

Fecha _____

Ciudad: _____ Depto: _____

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos _____ Fecha disfrute vacaciones _____
 C.C.No. _____ de _____ Estado Civil _____ Fecha de nacimiento _____
 Nombre del cónyuge _____ Personas a cargo _____
 Dirección residencia _____ Tel. _____ Cel. _____
 Dirección oficina o notificación _____ Correo electrónico _____
 Entidad donde trabaja _____ Cargo _____ Sueldo _____
 Posee casa propia SI NO Matrícula _____ Está hipotecada SI NO A favor de _____
 Posee Vehículo SI NO Placa _____ Marca _____ Modelo _____
 Cuenta Corriente Entidad Bancaria _____ No.de Cuenta _____
 Cuenta Ahorros Entidad Bancaria _____ No.de Cuenta _____

INFORMACIÓN LABORAL DEL SOLICITANTE

TÉRMINO DEL CONTRATO <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo	EMPRESA DONDE TRABAJA NIT _____	CARGO ACTUAL	FECHA DE VINCULACIÓN DD MM AAAA
DIRECCIÓN EMPRESA	BLOQUE/TORRE	LOCAL/OFCINA	EDIFICIO
CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO 1 EXT. TELÉFONO 2 EXT. FAX
SI ES PERSONA INDEPENDIENTE O EMPLEADO (DILIGENCIA)			
NOMBRE ESTABLECIMIENTO	DIRECCIÓN	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO PAÍS TELÉFONO
TIPO DE ACTIVIDAD Cultivar <input type="checkbox"/> Cosechar <input type="checkbox"/> Criar <input type="checkbox"/> Manufacturar <input type="checkbox"/> Explotar el subsuelo <input type="checkbox"/> Servicios <input type="checkbox"/> Construir <input type="checkbox"/>	DETALLE DE LA ACTIVIDAD		
CÓDIGO CIU	TIEMPO DE LA ACTIVIDAD Años Meses	VENTAS ANUALES DEL ESTABLECIMIENTO \$	FECHA VENTAS NÚMERO DE EMPLEADOS

INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES	
SALARIOS	\$	GASTOS FAMILIARES	\$
ARRENDAMIENTOS	\$	ARRENDAMIENTO	\$
COMISIONES HONORARIOS	\$	CUOTA DE CRÉDITO HIPOTECARIO	\$
OTROS INGRESOS		OTROS CRÉDITOS	\$
¿CUÁLES?		OTROS EGRESOS	\$
TOTAL INGRESOS	\$	¿CUÁLES?	
TOTAL ACTIVOS	\$	TOTAL EGRESOS	\$
		TOTAL PASIVOS	\$

DATOS DEL 1 er CODEUDOR

Nombres y apellidos _____ Fecha disfrute vacaciones _____
 C.C.No. _____ de _____ Estado Civil _____ Fecha de nacimiento _____
 Nombre del cónyuge _____ Personas a cargo _____
 Dirección residencia _____ Tel. _____ Cel. _____
 Dirección oficina o notificación _____ Correo electrónico _____
 Entidad donde trabaja _____ Cargo _____ Sueldo _____
 Posee casa propia SI NO Matrícula _____ Está hipotecada SI NO A favor de _____
 Posee Vehículo SI NO Placa _____ Marca _____ Modelo _____

DATOS DEL 2 do CODEUDOR

Nombres y apellidos _____ Fecha disfrute vacaciones _____
 C.C.No. _____ de _____ Estado Civil _____ Fecha de nacimiento _____
 Nombre del cónyuge _____ Personas a cargo _____
 Dirección residencia _____ Tel. _____ Cel. _____
 Dirección oficina o notificación _____ Correo electrónico _____
 Entidad donde trabaja _____ Cargo _____ Sueldo _____
 Posee casa propia SI NO Matrícula _____ Esta hipotecada SI NO A favor de _____
 Posee Vehículo SI NO Placa _____ Marca _____ Modelo _____



NIT: 860.514.013 - 2

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
COOPERATIVA MULTIACTIVA COOTRANOR
Ciudad

Por medio de este documento y de acuerdo con lo establecido en la ley vigente, autorizo (autorizamos) expresa e irrevocablemente a COOTRANOR, para diligenciar el pagaré (letra o cheque) No girados u otorgados a su favor, en los espacios en él dejados en blanco, correspondientes a la fecha de vencimiento, cuantía e intereses de las obligaciones a mi (nuestro) cargo y demás facultades a su favor. El título valor será diligenciado por ustedes sin previo aviso en el evento de incumplimiento parcial o total de la obligación, o por el retiro de la empresa para la cual laboro (laboramos) y de acuerdo con las siguientes instrucciones.

1. La fecha de vencimiento será la del día en que sea diligenciado el documento adjunto y serán exigibles inmediatamente todas las obligaciones en él contenidas a mi (nuestro) cargo, sin necesidad de que se me (nos) requiera judicial o extrajudicialmente para su cumplimiento. Además, por el hecho de ser autorizado el documento adjunto, COOTRANOR, hará efectiva la cláusula aceleratoria.
2. La cuantía será igual al monto de todas las sumas de dinero que por cualquier concepto le este (estemos) adeudando a COOTRANOR directa e indirectamente el día en que sea diligenciado, obligaciones que asumo (asumimos) y me (nos) comprometo (comprometemos) a pagar.
3. La tasa de interés de mora será la máxima permitida por las disposiciones vigentes al día en que se diligencie el título. Desde ahora autorizo (autorizamos) que el monto de la tasa en cuestión se reajuste automáticamente al máximo que permiten las disposiciones que regulen la materia y que rija durante todo tiempo que dure el incumplimiento.
4. COOTRANOR, podrá endosar o ceder el presente pagaré a cualquier otra persona natural o jurídica.
5. El pagaré así diligenciado, será exigible inmediatamente y prestará merito ejecutivo sin ninguna otra formalidad, siendo pagadero en la ciudad de Bogotá en las oficinas de COOTRANOR.

Para constancia firmo (firmamos) en la ciudad de Bogotá, D.C. el día _____ de _____ del año _____.

DEUDOR
C.C. No

CODEUDOR (1)
C.C. No

CODEUDOR (2)
C.C. No



Personería Jurídica 0873 del 23 de abril 1980
NIT: 860.514.013-2

COOPERATIVA MULTIACTIVA
COOTRANOR

PAGARÉ A LA ORDEN No. _____

Nosotros _____

Identificados con C.C. No.(s) _____ mayor de edad y vecino de _____

y _____ mayor(es) de edad y vecino(s) de _____

_____ identificado(s) como aparece al pie de nuestra(s) firma(s), obrando como codeudores mancomunados y solidarios

DEBEMOS Y PAGAREMOS a la Cooperativa Multiactiva COOTRANOR, en sus oficinas de Bogotá, D.C. en su orden a quien represente sus derechos, la suma de: _____

(\$ _____) moneda corriente, que recibimos en calidad de mutuo comercial con intereses convencionales a la tasa del _____ por ciento anual por períodos vencidos. El pago del capital lo efectuaremos en la forma, fecha y plazo que se menciona a continuación: _____ cuotas mensuales de \$ _____ cada una, la primera pagadera el día: _____

_____ y así sucesivamente hasta cancelar el valor total de la obligación con sus intereses. Los intereses durante el término pactado de la cantidad expresada serán cubiertos conjuntamente con la cuota de amortización a capital. En caso de mora de una o varias cuotas pagaremos durante ellas y sobre saldos insolutos de la tasa la máxima legal autorizada por la Superintendencia Financiera mensual sin perjuicio de las acciones legales de COOTRANOR para cobro judicial. En caso de mora se hará efectiva la cláusula aceleratoria, es decir, que se cobra la totalidad del saldo a deber sobre el crédito más los intereses moratorios al doble de la tasa máxima exigida por la ley, más los intereses corrientes a que haya lugar. Serán de nuestro cargo los gastos judiciales y extrajudiciales de cobro si diéramos lugar a él. Pagaremos el 20% (veinte por ciento) sobre el total de la deuda por capital e intereses, como honorarios de abogado, renunciamos a favor de COOTRANOR el derecho de nombrar depositario de bienes. Igualmente el deudor autoriza por el presente documento al tesorero pagador de la oficina donde presta sus servicios, para que le sean descontados por nómina el valor de la cuota mensual de amortización e intereses y los remita a COOTRANOR. Aceptamos desde ahora cualquier subrogación de la obligación contraída con este pagaré.

Para constancia se firma el presente pagaré a los _____ días del mes de _____ de 20 _____

DEUDOR _____

C.C. No. _____

OFICINA _____

FIRMA DEUDOR

HUELLA

CODEUDOR 1 _____

C.C. No. _____

OFICINA _____

CODEUDOR 2 _____

C.C. No. _____

OFICINA _____

FIRMA CODEUDOR 1

HUELLA

FIRMA CODEUDOR 2

HUELLA



Señores
**COOPERATIVA MULTIACTIVA
COOTRANOR**
La Ciudad

Estimados señores

De acuerdo con el Artículo 662 del Código de Comercio, impartimos a ustedes las instrucciones, conforme a las cuales sin previo aviso, podrán llenar todos y cada uno los espacios dejados en blanco, en el PAGARÉ que debidamente firmado en la cara posterior de este documento, les entregamos.

1. La fecha de vencimiento y de la emisión será aquella en la cual se llene el PAGARÉ y serán exigibles inmediatamente todas las obligaciones establecidas en la cláusula aceleratoria.
2. El capital será el total de las sumas que debamos al acreedor, en la fecha en la cual se llene el PAGARÉ cualquiera que sea su naturaleza o fuente, tratase de principales, intereses, comisiones, deudores varios, impuestos o cualquier otro concepto.
3. La tasa a la cual se liquidarán los intereses de mora será la máxima permitida por las disposiciones vigentes al día que se diligencie el PAGARÉ.
4. El lugar de pago del PAGARÉ será la ciudad de Bogotá, lugar donde existen las oficinas de COOTRANOR.

Es entendido que cuando ocurra respecto de uno cualquiera de nosotros, una o más de las causales previstas en el PAGARÉ para dar por terminado su plazo, COOTRANOR podrá declarar extinguido el plazo de todas las obligaciones a nuestro cargo y, en consecuencia incorporar al PAGARÉ el valor de éstos más el de todos sus accesorios.

Para constancia firmamos en la ciudad de _____ a los _____ días
del mes de _____ de 20 _____

DEUDOR

C.C. No.



HUELLA

CODEUDOR

C.C. No.



HUELLA

CODEUDOR

C.C. No.



HUELLA



NIT: 860.514.013 - 2

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De conformidad con lo definido por la Ley 1581 de 2012, el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, la Circular Externa 002 de 2015, expedida por la Superintendencia de Industria y Comercio, la política interna de manejo de la información implementada por la **COOPERATIVA MULTIACTIVA COOTRANOR** y demás normas concordantes, a través de las cuales se establecen las disposiciones generales en materia de Habeas Data y se regula el tratamiento de la información que contenga datos personales, me permito declarar de manera expresa que:

- Autorizo de manera libre, voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca para que la **COOPERATIVA MULTIACTIVA COOTRANOR** en los términos legalmente establecidos realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión y en general, el tratamiento de los datos personales que he procedido a entregar o que entregare, en virtud de las relaciones legales, contractuales, comerciales y/o de cualquier otra que surja, en desarrollo y ejecución de los fines descritos en el presente documento.
- Dicha autorización para adelantar el tratamiento de mis datos personales se extiende durante la totalidad del tiempo en el que pueda llegar a consolidarse un vínculo o este persista por cualquier circunstancia con la **COOPERATIVA MULTIACTIVA COOTRANOR** y con posterioridad al finiquito de este, siempre que tal tratamiento se encuentre relacionado con los propósitos para los cuales los datos personales fueron inicialmente suministrados.
- En ese sentido, declaro conocer que los datos personales objeto de tratamiento, serán utilizados específicamente para las finalidades derivadas de la vinculación como asociado y como prestador de servicios a la Cooperativa **COOTRANOR**:
 - a) Que se realicen las consultas necesarias en diferentes listas restrictivas.
 - b) Todas las actuaciones administrativas que se requieran para garantizar la participación del postulante, así como la eventual ejecución de las actividades derivadas de la selección de mi postulación.
- De igual forma declaro que he sido informado y conozco los derechos que el ordenamiento legal y la jurisprudencia, conceden al titular de los datos personales y que incluyen entre otras prerrogativas las que a continuación se relacionan: **(I)** Conocer, actualizar y rectificar datos personales frente a los responsables o encargados del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros frente a los datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos cuyo tratamiento este expresamente prohibido o no haya sido autorizado;



NIT: 860.514.013 - 2



(II) solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, (III) ser informado(a) por el responsable y/o el encargado del tratamiento, previa solicitud respecto del uso que le ha dado a mis datos personales: (IV) presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones al régimen de protección de datos personales: (V) revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato personal cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales, (VI) acceder en forma gratuita a mis datos personales que hayan sido objeto de tratamiento.

Finalmente, manifiesto conocer que en los casos en que requiera ejercer los derechos anteriormente mencionados, la solicitud respectiva podrá ser elevada a través de los mecanismos dispuestos para tal fin por la **COOPERATIVA MULTIACTIVA COOTRANOR**, que corresponden a los siguientes.

- **WEB** www.cootranor.org, link actualización de datos
- **CORREO ELECTRONICO** cootranor@cootranor.org
- **CELULAR – WHATSAPP** 315 885 43 19
- **DIRECCION** Carrera 10 No 24 – 49 Piso 8, Bogotá D.C.

Bogotá D.C. a los _____ días del mes _____ del año _____

Cordialmente,

NOMBRE
C.C. _____ de _____
TELEFONO _____
DIRECCIÓN _____
CORREO _____

FIRMA _____

Carrera 10 No. 24 – 49 Piso 8 Edificio Gómez Cel – WhatsApp: 315 8854319

cootranor@cootranor.org www.cootranor.org

Bogotá D.C.



NIT: 860.514.013 - 2

AUTORIZACION CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

Los abajo firmantes, identificados como aparece en esta solicitud, damos consentimiento expreso e irrevocable a COOTRANOR COOPERATIVA MULTIACTIVA que en adelante se denominará COOTRANOR, y/o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor de la(s) obligación(es) por mi contraídas con COOTRANOR, con base en el crédito solicitado, para: consultar en cualquier tiempo en la Centrales de Riesgo y demás entidades que manejen bases de datos con los mismos fines, sobre mis relaciones comerciales y toda información relevante para conocer mi desempeño como deudor mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. Entregar a las Centrales de Riesgos y a cualquier otra entidad que maneje las bases de datos con los mismos fines. El(los) reporte(s) de datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimiento oportuno como sobre el incumplimiento, si lo hubiere de mis obligaciones crediticias o de mis deberes legales de contenido patrimonial, así como sobre el nacimiento, modificación, extinción y cumplimiento de obligaciones contraídas o que llegue a contraer, fruto de contratos celebrados con COOTRANOR o con quien en el futuro ostente la calidad de acreedor o tenedor legítimo del Pagaré, según sea el caso o cualquier otro dato personal económico que estime pertinente, al igual que la existencia de deudas vencidas sin cancelar o la utilización indebida de los servicios financieros. Este(os) reporte(s) deberá(n) presentar una información veraz, pertinente, completa, actualizada y exacta de mi desempeño como deudor, después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información significativa con el eventual efecto para mi (nosotros) de verme(nos) imposibilitado(s) para acceder a los servicios que prestan dichas entidades reportar a las autoridades tributarias, aduaneras o jurídicas la información que requieran para cumplir sus funciones de controlar y velar por el acatamiento de mis deberes constitucionales y legales. La autorización anterior no me impedirá ejercer derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada es veraz, completa y actualizada y en caso de que no se deje constancia de mi desacuerdo a exigir su certificación y a que se informe sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberara a las Centrales de Riesgo de la obligación, de indicarme cuando yo lo pida quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores a mi petición. La autorización anterior no permite a las Centrales de Riesgo divulgar la información mencionada para fines diferentes, primero a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo a verificar por parte de las autoridades competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales y legales y tercero a elaborar estadísticas y derivan mediante modelos matemáticos conclusiones de ellas.

Declaramos haber leído cuidadosamente el contenido de esta autorización y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entendemos sus alcances y sus implicaciones se firma a los _____ días del mes de _____ de _____

FIRMA ASOCIADO DEUDOR

FIRMA PRIMER CODEUDOR

FIRMA SEGUNDO CODEUDOR

SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR)			
Ofc Radiación	Póliza No.	Fecha Inicio de Vigencia	Fecha Fin de Vigencia
Número Solicitud			

<input type="checkbox"/> Póliza Nueva	<input type="checkbox"/> Ingreso	<input type="checkbox"/> Modificación	<input type="checkbox"/> Renovación
Forma de pago prima		Sistema de ajuste	
<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Anual
		<input type="checkbox"/> Anual (Cobro de Ajuste Fin Vigencia)	<input type="checkbox"/> Mensual (Cobro de Ajuste en el Mes)

INFORMACIÓN DE INTERMEDIACIÓN (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR)			
Asesores que participan en el seguro. Indique los datos del Líder: Razón Social o Nombre del Asesor, Código Asesor, % Participación (Primeros Nombres, luego Apellidos)			
Otro Asesor que participe en el seguro. Indique Razón Social o Nombre del Asesor (Primeros Nombres, luego Apellidos)		Código Asesor	% Participación

INFORMACIÓN DEL TOMADOR			
Tipo de Identificación	Número de Identificación	Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primeros Nombres, luego Apellidos)	Tipo de Institución
<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA. <input checked="" type="checkbox"/> NIT	860.514.013-2	COOPERATIVA MULTIACTIVA COOTRANOR	<input type="checkbox"/> Pública <input checked="" type="checkbox"/> Privada

Dirección Correspondencia	Ciudad / Departamento	Correo Electrónico	Teléfono (sin indicativo)
CARRERA 10 No 24 - 49 PISO 8	BOGOTÁ D.C.	cootranor@cootranor.org	3158854319

INFORMACIÓN DEL DEUDOR			
Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombres y Apellidos del Asegurado Principal (Primeros Nombres, luego Apellidos)	Sexo
<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA. <input type="checkbox"/> NIT			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Peso (Kg)	Estatura (en cms)	Ciudad	Departamento
			Teléfono (Sin indicativo)
Dirección Correspondencia		Correo Electrónico	

INFORMACIÓN DEL SEGURO			
Valor Crédito \$	Amparos	Valor Asegurado	VALOR PRIMA (según forma de pago pactada)
Modalidad de Valor Asegurado:	<input type="checkbox"/> Vida		\$
<input type="checkbox"/> Saldo Insoluto <input type="checkbox"/> Valor inicial Crédito (Constante)	<input type="checkbox"/> Invalidez por Accidente o Enfermedad		
	<input type="checkbox"/> Bono para Gastos Funerarios (pago único) % \$		

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS - DEUDORES
 "El tomador hasta el saldo insoluto de la deuda. El remanente corresponderá a los beneficiarios libremente designados por el asegurado o en su defecto los de ley"

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS VOLUNTARIOS							
Con derecho a Acrecimiento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
Identificación Tipo	Número	Nombre y Apellidos	%	Parentesco	Identificación Tipo	Número	Nombre y Apellidos

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD													
1. ¿Tiene, ha tenido o le han diagnosticado: <input type="checkbox"/> Enfermedades cardiovasculares <input type="checkbox"/> Infarto del miocardio <input type="checkbox"/> Arritmias <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Colesterol (Tratado con medicamentos) <input type="checkbox"/> Ceguera <input type="checkbox"/> Triglicéridos altos (Tratados con medicamentos) <input type="checkbox"/> Derrames <input type="checkbox"/> Isquemia o trombosis cerebral <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Enfisema (EPOC) <input type="checkbox"/> Bronquitis Crónica <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Leucemia <input type="checkbox"/> Lupus <input type="checkbox"/> Tumores malignos <input type="checkbox"/> SIDA o VIH positivo <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple <input type="checkbox"/> Artritis reumatoidea <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Pancreatitis <input type="checkbox"/> Hepatitis B o C <input type="checkbox"/> Cirrosis <input type="checkbox"/> Retardo mental <input type="checkbox"/> Trastornos psiquiátricos <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerativa <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo <input type="checkbox"/> Parálisis <input type="checkbox"/> Deformidades corporales <input type="checkbox"/> Sordera total o parcial <input type="checkbox"/> Hernia de columna <input type="checkbox"/> Pérdida funcional o anatómica <input type="checkbox"/> Otra Enfermedad, ¿Cuál? <input type="checkbox"/> Consume Actualmente drogas estimulantes <input type="checkbox"/> Ha estado en tratamiento para: <input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Drogadicción <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO													
En caso que usted haya contestado positivamente a la pregunta anterior debe diligenciar la siguiente información:													
Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad	Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad						
1.				2.									

2. ¿Ha estado incapacitado u hospitalizado en el último año por más de 60 días, en la actualidad se encuentra en algún tratamiento o estudio médico o sabe si será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente o en el último mes ha tenido signos o síntomas como: Secreciones, dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, o sospecha de contagio o infección o le han diagnosticado el COVID-19 (Coronavirus)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO													
En caso que usted haya contestado positivamente a la pregunta anterior debe diligenciar la siguiente información:													
Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad	Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad						
1.				2.									

Observaciones

CLÁUSULA DE GARANTÍA
 Declaramos que gozamos de buena salud y que la información que suministramos en este documento solicitud de seguro, es cierta. Que mi (nuestra) ocupación está permitida por la ley y no ejercemos actividades ilícitas, ni de alto riesgo. Aceptamos que esta declaración sea parte integrante del contrato de seguro y que SURAMERICANA no asume responsabilidad alguna sino mediante la expedición de la póliza o certificación expresa de cobertura.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES
 Autorizo a SURAMERICANA S.A. para la recolección, almacenamiento y uso de mis datos personales con la finalidad vincularme como cliente de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. Autorizo el tratamiento de mis datos, incluso biométricos, que es un dato sensible, para los fines que sean necesarios para la prestación de los servicios encargados particularmente para ejecutar y cumplir el contrato. Autorizo a SURAMERICANA S.A. a entregar o compartir mi información con FASECOLDA e INVERFAS S.A.; con la finalidad de adelantar actividades y proyectos del sector asegurador, con personas jurídicas que administran bases de datos; para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos, con Centrales de Información y Riesgo; con la finalidad de reportar los datos positivos o negativos de mi comportamiento crediticio y financiero; con aliados estratégicos, Intermediarios de Seguros, Compañía matriz, filiales y subsidiarias; con el fin de ser contactado para el ofrecimiento de productos, envío de información, ofertas comerciales y publicitarias. Autorizo a SURAMERICANA S.A. para consultar y obtener copia de mi historia clínica, que es un dato sensible, para la suscripción y proceso de reclamación del seguro. Las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles son facultativas. Como Titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para el tratamiento, informarse sobre el uso que se ha dado a los mismos, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos cuando sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos. El responsable del tratamiento de la información es SURAMERICANA S.A. para ejercer los derechos sobre sus datos personales, comunicarse a la línea de Atención al 437 8888 desde Medellín, Bogotá y Cali o al 01 8000518888 en el resto del país. Para conocer nuestra política de privacidad visite www.sura.com.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA : DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1152 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL NO PAGO DE LAS PRIMAS O DE SUSFRACCIONES DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO

CERTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL TOMADOR.	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Certificamos que el Asesor explicó cabalmente y aclaró las condiciones, coberturas y exclusiones del contrato, y la información contenida en la solicitud. Además haber leído, entendido y aceptado los términos incorporados en esta Solicitud de Seguro. </div>	Fecha de diligenciamiento Formato (AAAA/MM/DD)
Firma del Afiliado o Tomador	Huella Índice Derecho
Número de Identificación	Afiliado o Tomador



Personería Jurídica 0873 del 23 de abril 1980
NIT: 860.514.013-2

No. Rad.:

**OPERADOR DE LIBRANZAS
RUNEOL 860514013- 00007583
ART. 14 LEY 1527 DE 2012**

LIBRANZA No. _____	Tipo de Crédito _____
FECHA: _____	Valor del Préstamo _____
	Valor Interés _____
	Valor Seguro _____
	TOTAL _____

Yo, _____ con C.C. No. _____ de _____, por medio de la presente autorizo al Señor Pagador para que del sueldo que devengo como empleado(a) y/o trabajador independiente de la oficina _____ me sea descontada la suma de _____ Quincenal Mensual , hasta completar la suma de _____ valor préstamo (capital e interés) concedido por la Cooperativa Multiactiva COOTRANOR, la primera cuota deberá ser descontada del pago correspondiente al día _____, y así sucesivamente por _____ meses, hasta completar la suma de _____ quedando establecido que la mora en el pago de una de las cuotas estipuladas, dará derecho a COOTRANOR para declarar vencido el plazo, en cuyo caso reconocerá el doble de la tasa máxima autorizada por la Superintendencia Financiera, hasta la cancelación, siendo de mi cargo los gastos de libranza, si a ello hubiere lugar. Así mismo autorizo al pagador para que retenga y entregue a COOTRANOR, el saldo total de cualquier pago que deba hacerse. Igualmente confiero poder especial, amplio y suficiente a COOTRANOR para que en caso de mi retiro de solicite y trámite ante la entidad del reconocimiento y pago de las prestaciones a que tengo derecho, para aplicarlas al saldo de la deuda pendiente hasta el límite fijado en la ley. Y toda suma que como indemnización por retiros compensados que llegare a percibir o se traslade los descuentos a la nueva entidad donde ingrese a laborar de acuerdo a la Ley 1527 de 2012 Art. 14.

Deudor: _____	1er. Codeudor: _____	2do. Codeudor: _____
C.C. _____	C.C. _____	C.C. _____
Nombre legible _____	Nombre legible _____	Nombre legible _____
<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> <small>HUELLA</small>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> <small>HUELLA</small>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> <small>HUELLA</small>

ACEPTADA LA RETENCIÓN

PAGADOR DE LA ENTIDAD

GERENTE COOTRANOR