

# SOLICITUD DE AFILIACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE DATOS

ASOCIACIÓN NACIONAL DE AGENTES DE SURAMERICANA DE SEGUROS Y FILIALES



## 1. DATOS PERSONALES Y FAMILIARES:

Nombres y Apellidos:			
Cédula de Ciudadanía No.	Estado Civil:		
Lugar / Fecha de Nacimiento:	Día:	Mes:	Año:
Dirección Residencia:	Ciudad:	Cel:	
E-mail personal:	E-mail corporativo:		
Sucursal/Oficina:	Municipio:		
Compañía / Fecha Vinculación:	Día:	Mes:	Año:
Cónyuge/compañero(a):	Cédula	Fecha nacimiento: DD / MM / AAAA	
NOMBRES Y APELLIDOS HIJOS Y/O DEPENDIENTES	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA NACIMIENTO	
		DD / MM / AAAA	
Si los espacios no alcanzan escribe detrás de la hoja.			

**2. PERSONAS DE CONTACTO:** nombre de las personas de contacto, en caso de ser requerido por Asoass, preferiblemente de su núcleo familiar (cónyuge, hijos mayores de edad, padres, hermanos. etc.):

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	TELÉFONO DE CONTACTO

**3. SEGURO MUTUO: ARTÍCULO 87 DE LOS ESTATUTOS.** En caso de fallecimiento o muerte presunta por desaparecimiento e invalidez total y permanente de cualquiera de los afiliados de LA ASOCIACIÓN, todos los demás afiliados aportarán una suma equivalente a un (1) salario mínimo legal diario vigente (SMLDV) para ser entregado a los beneficiarios del afiliado o a él mismo, según corresponda. Así mismo, en caso de fallecimiento o muerte presunta por desaparecimiento e invalidez total y permanente del cónyuge o compañero (a) permanente del afiliado de LA ASOCIACION, todos los demás afiliados aportarán una suma equivalente a medio (1/2) salario mínimo legal diario vigente (SMLDV) para ser entregado al afiliado.  
**PARÁGRAFO:** Este seguro se pagará a primera pérdida por la invalidez o el fallecimiento, lo que ocurra primero.

**Beneficiarios:** en caso de mi fallecimiento o muerte presunta por desaparecimiento, la suma del Seguro Mutuo deberá ser entregada a:

BENEFICIARIO	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	%	NÚMERO CELULAR

**4. PÓLIZA PLAN VIDA CLÁSICO NO CONTRIBUTIVO DE SURA:** ASOASS es el tomador de una póliza de vida colectiva para todos sus afiliados con coberturas de Vida e Invalidez, Pérdida o Inutilización por Enfermedad o Accidente. Para acceder a este beneficio se deberá diligenciar la declaración de asegurabilidad que Sura tiene destinada para tal fin.

**5. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** El titular acepta el tratamiento de la información personal recolectada y administrada por ASOASS, al igual que la suministrada por las Compañías Suramericana, según el Artículo 8 de la Convención Colectiva de Trabajo 2022–2026. La Asociación da cumplimiento a las obligaciones previstas en el Decreto 1377 de 2013 y todos aquellos regulados mediante la Ley 1581 de 2012. El manual realizado por Asoass documenta y recoge los cambios organizacionales que se han adoptado para plasmar los procedimientos estandarizados de recolección, custodia y tratamiento de las bases de datos personales, el cual, podrá ser consultado en la página web [www.asoass.org](http://www.asoass.org). El titular faculta a ASOASS para realizar la destrucción, supresión y/o eliminación física de los documentos y ser guardados en medio magnético (SOLICITUD DE AFILIACIÓN ASOASS, ACTUALIZACIÓN DE DATOS Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS).

Firma: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Nota:** La afiliación será efectiva a partir del descuento de la nómina de la primera cuota sindical ordinaria