



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 EL SEGURO 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 libre, 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.
- 3- Que los porcentajes son de libre designación y deben sumar el 100%.
- 4- Las personas que figuran como beneficiarias son de libre designación por parte del asociado.
- 5- Para efecto del pago de los aportes, se tendrá 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 menso que exista un fallo judicial anterior a la fecha de 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 se cumpla la mayoría de edad.
- 7- En caso de no designar beneficiaros, 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, diligenciando este mismo formulario y entregándolo a la Cooperativa Multiactiva de Trabajadores de Norte de Santander.

BENEFICIARIOS:

IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA DE NAC.	PARENTESCO	%
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

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 SOLICITADO		TOTAL VALOR ASEGURADO	

El campo “TOTAL VALOR ASEGURADO” aplica únicamente para Vida Grupo Deudores

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DATOS SENSIBLES Y DE MENORES DE EDAD: a continuación solicitaremos información necesaria para gestionar adecuadamente su solicitud de seguro, cumplir con normas legales y procesos internos, por ello solicitaremos datos de su estado de salud y de sus beneficiarios que eventualmente podrían ser menores de edad, por ello confirmamos que usted puede decidir si los suministra, al hacerlo y firmar este documento está autorizando 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 aquellos para todo lo relacionado con la gestión de la póliza.

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 consecuencia 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	N° DE DOCUMENTO	PARENTESCO	EDAD	%

*Si es póliza de Vida Deudores, el tomador será el beneficiario hasta cubrir la deuda vigente a la fecha de la reclamación ante la aseguradora. Aun así, se solicita información de otros beneficiarios por si aplica otra cobertura o queda un saldo adicional. * 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

DATOS RELATIVOS A LA SALUD

Aunque no está obligado a compartir información sobre su salud, estos datos son necesarios para contratar el seguro, que se otorga a personas que gozan de buena salud, si omite información relevante (reticencia), incorrecta, incompleta o engañosa (falsedad) sobre su estado de salud es posible que el seguro pierda validez. Por eso, le pedimos que responda con sinceridad a los siguientes interrogantes:

PESO

ESTATURA

1. AFECCIONES CARDIOVASCULARES

2. AFECCIONES CEREBROVASCULARES

3. ¿DURANTE LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS HA SIDO DIAGNOSTICADO O TRATADO POR ALGUNA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA? No será necesario declarar antecedentes de cáncer respecto de los cuales haya operado el derecho al olvido oncológico conforme a la normativa vigente.

4. DIABETES

5. VIH POSITIVO / SIDA

6. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

7. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

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 seprado esta declaración.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES
En cumplimiento de 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 tratamiento descritos en la presente autorización. Asimismo, 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 descritos a continuación: 1. Finalidades del tratamiento de datos personales: Mis datos personales serán tratados por La Equidad para: 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 eventual 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 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. Tratamiento sin relación contractual: Para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegue a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ésta ya hubiere terminado, conforme al término de vigencia del tratamiento. 3. Transferencia de datos personales: Los datos podrán ser transferidos o transmitidos 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) 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, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales. 4. Consulta de bases de datos externas: Para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad podrá consultar las bases de datos mencionadas en el literal d) del numeral 3. 5. Datos personales sensibles: 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. Autorización para tratar datos sensibles: 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. Datos de menores de edad: Son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas. 8. Derechos del titular de la información: Como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la normatividad vigente sobre datos personales. En especial, tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hayan sido objeto de tratamiento. 9. Responsable del tratamiento: 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. Aceptación del tratamiento: 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.

Con mi firma y huella en el presente documento, declaro que 1. Acepto el tratamiento de los datos personales previamente relacionado 2. Acepto 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 _____

Importante: la falta de veracidad y exactitud de la información suministrada y consignada en este documento en todas sus partes será causal de nulidad del contrato de seguro; esta situación da derecho a la compañía de seguros a objetar cualquier posterior reclamación por omisión de información existente con anterioridad a la fecha de contratación del seguro (**código de comercio, artículo 1058**).

FIRMA DEL ASEGURADO: _____

Autoriza Ingreso: Si ☐ No ☐

Nombre y firma de quien autoriza _____

