



COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO

Cooperación y Amor

Fecha: _____ Recibe: _____ Recomienda: _____

DATOS PERSONALES

Apellidos _____ Nombres _____

Identificación _____ Estado Civil _____ Profesión _____

Dirección residencia _____ Edad _____ Teléfono _____

Celular _____ Email _____

Valor. Solicitado. \$ _____ Línea de Crédito: _____ Plazo _____

Es usted residente fiscal (responsable de impuestos) en cualquier otro país diferente a Colombia: SI NO

ACTIVIDAD ECONÓMICA

Empleado Independiente Empresa donde trabaja _____ Cargo _____ Ciudad _____ Tel. _____

INGRESOS MENSUALES

Salario _____ Otros Ingresos _____ Total Ingresos _____

OBLIGACIONES

Arriendo \$ _____ Hipotecas \$ _____ Prestamos Vigentes \$ _____

Tarjetas de Crédito \$ _____ Gastos Familiares \$ _____ Total Egresos \$ _____

ACTIVOS

Bienes Raíces: casa Apart Local Finca Valor Comercial _____ Saldo deuda _____

Hipoteca a _____ Vehículo _____ marca _____ modelo _____ placa _____

Valor Comercial _____ Saldo de deuda _____ Prenda a _____

INFORMACIÓN DE CODEUDORES

1. Apellidos _____ Nombres _____ C.C. _____ Dirección
residencia _____ Teléfono. _____ Celular _____ Email _____

Es usted residente fiscal (responsable de impuestos) en cualquier otro país diferente a Colombia: SI NO

ACTIVIDAD ECONÓMICA

Empleado Independiente Empresa donde trabaja _____ Cargo _____ Ciudad _____ Tel. _____

Ingresos Mensuales \$ _____ Bienes Raíces: casa Apart Local Finca Valor Comercial _____

Saldo de deuda _____ Hipoteca a _____ Vehículo _____ marca. _____ modelo _____

placa _____ Valor Comercial _____ Saldo de deuda _____ Prenda a _____

OBLIGACIONES

Arriendo. \$ _____ Hipotecas. \$ _____ Prestamos. Vigentes. _____

Tarjetas de Crédito \$ _____ Gastos Familiares _____ Total Egresos _____

2. Apellidos _____ Nombres _____ C.C. _____ Dirección
residencia _____ Teléfono. _____ Celular _____ Email _____

Es usted residente fiscal (responsable de impuestos) en cualquier otro país diferente a Colombia: SI NO

ACTIVIDAD ECONÓMICA

Empleado Independiente Empresa donde trabaja _____ Cargo _____ Ciudad _____ Tel. _____

Ingresos Mensuales \$ _____ Bienes Raíces: casa Apart Local Finca Valor Comercial _____

Saldo de deuda _____ Hipoteca a _____ Vehículo _____ marca. _____ modelo _____

placa _____ Valor Comercial _____ Saldo de deuda _____ Prenda a _____

OBLIGACIONES

Arriendo. \$ _____ Hipotecas. \$ _____ Prestamos. Vigentes. _____

Tarjetas de Crédito \$ _____ Gastos Familiares _____ Total Egresos _____

3. Apellidos _____ Nombres _____ C.C. _____ Dirección
residencia _____ Teléfono. _____ Celular _____ Email _____

Es usted residente fiscal (responsable de impuestos) en cualquier otro país diferente a Colombia: SI NO

ACTIVIDAD ECONÓMICA

Empleado Independiente Empresa donde trabaja _____ Cargo _____ Ciudad _____ Tel. _____

Ingresos Mensuales \$ _____ Bienes Raíces: casa Apart Local Finca Valor Comercial _____

Saldo de deuda _____ Hipoteca a _____ Vehículo _____ marca. _____ modelo _____

placa _____ Valor Comercial _____ Saldo de deuda _____ Prenda a _____

OBLIGACIONES

Arriendo. \$ _____ Hipotecas. \$ _____ Prestamos. Vigentes. _____

Tarjetas de Crédito \$ _____ Gastos Familiares _____ Total Egresos _____

DECLARACIONES DE ASEGUROBILIDAD PARA SEGURO DE VIDA DEUDORES POLIZA N. _____**DATOS RELATIVOS A LA SALUD**

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

Por favor marque con una x si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes condiciones:

Peso _____ Estatura _____

- | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| 1. Afecciones cardiovasculares | <input type="checkbox"/> | 8. Cirugía | <input type="checkbox"/> |
| 2. Afecciones cerebrovasculares | <input type="checkbox"/> | 9. Alcoholismo | <input type="checkbox"/> |
| 3. Cáncer | <input type="checkbox"/> | 10. Tabaquismo / Drogadicción | <input type="checkbox"/> |
| 4. Diabetes | <input type="checkbox"/> | 11. Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> |
| 5. VIH positivo / SIDA | <input type="checkbox"/> | 12. Enfermedades congénitas | <input type="checkbox"/> |
| 6. Insuficiencia renal crónica | <input type="checkbox"/> | 13. Enfermedades hematológicas | <input type="checkbox"/> |
| 7. EPOC – Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | <input type="checkbox"/> | 14. Enfermedades del colágeno
(que afectan el sistema autoinmune) | <input type="checkbox"/> |

EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS CONDICIONES ANTERIORES, O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD MENTAL, ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN O ADICCIÓN POR FAVOR EXPLÍQUELO 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 aun después de mi fallecimiento.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Expresamente autorizo a la Cooperativa para que exclusivamente con fines de información financiera, reporte, consulte y circule información a las entidades de consulta de base de datos o cualquier entidad vigilada por la Superintendencia sobre los saldos a mi cargo, operaciones de crédito, estado de las obligaciones y manejo de crédito que bajo cualquier modalidad nos hubiera otorgado o se otorguen en el futuro. En cumplimiento con la ley 1581 de 2012 y el decreto ley 1377 de 2013 obrando como titular autorizo a Coy-amor para que de forma total o parcial procese, divulgue, trasfiera o trasmite los datos suministrados.

En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y sus normas reglamentarias, para efectos de acceder la prestación de servicios por parte de Cooperativa de ahorro y crédito (en adelante Coyamor), declaro que he suministrado datos personales para la finalidad de tratamiento descritos en la presente autorización. Así mismo autorizo y declaro que he sido informado que durante la etapa precontractual y contractual, Coyamor 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 Coyamor, 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 elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, verificación, actualización de datos y análisis de tendencias del mercado; f) Envío de información de actualización en las políticas de tratamiento de datos y ofertas comerciales de seguros; g) 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; h) Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral. 2. Que, para efectos del cumplimiento de la finalidad de sindicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegará a formalizar una relación contractual, o que ésta ya hubiere terminado y conforme al término de vigencia del tratamiento. 3. Además, que los datos podrán ser transferidos o trasmítidos, paralas finalidades mencionadas, a continuación: a) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos de seguro celebrados con Coyamor 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 Coyamor gestione; 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, Coyamor 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 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 normatividad vigentesobre datos personales. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hay han sido objeto de tratamiento. 9. Que el responsable del tratamiento de la información es Coyamor, cuyos datos de contacto se encuentran publicados en la página web www.coyamor.com. 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.

FIRMA Y C.C. SOLICITANTE**FIRMA Y C.C. CODEUDOR****FIRMA Y C.C. CODEUDOR****FIRMA Y C.C. CODEUDOR**

Calle 34 No 43-66 Of. 223 Centro Comercial San Diego PBX: 232 02 21 **Medellín - Colombia**

E-mail: cooperativa@coyamor.com – www.coyamor.com

