



FONDO DE EMPLEADOS DEL CES - UnionCES

De todos y para todos!!

AUXILIO POR HOSPITALIZACION

Fecha solicitud: _____ Cédula asociado (a): _____

Nombres y apellidos Asociado (a) _____

Nombre postulado para auxilio: _____

Parentesco con el asociado: Padre / Madre () Hijo-a- () Esposo –a- () Asociado ()

Fecha ingreso a UnionCES: _____ Aceptado para auxilio: Si () No ()

Observaciones: _____

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS POR PARTE DEL FONDO DE EMPLEADOS DEL CES “UNIONCES”

UNIONCES le informa que sus datos personales serán almacenados, en nuestras bases de datos, y tratados para mantener una comunicación permanente y eficaz con usted sobre las actividades del fondo o en las que éste participe directa o indirectamente, en especial las de ahorro, crédito y bienestar social. Puede verificar finalidades específicas en el Capítulo 5 de la Política de Tratamiento de datos personales del fondo UNIONCES. Puede consultar nuestra política visitando la página web <http://www.unionces.com/>. Si usted desea consultar, actualizar, rectificar o suprimir datos que nos ha suministrado, o revocar la presente autorización, puede revisar el Capítulo 7 de la Política y conocer el procedimiento detallado, o si lo prefiere escríbanos un correo electrónico a habeasdata@unionces.com indicándonos su solicitud, o comuníquese al teléfono (57 4) 576 72 72 extensión 7555. Conociendo lo anterior, manifiesto mi autorización expresa, previa y voluntaria para el tratamiento de mis datos por el Fondo de Empleados del CES “UNIONCES”

Firma asociado (a): _____

Total reclamado a la fecha por este rubro: Año 2024 _____

Total auxilio reconocido: _____

Firmas de autorización:

Autorización desembolso dinero: _____