualidad alguna enfermedad funcional o anatómica, ha padecido accidentes que impidan desempeñar labores propias de su ocupación, tiene algún tratamiento médico o cirugía pendiente ?			
3. ¿ Ha recibido amenazas de secuestro o muerte o le han solicitado contribuciones para evitarlo ?			

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD PARA EL ASEGURADO (Leer antes de firmar)

Declaro en mi nombre que lo anotado en esta solicitud es verídico, exacto y completo y que no se me ha diagnosticado intervención quirúrgica o enfermedad distinta de las declaradas; no practico ningún deporte peligroso, ni ejerzo una actividad al margen de la ley. GENERALI COLOMBIA VIDA, se reserva todos los derechos que pueda asistirle en caso de que en cualquier momento, se compruebe que esta declaración no corresponde a mi verdadero estado de salud u ocupación al momento de aceptarse el seguro (código de comercio Art. 1058 – 1158). En desarrollo del Art. 34 de la ley 23 de 1981, expresamente autorizo a GENERALI COLOMBIA VIDA, para tener acceso a mi historia clínica y a todos aquellos datos que en ellas se registren o lleguen a ser registrados. Autorizo igualmente a las instituciones prestadoras de salud u los médicos tratantes la entrega directa a GENERALI COLOMBIA VIDA de de esta información o segundas opiniones médicas, aun después de mi fallecimiento.

Autorizo a GENERALI COLOMBIA VIDA, para incluir, consultar, reportar y procesar a partir de la fecha, durante la vigencia de este seguro o en cualquier momento, la información allí contenida y/o cualquier relación comercial con esta aseguradora, a la Asociación Bancaria de Colombia o cualquier central de información o base de datos.

Se firma el presente, en la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ de 20_____.

GENERALI COLOMBIA VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	FIRMA DEL INTERMEDIARIO CLAVE:	FIRMA DEL SOLICITANTE PRINCIPAL C.C. No.	 HUELLA INDICE DERECHO
--	-----------------------------------	---	--