

SOLICITUD DE AFILIACIÓN



Fecha

DD

MM

AAAA

I. DATOS ASOCIADO

Nombre completo	Cédula	De
Fecha de nacimiento DD MM 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	País
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 DD MM 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 DD MM AAAA	Ciudad	Sexo	Nivel de estudio	
Profesión	Actualmente trabaja <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Empresa		
Cargo	Teléfono	Depende económicamente de usted <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Nombre Madre	Cédula	De		
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		
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 DD MM AAAA	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Dep. Econ. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Documento de identidad
	DD MM AAAA	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
	DD MM AAAA	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
	DD MM AAAA	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	

V. REFERENCIAS

Nombre

Dirección

Ciudad

Teléfono

Nombre

Dirección

Ciudad

Teléfono

VI. ACTIVOS

Tipo de activo	Descripción	Valor comercial	Saldo	Entidad	Valor cuota
INMUEBLE					
VEHÍCULO					

Hipoteca Si No Pignorado Si No

VII. EVENTOS

¿Qué actividades le interesaría que FEVAL promoviera para usted y su familia?

- | | | | | |
|---------------------|--|--|---|--|
| DEPORTIVAS | <input type="checkbox"/> Fútbol | <input type="checkbox"/> Baloncesto | <input type="checkbox"/> Voleybol | <input type="checkbox"/> Natación |
| RECREATIVAS | <input type="checkbox"/> Turismo | <input type="checkbox"/> Juegos autoctonos | <input type="checkbox"/> Parques | <input type="checkbox"/> Caminatas |
| CULTURALES | <input type="checkbox"/> Música y danza | <input type="checkbox"/> Teatro | <input type="checkbox"/> Cine | <input type="checkbox"/> Ferias y exposiciones |
| EDUCATIVAS | <input type="checkbox"/> E. superior | <input type="checkbox"/> Cursos virtuales | <input type="checkbox"/> Cursos virtuales | <input type="checkbox"/> Idioma y lectura |
| SALUD | <input type="checkbox"/> Odontología | <input type="checkbox"/> Oftalmología | <input type="checkbox"/> Cirugías estéticas | <input type="checkbox"/> Charlas preventivas |
| DESARROLLO PERSONAL | <input type="checkbox"/> Familia/Parejas | <input type="checkbox"/> Proyecto de vida | <input type="checkbox"/> Asesoría psicológica | <input type="checkbox"/> Orientación profesional |

OTRA Cuál(es) _____

Tiene una empresa o negocio Si No Cuál (es) _____
 Tiene alguna idea de negocio Si No Cuál (es) _____

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 afiliarme a FEVAL con un descuento _____ (Quincenal o Mensual) para aportes y ahorros de \$ _____ en letras _____

comprometiéndome a cumplir con los estatutos vigentes, reglamentaciones y demás disposiciones que lo rija.

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 los saldos 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.

FIRMA Y CÉDULA ASOCIADO**PARA USO EXCLUSIVO DE FEVAL**

Afiliado a partir de DD MM AAAA aprobado por _____

Observaciones: _____



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:	CIUDAD:
	DIA MES AÑO	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		Fecha de Ingreso o modificación	
				DIA MES AÑO		DIA MES AÑO	
Sexo		Estado Civil			Peso:		Kilogramos
Femenino: <input type="radio"/> Masculino: <input type="radio"/>					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	%

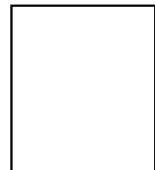
PREGUNTA	SI	NO	EXPLICACION
1. ¿ Sufre o ha sufrido enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, respiratorias, renales, tensión arterial, triglicéridos o colesterol alto, cáncer, diabetes, sobrepeso, problemas mentales, SIDA, o alguna otra enfermedad no mencionada ?			
2. ¿ Tiene en la actualidad 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 ?			

DECLARACIÓN 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 o 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
--	-----------------------------------	---	--

**AUTORIZACIÓN DE CONSULTA EN CENTRALES DE INFORMACIÓN
PERSONA NATURAL**



Yo _____ identificado(a) con la cédula número _____ expedida en _____ y domiciliado (a) en la ciudad de _____, por medio de la presente autorizo expresamente a FEVAL, sociedad debidamente constituida con NIT. 860.041.580-6 para que obtenga de centrales de información, una consulta impresa con la información financiera sobre mi endeudamiento y comportamiento crediticio, y disponer de dicha información para el análisis y evaluación correspondiente.

Para constancia firmo en la ciudad _____ el día _____ del mes _____ del año 20 _____

FIRMA Y CÉDULA ASOCIADO