

Señores
Consejo de administración COOPTELECUC
Ciudad

Cordialmente solicito consideren mi ingreso como asociado a cooptelecuc, afiliación que se hará efectiva después de realizado el primer aporte, para lo cual suministro la siguiente información

FECHA SOLICITUD			FECHA APROBACIÓN			ACTA No.	APORTE MENSUAL:
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO		

Y o , _____
Con C.C. No _____ Solicito a COOPTELECUC, admitirme como asociado (a). Autorizo al Cajero - Pagador para que me descuente el valor de los Aportes, cuota de admisión, seguros, etc. Me someto a sus reglamentos y Estatutos. Autorizo consulta y reporte a Centrales de riesgo y declaro que mis ingresos provienen de la siguiente actividad económica: _____
Cordialmente,

Firma Solicitante o Asociado (Anexo fotocopia Cédula o T.I.)

Vo. Bo. Cajero - Pagador o Jefe de Nóminas

INFORMACIÓN PERSONAL DEL ASOCIADO

1. Tipo de Identificación: C.C. ___ T.I. ___ N.I.T. ___ 2. N° de Identificación: _____ 3. Ciudad de Expedición _____
4. Nombres: _____ 5. Apellidos: _____
6. Lugar de Nacimiento: _____ 7. Fecha de Nacimiento: Año ___ Mes ___ Día ___ 8. Sexo: F ___ M ___
9. Dirección de Residencia: _____
10. Ciudad: _____ Barrio: _____ Estrato: 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___
11. Teléfonos: Fijo: _____ Celular: _____ 12. Correo Electrónico: _____

POLÍTICA MANEJO DE INFORMACIÓN Y BASE DE DATOS Autorización para Envío de Mensajes de Texto

El Suscriptor de este documento, autoriza desde ya, sin que ello de lugar al pago de contraprestación alguna, a COOPTELECUC, para hacer uso del numero(s) de celular(es) y/o correo(s) electrónico(s) registrado en este documento y/o en las bases de datos de la cooperativa con el proposito de hacerle llegar mensajes de texto relacionados con su estado de cuenta, la prestación de servicios y otros de carácter informativo, formativo y publicitario. COOPTELECUC, como política de privacidad se compromete a mantener en reserva la información antes suministrada, la finalidad de este documento es la de crear una base de datos del asociado, este registro y la autorización de envío de mensajes de texto, al mismo tiempo le permitirá al asociado beneficiarse de los servicios de información noticiosa y formativa emitida por COOPTELECUC.

INFORMACIÓN LABORAL

13. Ocupación: Pensionado ___ Empleado ___ Independiente ___ Estudiante ___ Hogar ___ Desempleado ___
Si usted es empleado diligencie la siguiente información:
14. Nombre de la Empresa en la cual labora o recibe su pensión: _____
15. Actividad a la que se dedica la empresa: _____
16. Dirección de la Empresa: _____ Ciudad: _____ Barrio: _____ Teléfono: _____
17. Tipo de Contrato: Término indefinido ___ Término Fijo ___ Menor a un año ___ Término fijo de 1 a 3 años ___ A Destajo ___ Honorarios servicios ___ CTA ___
18. Cargo: _____
19. Jornada laboral: Jornada Completa ___ Jornada Parcial ___ Horas mensuales ___ 20. Fecha de Ingreso a la empresa: Año ___ Mes ___ Día ___
21. sueldo o ingreso mensual \$ _____ 22. Otros Ingresos \$ _____
Descripción de los otros ingresos _____
23. Si usted es Microempresario diligencie: Sociedad ___ Persona Natural ___ Tipo de Empresa: Agropecuaria ___ Comercial ___ Industrial ___ Servicios ___
Actividad que desarrolla _____

24. Ingresos promedio mensual Ingresos _____ Desp. Otros Ingresos _____

INFORMACIÓN ACADÉMICA DEL ASOCIADO

25. Nivel Educativo: Primaria ___ Bachillerato ___ Técnico ___ Tecnológico ___ Universitario ___ Postgrado ___
26. Profesión u oficio: _____

INFORMACIÓN FAMILIAR

27. Estado Civil: Soltero ___ Casado ___ Unión Libre ___ Separado ___ Divorciado ___ Viudo ___ 28. Madre Cabeza de Hogar: Si ___ No ___
29. Especifique Número de Personas que dependen económicamente de usted?
Conyuge ___ Padres ___ Suegros ___ Hermanos ___ Cuñados ___ Sobrinos ___ Hijos ___ Otros ___
30. Número de Hijos: Menores de 10 años ___ Entre 10 y 18 años ___ Mayores de 18 años ___

INFORMACIÓN PATRIMONIAL

31. Vivienda: Propia ___ Arrendada ___ Familiar ___ 32. Tipo de vivienda: Casa ___ Apartamento ___ Finca ___
33. Hipotecada: No ___ Si ___ A favor de _____ 34. Valor comercial: _____
35. Asegurada: Si ___ No ___ Nombre de la Aseguradora _____
36. Posee Vehículo: Si ___ No ___ De uso Público ___ Particular ___ Tipo: Colombiano ___ Venezolano ___ Marca _____
Pignorado Si ___ No ___ A favor de: _____ Año _____ Modelo _____
Asegurado Si ___ No ___ Aseguradora _____ 37. Valor comercial \$ _____
38. Otros Bienes: Descripción _____ Valor Comercial \$ _____

REGISTRO DE BENEFICIARIOS DE APORTES SOCIALES, SEGUROS ETC. DEL ASOCIADO A LA COOPERATIVA "COOPTELECUC"

Bajo la gravedad de juramento y con la plena capacidad legal de goce y de ejercicio obrando en mi propio nombre, declaro que es mi deseo y voluntad de acuerdo a las disposiciones legales, que en caso de fallecimiento, el valor correspondiente a mis Aportes Sociales, Seguros, Etc. Que tengo en COOPTELECUC sean entregados a las personas que menciono a continuación con beneficiarios y en los porcentajes que libremente establezco.

MIS BENEFICIARIOS SON:

Nombre Y Apellidos	Tipo de Identificación	Identificación	Fecha de Nacimiento	Sexo	Parentesco	Porcentaje

Asi mismo estoy autorizando de manera expresa a COOPTELECUC para que haga las liquidaciones correspondientes y pague a mis beneficiarios en la forma arriba indicada, manifiesto ademas que dejo sin ningún efecto cualquier otra autorización que yo hubiere efectuado o instrucciones que en tal sentido yo hubiere dado.

Para constancia firmo en Cúcuta a los _____ días del mes de _____ del año _____ FIRMA _____ C.C.



DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

- VIDA GRUPO GRUPO DEUDORES PROTECCIÓN FAMILIAR GRUPO APORTES GRUPO DIRECTIVOS

POLIZA N°		CIUDAD Y FECHA		CREDITO N°
TOMADOR				C. C. O NIT.
DIRECCIÓN		CIUDAD	TELEFONO	
ASEGURADO				C. C. O NIT.
FECHA DE NACIMIENTO		CARGO QUE OCUPA EN LA ENTIDAD		VALOR SOLICITADO
ESTADO CIVIL	PESO	ESTATURA	ESTA UD. TRABAJANDO NORMALMENTE?	

El beneficiario de la póliza de Vida Seguro Deudores será el tomador, hasta por el monto del saldo de la deuda; con plena conciencia de que la reticencia o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como de que éste se otorga a las personas de salud normal. Doy respuesta de buena fe a los siguientes interrogantes: Durante cualquier periodo de los últimos cinco años:

FAVOR CONTESTAR EN LA CASILLA RESPECTIVA SI SUFRE O HA SUFRIDO ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES AFECCIONES O ENFERMEDADES:

- | | | | | | |
|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ENFERMEDADES CONGÉNITAS | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | ALCOHOLISMO | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| AFECCIONES CARDIOVASCULARES | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | TABAQUISMO | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| AFECCIONES CEREBROVASCULARES | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | CÁNCER | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| VIH POSITIVO SIDA | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | DIABETES | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| HIPERTENSIÓN ARTERIAL | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | CIRUGIAS | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| | | | ENFERMEDADES DEL COLAGENO | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

En caso de contestar sí a alguna de las preguntas o si padece alguna enfermedad crónica, afección o adicción favor explicar detalladamente:

EN CASO DE HABER CONTESTADO NO A LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DECLARO Y FIRMO: COMO ASEGURADO QUE EN ESTE MOMENTO DE INGRESO A LA PÓLIZA, ME ENCUENTRO EN BUEN ESTADO DE SALUD Y MI HABILIDAD FÍSICA NO SE ENCUENTRA EN MANERA ALGUNA REDUCIDA Y NO HE PADECIDO NI ME HA SIDO DIAGNOSTICADA NINGUNA ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DIABETES, CÁNCER, SIDA, ALCOHOLISMO, TABAQUISMO Y EN GENERAL NINGUNA ENFERMEDAD PREEXISTENTE QUE DE ACUERDO CON EL ARTICULO 1058 DEL CÓDIGO DE COMERCIO CONDUZCA A LA NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO. ASÍ MISMO, AUTORIZO EXPRESAMENTE A CUALQUIER MÉDICO, EMPLEADO DE HOSPITAL O PERSONA QUE ME HAYA ATENDIDO A SUMINISTRAR TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA POR LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O. C. SOBRE EL ESTADO DE SALUD PASADO O PRESENTE. EN CASO DE SEGURO DE PROTECCIÓN FAMILIAR ESTÁ DECLARACIÓN SE EXTIENDE AL GRUPO FAMILIAR RELACIONADO EN LA SALUD.

EN CONSTANCIA SE FIRMA EN _____ A LOS _____ DEL MES DE _____ DEL AÑO _____

FIRMA ASEGURADO _____

REFERENCIAS

COMERCIAL		FAMILIAR	
NOMBRE		NOMBRE	
DIRECCIÓN		DIRECCIÓN	
PARENTESCO	TEL:	PARENTESCO	TEL:

PRESENTADO POR: _____ **APROBADO POR EL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN**

NOTA: ESTE FORMULARIO INTERPRETA LAS NORMAS LEGALES SOBRE CONTROL DE LAVADO DE ACTIVOS.
ANEXA: FOTOCOPIA DE PAGO, DOCUMENTACIÓN PARA CERTIFICACIÓN DE INGRESOS, DECLARACIÓN DE ASEQUIABILIDAD.

Firma Consejero	Firma Consejero	Firma Consejero
Firma Consejero	Firma Consejero	Firma Consejero