



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			CIU				
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 públicamente? 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 lícitas 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 efectúare 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 Coomutranort 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		DÍA		AÑO	
RESULTADO:	ACEPTADO		RECHAZADO			

Observaciones: _____

Nombre y firma del asesor oficina

8. CONFIRMACIÓN DATOS DEL CLIENTE

FECHA					FECHA				TELÉFONO			
MES		DÍA		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 _____

**FICHA DE REGISTRO DE BENEFICIARIOS PARA APORTES, SEGUROS DE
APORTES DEL ASOCIADO DE LA COOPERATIVA
“COOMUTRANORT LTDA”**

Yo, _____ mayor de edad, con plena capacidad legal de goce y de ejercicio, identificado(a) con la C.C. # _____ expedida en _____ obrando en mi propio nombre, declaro bajo juramento que es mi deseo y voluntad de acuerdo con las disposiciones legales. Que en caso de mi fallecimiento, el valor correspondiente a mis aportes, etc., que tengo en **“COOMUTRANORT LTDA”**, sean entregados a la(s) persona(s) que menciono a continuación como beneficiarios y en los porcentajes que libremente establezco.

BENEFICIARIOS:

IDENTIFICACIÓN	APELLIDOS Y NOMBRES	FECHA NAC.	PARENTESCO %
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Así mismo, estoy autorizando de manera expresa a **“COOMUTRANORT LTDA”**, para que haga las liquidaciones correspondientes y desembolse a mis beneficiarios en la forma anteriormente indicada. Manifiesto además que dejo sin ningún efecto cualquiera otra autorización que yo hubiere efectuado, o instrucciones que en tal sentido yo hubiere dado.

Para constancia firmo en Cúcuta, a _____

Firma _____

C.C. # _____ de _____

Vida Grupo

Grupo Aportes

Grupo Deudores

Grupo Directivos

Protección Familiar

Plan

A

B

C

DATOS TOMADOR

TOMADOR

C.C./NIT

DIRECCIÓN

CIUDAD

TELÉFONO

DATOS ASEGURADO

ASEGURADO PRINCIPAL

C.C.

CORREO ELECTRÓNICO

¿TRABAJA USTED ACTUALMENTE?

OCUPACION

CARGO

FECHA DE NACIMIENTO

ESTADO CIVIL

VALOR ASEGURADO

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DATOS SENSIBLES: son facultativas las respuestas a las preguntas que se le realice sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente, en consecuencia, no será obligado a responderlas. Con el diligenciamiento y firma de la declaración de asegurabilidad está autorizando expresamente a LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO y a LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO identificadas con Nit. 860.028.415-5 y 830.008.686-1 respectivamente a realizar el tratamiento de sus datos sensibles, en especial los contenidos en la definición de la normatividad aplicable sobre la materia particularmente, los relativos a la salud. Asimismo, son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niños, niñas y adolescentes y en consencuencia no ha sido obligado a responderlas.

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 póliza de Vida Deudores el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda.

DATOS RELATIVOS A LA SALUD

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:

PESO

ESTATURA

1. AFECCIONES CARDIOVASCULARES

2. AFECCIONES CEREBROVASCULARES

3. CÁNCER

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 HEMATOLÓGICAS

14. ENFERMEDADES DEL COLÁGENO (ENFERMEDAD QUE AFECTA EL SISTEMA AUTOINMUNE)

EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS CONDICIONES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD MENTAL, 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 separado esta declaración.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento 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 Organismo Cooperativo y/o La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo (en adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamientos 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 tratamientos descritos 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 Centrales de Información 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 ésta ya hubiere terminado conforme al término de vigencia del tratamiento. 3. Además que los datos podrán ser transferidos o transmitidos, para las finalidades mencionadas, a continuación: 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 adelantará 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 niños, niñas y adolescentes. En consecuencia no he sido obligado a responderlas. 8. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la normatividad vigente sobre datos personales. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que han sido objeto de tratamiento. 9. Que el responsable del tratamiento de la información es La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y/o La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo, cuyos datos de contacto se encuentran publicados en la página web 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 _____ días del mes de _____ del año _____

FIRMA ASEGURADO _____

Autoriza Ingreso: Si ☐ No ☐

Nombre y firma de quien autoriza _____

Huella del índice derecho del asegurado

SUS-FO-0006 (10-2024)

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA