COOMUTRANORT

FORMATO DE VINCULACIÓN PERSONA NATURAL

Fecha solicitud: _____

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Apellidos y Nombres:

Tipo de Documento						Número	Expedida en	Fecha de Expedición			Sexo	
C.C.		C.E.		T.I.				DD	MM	AA	F	M

Fecha de Nacimiento			Lugar de Nacimiento	Nivel Educativo						
DD	MM	AA		Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	Tecnólogo	Especialización	Maestría

Estado Civil (Seleccione)						Personas a Cargo	Tipo de Vivienda		
Soltero	Casado	U. Libre	Separado	Divorciado	Viudo		Propia ☐	Arrendada ☐	Familiar ☐

Correo Electrónico	N° Celular	Teléfono	Comuna

Dirección Domicilio	Municipio	Departamento

Ocupación (Seleccione)											Actividad principal	CIIU
Empleado		Independiente		Pensionado		Estudiante		Hogar		Jubilado		

1.1 INFORMACIÓN FAMILIAR

Identificación	Nombre	Parentesco	Fecha Nacimiento	Profesión u Ocupación

1.2 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Apellidos y Nombres del representante legal del menor	Documento	
	C.C. No.	

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Cargo	N° Teléfono

Dirección de Empresa o Negocio	Barrio	Ciudad

Maneja dinero del estado o esta expuesto publicamente? PEPS	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos Mensuales Actividad Principal		Total Egresos Mensuales	
Otros Ingresos Mensuales (Especificar)		Total Activos	
Total Ingresos		Total Pasivos	

Mes y año de corte de la información financiera suministrada	MES		AÑO		Es declarante?	SI		NO	

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta proviene de:		Realiza operaciones en moneda extranjera?	SI	NO

_____
Firma

Huella índice derecho

4. REFERENCIAS

Referencia Personal Nombres	Dirección	Teléfono	Parentesco

Referencia Familiar Nombres	Dirección	Teléfono	Parentesco

5. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN

Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades licitas las cuales relaciono a continuación:_____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas. Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a Coomutranort Ltda o a quien represente sus derechos o la calidad de Acreedor para 1)Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente, 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, centrales de información del sector financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre base de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de información que celebre con Coomutranort Ltda, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la Ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejara en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.3) Debitar de mi cuenta abierta en esta, todos los valores originados en las operaciones y servicios que Cooomutranort Ltda me suministre. Declaro que:1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por Coomutranort Ltda.2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar la información personal 3)Conozco mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Habeas Data y protección de datos personales.4) Coomutranort Ltda me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de la normas antes citadas.5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.

6. FIRMA Y HUELLA

Certifico(amos) que la información aportada en el presente documento es veraz, habiendo leído, comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firma(amos):

_____

Firma Solicitante o Representante Legal

Huella índice derecho

7. RESULTADOS DE LA ENTREVISTA O VISITA CLIENTE

Lugar:	FECHA					
	MES		DIA		AÑO	
RESULTADO:	ACEPTADO		RECHAZADO			

Observaciones: _____

_____

_____

_____

Nombre y firma del asesor oficina

8. CONFIRMACIÓN DATOS DEL CLIENTE

FECHA						FECHA				TELEFONO
MES		DIA		AÑO			A.M.		P.M.	
Nombre de la persona que atendió:						Parentesco:				

CONFIRMACIÓN DE LA DIRECCIÓN	SI		NO		ACEPTADO		RECHAZADO	

Observaciones: _____

_____

_____

Nombre y firma del Asesor de la Oficina que verifica:

_____

Valor Aporte: _____

Presentado por: _____

Forma de Pago Aporte: _____

Fecha de Pago Primer Aporte: _____

Documentos Anexos:

Fotocopia Cédula de Ciudadanía: SI _____ NO _____

Constancia de Ingresos: SI _____ NO _____

Declaración de renta del último periodo gravable: SI _____ NO _____

Original del certificado de existencia y representación legal: SI _____ NO _____

Fotocopia del número de identificación tributaria NIT: SI _____ NO _____

Fotocopia del documento de identificación del representante legal: SI _____ NO _____

SOLICITUD DE SEGURO - DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Vida Grupo ☐ Grupo Deudores ☐ Protección Familiar ☐
Grupo Aportes ☐ Grupo Directivos ☐ Plan A ☐ B ☐ C ☐

equidad seguros
La aseguradora de la mayoría

TOMADOR			C.C./NIT	
DIRECCIÓN		CIUDAD		TELÉFONO
ASEGURADO PRINCIPAL			C.C.	ESTADO CIVIL
PESO (KG)	ESTATURA (Mts)	¿TRABAJA USTED ACTUALMENTE?	OCUPACIÓN	CARGO
FECHA DE NACIMIENTO	CORREO ELECTRÓNICO		VALOR ASEGURADO	

Para Protección Familiar hacer diligenciar al respaldo la declaración asegurabilidad por el padre y la madre

ESCRIBA EL NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS DE ESTE SEGURO Y SU RESPECTIVO PORCENTAJE

NOMBRE Y APELLIDO	Documento (C.C -C.E.-T.I. - R.C)	N° DE DOCUMENTO	PARENTESCO	EDAD	%

* Si es poliza de Vida Deudores el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda.

Con plena conciencia que la reticencia o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como que éste se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal doy respuesta de buena fe a los siguiente interrogantes:

Favor marque con una X si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguiente condiciones:

1 AFECCIONES CARDIOVASCULARES ☐
2 AFECCIONES CEREBROVASCULARES ☐
3 CANCER ☐
4 DIABETES ☐
5 VIH POSITIVO / SIDA ☐
6 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA ☐
7 EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA ☐
8. CIRUGÍA ☐
9. ALCOHOLISMO ☐
10. TABAQUISMO / DROGADICCIÓN ☐
11. HIPERTENSIÓN ARTERIAL ☐
12. ENFERMEDADES CONGÉNITAS ☐
13. ENFERMEDADES DEL COLÁGENO ☐
14. ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS ☐

EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS CONDICIONES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE:

Autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de hospital o persona que me haya atendido a suministrar a La Equidad Seguros de Vida copia de la historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.

En caso del seguro de Protección Familiar esta declaración se extiende al grupo familiar relacionado en la solicitud (cónyuge e hijos). Los padres deben diligenciar cada uno por seprado esta declaración.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 y sus normas reglamentarias, para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros De Vida O.C., (En Adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamiento descritos en la presente autorización. Así mismo, autorizo y declaro que he sido informado que durante la etapa precontractual y contractual, La Equidad puede acceder a otras bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento, para los fines y tratamiento descrito a continuación: 1. Que mis datos personales serán tratados por La Equidad, para las siguientes finalidades: a) El trámite de vinculación como consumidor financiero; b) Todas las actividades referentes al proceso de negociación contractual, su ejecución, cumplimiento y en general, la gestión integral del seguro contratado; c)Verificación del estado del riesgo en cualquier tiempo; d) El control y la prevención del fraude; e) La liquidación y pago de siniestros; f) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, verificación, actualización de datos y análisis de tendencias del mercado; g) Envío de información de actualización en las políticas de tratamiento de datos y ofertas comerciales de seguros de La Equidad; h)Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial; i) Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral. 2 Que, para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegare a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ella ya hubiere terminado y conforme al término de vigencia del tratamiento. 3. Que los datos podrán ser compartidos, trasmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: a) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos de seguro celebrados con La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, gestores de cartera, entre otros; b) Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro; c)Las entidades jurídicas con las cuales La Equidad adelante gestiones para efectos de Coaseguro o Reaseguro; d) A las personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral y la selección de riesgos, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales. 4. Que, para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad podrá consultar las bases de datos a que hace referencia el literal d) del numeral 3 de este documento. 5. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas. 6. Que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, si la información suministrada es relativa a la salud y a los datos biométricos. 7. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas. 8. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hayan sido objeto de tratamiento. 9. Que el responsable del tratamiento de la información es La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros de Vida O.C., cuya dirección es carrera 9 A No. 99-07 Piso 12, el teléfono es 5922929 y su página web es www.laequidadseguros.coop. 10. Que con la suscripción del presente documento, autorizo el tratamiento de los datos personales, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en esta autorización.

Así mismo, manifiesto expresamente que durante el proceso de negociación me han sido informadas de manera anticipada las condiciones del contrato de seguro y que en virtud de tal entendimiento, acepto y decido tomar la póliza.

En constancia se firma en _____ a los _____ dias del mes de _____ del año _____

FIRMA ASEGURADO _____

Autoriza Ingreso: Si ☐ No ☐

Nombre y firma de quien autoriza _____

HUELLA

Huella del índice derecho del asegurado

COOPERATIVA MULTIACTIVA DE TRABAJADORES DEL NORTE DE SANTANDER

COOMUTRANORT

Para ustedes!

FICHA DE REGISTRO DE BENEFICIARIOS PARA EL SEGUROS DE APORTES DEL ASOCIADO DE LA COOPERATIVA

_____ mayor de edad, identificado(a) con la C.C.# _____ expedida en _____ domiciliado/a en la _____ _____ de la ciudad de _____ , manifiesto de manera libe, espontánea y voluntaria que:

1- La Cooperativa Multiactiva de Trabajadores de Norte de Santander me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respeten mi voluntad y preferencia.

2- Me informa también que existe un procedimiento que protege mis derechos y respeta mis decisiones sobre lo que quiero hacer con mis aportes realizados a la Cooperativa Multiactiva de Trabajadores de Norte de Santander, de acuerdo con mi proyecto de vida. Multiactiva de Trabajadores de Norte de Santander

3- Que los porcentajes son de libre designación y deben sumar el 100%.

4- Las personas que figuran como beneficiarios son de libre designación por parte del asociado.

5- Para efecto del pago de los aportes, se tendrán en cuenta únicamente las personas aquí designadas.

6- En caso de tener que realizar, el pago de los aportes a un beneficiario menor de edad. Este pago se hará a su representante legal, que para efectos de ley será el padre o la madre, o los dos. Siempre y cuando acrediten su existencia y/o representación legal de la tenencia o cuidados del menor por fallo judicial; o a menos que exista un fallo judicial anterior a la fecha del fallecimiento del asociado que designe un representante legal diferente, de lo contrario se hará en previo proceso sucesoral, o en efecto el menor tendrá que esperar a que cumpla su mayoría de edad.

7- En caso de no designar beneficiarios, el pago de los aportes se efectuará a los beneficiarios de ley; previo proceso de sucesión.

8- Los beneficiarios registrados en este formulario podrán ser cambiados por el asociado cuando lo considere necesario, diligenciado este mismo formulario y entregándolo a la Cooperativa Multiactiva de Trabajadores de Norte de Santander.

BENEFICIARIOS:

IDENTIFICACIÓN	APELLIDOS Y NOMBRES	FECHA NAC.	PARENTESCO	%

Para constancia firmo en Cúcuta, a _____

Firma _____

C.C. # _____ de _____