



**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

Únicamente 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	_____
Compensar	Medplus	Póliza autos Zurich	Vetplus			Clase	_____
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 consignarán 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 _____