



**FONDO DE PROFESORES Y EMPLEADOS
DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES**

NIT. 860.016.249-7
Carrera 3a. #17-73 Piso 1
Teléfono 601 7421137

AFILIACIÓN A SERVICIOS ADICIONALES

DATOS PERSONALES ASOCIADO

Nombres y Apellidos _____ CC CE _____

Dirección _____ No. Teléfono _____

No. Celular _____ E-mail Universidad _____

INFORMACION LABORAL

Dependencia _____ Cargo _____ Extensión _____

DATOS DEL ASEGURADO

Unicamente si es diferente al asociado

Nombres y Apellidos _____ CC CE PAS _____

Dirección _____ No. Teléfono _____

No. Celular _____ E-mail _____

Parentesco con el asociado _____

TIPO DE CONVENIO

Señale el convenio solicitado:

Colsanitas	Premium Sanitas	Póliza autos Liberty	Protegemos	Placa _____	Marca _____
Medisanitas	Salud Colpatria	Póliza autos Sura	Póliza de Vida	Modelo _____	C.C. _____ Clase _____
Compensar	Medplus	Póliza autos Zurich	Vetplus		
Colmedica	Emermédica	SOAT(Plazo max.6 meses)	Asistencias		
Salud Sura	EMI	Póliza motos SBS			
Famisanar	DMF	Póliza de Hogar			
		Póliza Bicicletas			

FORMA DE PAGO

Descuentos de nómina

Contado

Beneflex

Ventanilla pensionado

INFORMACION DESCUENTO POR NOMINA

Vigencia a partir del:	Valor total	No. de cuotas	Valor mensual a pagar

AUTORIZACIONES

Autorizo a la Universidad de los Andes para que el valor de esta póliza me sea descontado por nómina y/o beneflex. En caso de no recibir el pago me comprometo a hacerlo por ventanilla.

Autorizo al Fondo Uniandes, o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor a reportar, procesar, solicitar y divulgar a la central de información financiera CIFIN; que administra la Asociación Bancaria y de entidades financieras de Colombia. O a cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento comercial. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos, en donde se consignan de manera completa, todos los datos referentes a mi actual y pasado comportamiento frente al sector financiero y en general frente al cumplimiento de mis obligaciones Autorizo al Fondo Uniandes a descontar el valor de la consulta hecha a las centrales de riesgo.

Nota: Para solicitar el retiro deberá ser por escrito, dentro de las fechas estipuladas para cada convenio.

Atentamente,

Firma Asociado

Asesor

Ciudad y fecha _____

ESPACIO EXCLUSIVO DEL FONDO UNIANDES

Aprobado

SI	NO
----	----

Fecha

DD	MM	AA
----	----	----

Nombre y Firma Funcionario _____