



VINCULACION ACTUALIZACION

Ciudad	Fecha Vinculación
--------	-------------------

1. INFORMACIÓN DEL ASOCIADO

Nombres y Apellidos													Genero		
													M	F	
Tipo de Documento			Número			Expedida en			Fecha de Expedición						
C.C.	C.E	T.I													
Estado Civil				Nivel educativo					No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación		
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	Posgrado	Propia	Arrendada	Familiar	Urbano	Rural	
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento		Direccion Domicilio				Municipio / Ciudad			Departamento			
DD	MM	AA													
Correo Electrónico											No. Celular		Telefono		
Ocupación					Mujer Cabeza de Familia				Estrato						
Estudiante	Independiente	Empleado	Hogar	Jubilado	SI		NO		1	2	3	4	5	6	7

2. BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO

Nombres y Apellidos	Tipo doc.	No. Documento de identidad	Parentesco	Telefono	% Designación

3. INFORMACIÓN LABORAL

Nombre de la Empresa o Negocio			Cargo			Jefe Inmediato								
Direccion de empresa o negocio					Ciudad		Barrio		No. Telefono					
Fecha de ingreso a la compañía			Tipo de contrato		Frecuencia de pago			INGRESOS		Salario Basico		Salario Promedio		Salario Integral
DD	MM	AA			Mensual 15	Mensual 30	Quincenal							

4. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales				Total Egresos mensuales					
Otros Ingresos Mensuales				Otros Egresos Mensuales					
Total Activos				Total Pasivos					
Mes y año de corte de la información financiera suministrada			Mes	Año	Es declarante?			SI	NO

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

5. REFERENCIAS

Personal	Nombres y Apellidos	Dirección	Telefono
Familiar	Nombres y Apellidos	Dirección	Telefono Parentesco

6. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

Autorizo a COLOMBIANA DE COMERCIO Y/O ALKOSTO S.A., a descontar mensualmente (entre el 2% sin ser inferior a \$37,000 y el 10%) el ____ % de mi ingreso salarial mensual, que devengue según reza el Art. 29 de estatuto y sea entregada a FONCORBETA como aporte mensual. Adicionalmente me comprometo a que si por cualquier circunstancia la empresa no efectúa el anterior descuento, acercarme a la oficina de FONCORBETA a cancelar dicho aporte mensual. En caso de retiro por cualquier causa, expresamente autorizo para que de mi liquidación final de salarios, prestaciones legales y extralegales, descansos eventuales, indemnizaciones, y en general de cualquier acreencia laboral, se me descuente el valor adeudado a FONCORBETA. Si al darse por terminado el contrato laboral con COLOMBIANA DE COMERCIO Y/O ALKOSTO S.A., Tengo saldo a favor en FONCORBETA o en cesantías y deuda debidamente demostrada con la empresa, autorizo trasladar el saldo hasta por el monto de la obligación. También me adhiero a los estatutos, a los reglamentos de crédito que rigen el fondo, a las decisiones de la Junta Directiva y las de la Asamblea General.

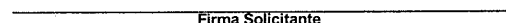
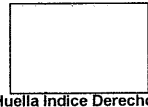
AUTORIZACION EXPRESA DEL ASOCIADO PARA CONSULTA Y REPORTE DE ENDEUDAMIENTO: Autorizo expresamente a FONCORBETA para consultar, actualizar y registrar mis datos personales y comerciales ya sea como persona natural, sociedad y/o representante legal y/o socio, en cualquier base de datos de centrales de riesgo, que exista o pueda existir en el futuro. Igualmente los autorizo para que en caso de mora en el pago de mis obligaciones comerciales o en mi condición de codeudor, sea reportado a la base de datos que FONCORBETA elija.

7. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

DOCUMENTO	RECIBIDO	DOCUMENTO	RECIBIDO
Formato de Vinculación debidamente diligenciado y firmado		Formato de autorización de descuento	
Fotocopia de la cédula de ciudadanía al 150%		Formato Equidad Seguros Grupo deudores y aportes	
Autorización manejo de datos personales - Ley 1581 de 2012			

8. FIRMA Y HUELLA

Certifico que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo:

 Firma Solicitante	 Huella Indice Derecho
--	--

Ciudad _____

Fecha _____

Señores

COLOMBIANA DE COMERCIO, CORBETA Y/O ALKOSTO S.A.

Atn.

DESARROLLO HUMANO

Yo, _____ identificado con Cédula de Ciudadanía _____, autorizo a Colombiana de Comercio, Corbeta y/o Alkosto S.A. con NIT No. 890.900.943-1 descontar mensual o quincenalmente de nómina el Aporte Social y el Ahorro Permanente más las cuotas a Capital e Intereses correspondientes a las Obligaciones presentes y futuras que tenga con el Fondo de Empleados de Colombiana de Comercio, Corbeta y/o Alkosto S.A. Foncorbeta NIT 830.046.245-7 y girarlos periódicamente a esa entidad. Adicionalmente en caso de retiro por cualquier causa, expresamente autorizo a Colombiana de Comercio, Corbeta y/o Alkosto, S.A. para que, de mi liquidación final de salarios, prestaciones legales y extralegales, descansos eventuales, indemnizaciones y en general de cualquier acreencia laboral, se descuente el valor adeudado a Foncorbeta. Si al darse por terminado el contrato laboral con Colombiana de Comercio, Corbeta y/o Alkosto S.A., tengo saldo a favor en Foncorbeta o en cesantías y deuda debidamente demostrada con la Empresa, autorizo el cruce de cuentas.

Autorizo descontar de mis beneficios económicos extralegales relacionados en el plan de beneficios de la compañía, tales como: primas, bonificaciones, auxilios o gratificaciones. Los valores o saldos pendientes con Foncorbeta en el caso de poseer embargos, descuentos de libranza y/o otros conceptos que no permitan el descuento por nómina de la cuota mensual.

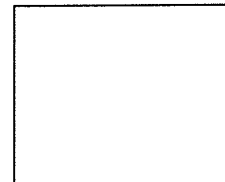
Autorizo a Foncorbeta pagar a nombre mío, las obligaciones que firme de los convenios que el fondo ofrezca a los asociados

Autorizo expresamente a FONCORBETA para que mis datos personales y comerciales como persona natural, sociedad y/o representante legal y/o socio, sean consultados, actualizados y registrados en cualquier base de datos de centrales de riesgo, y/o de información general comercial que exista o pueda existir en el futuro. Igualmente los autorizo para que en caso de mora en el pago de mis obligaciones comerciales o en mi calidad de codeudor, sea reportado a la base de datos que FONCORBETA elija.

Atentamente;

C.C.

c.c. Foncorbeta



HUELLA DIGITAL
INDICE DERECHO



SOLICITUD DE SEGURO - DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

 VIDA GRUPO

 GRUPO DEUDORES

 PROTECCIÓN FAMILIAR

 GRUPO APORTES

 GRUPO DIRECTIVOS

 Plan A B C

PÓLIZA No.		CIUDAD Y FECHA		CRÉDITO No.
TOMADOR FONCORBETA				C.C. O NIT 830.046.245-7
DIRECCIÓN Calle 10A No. 31A-42		CIUDAD Bogotá		TELÉFONO 405 5437
ASEGURADO PRINCIPAL				C.C. O NIT
FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN	CARGO QUE OCUPA		VALOR ASEGURADO
ESTADO CIVIL	PESO (Kg)	ESTATURA (mts)	ESTA UD. TRABAJANDO NORMALMENTE?	
Para protección familiar hacer diligenciar al respaldo la Declaración de Asegurabilidad por el padre y la madre				

ESCRIBA EL NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS DE ESTE SEGURO Y SU RESPECTIVO PORCENTAJE

NOMBRE Y APELLIDO	PARENTESCO	EDAD	%
 	 	 	
 	 	 	

• Si es póliza de Vida Seguro Deudores el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda

Con plena conciencia de que la reticencia o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como de éste se otorga a las personas de salud normal, doy respuesta de buena fe a los siguientes interrogantes:

Favor contestar en la casilla respectiva si presenta actualmente o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes condiciones:

- | | | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. AFECCIONES CARDIOVASCULARES | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | 6. CIRUGÍA | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 2. AFECCIONES CEREBROVASCULARES | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | 7. ALCOHOLISMO | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 3. CÁNCER | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | 8. TABAQUISMO / DROGADICCIÓN | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 4. DIABETES | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | 9. HIPERTENSIÓN ARTERIAL | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 5. VIH POSITIVO / SIDA | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | 10. ENFERMEDADES CONGÉNITAS | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| | | | 11. ENFERMEDADES DEL COLAGENO | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

EN CASO DE CONTESTAR SI A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE:

EN CASO DE HABER CONTESTADO NO A LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DECLARO Y FIRMO:

Como asegurado principal garantizo que en éste momento de Ingreso a la póliza, me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra en manera alguna reducida y no he padecido no me ha sido diagnosticada ninguna enfermedad cerebrovascular, cardiovascular, hipertensión arterial, diabetes, cáncer, SIDA, alcoholismo, tabaquismo, drogadiccción y en general ninguna enfermedad preexistente que de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio conduzca a la nulidad del contrato de seguro.

Así mismo autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de hospital o persona que me haya atendido a suministrar copia de la historia clínica solicitada por la Equidad Seguros de Vida O.C. sobre mi estado de salud pasado o presente y a entregar mi historia clínica. Ésta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.

En caso de seguro de Protección Familiar esta declaración se extiende al grupo familiar relacionado en la solicitud, (solamente a cónyuge e hijos) Los padres deben diligenciar cada uno por separado esta Declaración.

En constancia se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ de año _____.

FIRMA DEL ASEGURADO _____



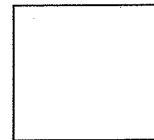
Yo _____ c.c. _____ actuando en nombre propio, en calidad de titular de la información; de manera libre, expresa, voluntaria e informado, autorizo a Foncorbeta, Fondo de Empleados de Colombiana de Comercio y o Alkosto S.A. o a la persona natural o jurídica a quien este encargue, a recolectar, almacenar, 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 han 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 ultimo fui informado de que el responsable del tratamiento de mis datos es FONCORBETA con Nit 830.0462.245-7 con dirección principal: Calle 11 No. 31 A -42 Bogotá D.C. <http://www.foncorbeta.com> Teléfono (1) 3649777 Ext. 6415-6461-6462-6463-6618.

Fecha de afiliación _____
Firma _____
Nombre del asociado(a) _____
c.c. _____



HUELLA DIGITAL

AVISO DE PRIVACIDAD

FONCORBETA, FONDO DE EMPLEADOS DE COLOMBIANA DE COMERCIO Y O ALKOSTO S.A. 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 siguientes mecanismos que ponemos a su disposición.

Calle 11 No: 31A - 42. Tels. : 3 64 97 77 Ext.6415/ 6461 / 6462 / 6463 / 6618
Telefax: 4 05 54 37; E-mail foncorbeta@colcomercio.com.co
Registro RUNEOL: 830046245-BOG693. Bogotá D.C. – COLOMBIA
Registro Cámara de Comercio de Bogota N° S0008229
www.foncorbeta.com