

1. Información del Asociado

Tipo de Afiliación

Primera Vez Adición

Fecha de Diligenciamiento

MM/DD/AAAA

Nombre(s) y Apellidos (Completo)		N° de identificación	Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA	Cargo o Labor
Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Dirección de Residencia - Barrio - Ciudad (Completo)		

2. Información de los Beneficiarios

Nota: 1. Señor asociado, usted goza de este servicio gracias al Auxilio Protección Exequial de Febanc, por lo tanto, no requiere afiliarse.

2. Diligenciar los campos solicitados y adjuntar copia del (los) documento(s) de identificación del asociado y de cada uno de los beneficiarios que desea inscribir o adicionar.

N° Identificación	Nombres y Apellidos (Completo)	Fecha de nacimiento			Parentesco
		Día	Mes	Año	

Anexo - mascotas (opcional)

Nombre Mascota	Especie	Raza	Edad	Plan

3. Forma de Pago (elij una sola forma de pago)

Contado (Adjuntar el soporte de pago) Ahorro Ordinario Valor

Para la vigencia 2020 - 2021 el valor a pagar por **personal** mes es \$2.450 y **mascota/mes** plan élite \$12.500, plan básico \$6.600. Aplican intereses en modalidad crédito.

Solicitud de Crédito (Diligenciar solamente si la forma de pago es Crédito)

Valor Solicitado \$	Modalidad del Crédito Seguros y Convenios	Plazo: Montos inferiores a \$100.000 un mes, entre \$100.000 y \$200.000 dos meses y para montos superiores a \$200.000 hasta la renovación del servicio. Tasa: DTF+6
------------------------	--	---

Nota: Adjuntar colilla de nómina, comprobante de pago de la pensión o certificado de ingresos según el tipo de asociado (Empleado - Pensionado - Ex empleado).

4. Declaraciones

Declaro que conozco las condiciones del plan las cuales me fueron informadas a través del sitio web www.febanc.com.co en la parte correspondiente a Servicios Prestados por Terceros y las dudas presentadas al respecto, me fueron aclaradas. Declaro que todos los beneficiarios inscritos en el servicio exequial son menores de sesenta y cinco (65) años, gozan de buena salud y no padecen ninguna enfermedad cardiovascular, hipertensión, diabetes, cáncer o sida.

5. Autorización para el Tratamiento de Datos Personales

A Febanc:

Declaro que el Fondo de Empleados del Grupo Bancolombia -Febanc-, como empresa de la Economía Solidaria y como responsable del tratamiento de mis datos personales, me ha dado a conocer los derechos que me asisten como titular de la información, los cuales me fueron informados a través del sitio web www.febanc.com.co en la parte correspondiente a las Políticas de Tratamiento y Protección de Datos Personales y las dudas presentadas al respecto, me fueron aclaradas. Soy consciente de los derechos que me asisten para la protección, modificación o supresión de mis datos personales y los canales a través de los cuales puedo ejercer los derechos para conocer, actualizar, aclarar, rectificar la autorización y/ o presentar reclamos. Lo anterior en el marco de la Ley 1581 de 2012, Decreto 1074 de 2015 y demás normas que las complementen, modifiquen, sustituyan, deroguen o reglamenten.

Como Titular de la información autorizo a Febanc o a quien represente sus derechos para que registre en sus bases de datos la información por mí proporcionada, realice el tratamiento de los datos personales en especial para que consulte, informe, procese, actualice, comparta, transmita mis datos personales a Plenitud Protección S.A con la finalidad de realizar acciones tendientes a obtener la afiliación del servicio exequial.

A Plenitud Protección S.A:

Autorizo a Plenitud Protección S.A para que: 1. Registre, almacene, administre y utilice los datos por mí suministrados en bases de datos de su propiedad. 2. Me contacte a través de correo físico, electrónico, redes sociales en las cuales esté inscrito, vía telefónica, celular o dispositivo móvil, vía mensajes de texto (SMS y/o MMS), o a través de cualquier medio análogo y/o digital de comunicación, con la finalidad de realizar acciones tendientes a obtener la afiliación del servicio exequial.

Firma del Asociado: _____

Beneficiario(a) seguro HADA:

Este beneficio es para proteger al asociado titular por muerte accidental o violenta menor de 69 años y que goce de buena salud, el asociado debe de tener como mínimo un beneficiario inscrito en el servicio exequial plenitud protección.

El seguro HADA entrega \$1.800.000 de ayuda económica al beneficiario designado por el asociado, el beneficiario debe ser mayor de edad y en caso de ser menor de edad o no diligenciar el beneficiario, este será entregado de acuerdo a lo estipulado por la ley.

Nota: El seguro HADA es entregado directamente por PLENITUD PROTECCION S.A

Nombre(s) y Apellidos

c.c.

PARA USO EXCLUSIVO DE FEBANC

Número de Beneficiarios: _____ Valor: _____ Fecha de Ingreso: _____

Elaboró: _____ Revisó: _____