



SOLICITUD ÚNICA DE ASOCIACIÓN
Persona Natural

Diligenciar en letra imprenta sin tachones ni enmendaduras

Fecha de Solicitud DD MM AAAA			Ciudad	Identificación: C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>	
No. Identificación	Fecha de Expedición DD MM AAAA	Lugar de Expedición		Oficina de la ciudad donde desea recibir los servicios	

INFORMACIÓN PERSONAL

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre(s)		Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Fecha de Nacimiento DD MM AAAA		Edad		Ciudad /País de Nacimiento		Estado Civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>	
Personas a cargo Adultos _____ Menores de 18 años _____		Nivel Académico Actual (Marque sólo una opción) Doctorado <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Pregrado <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>					
Señale la forma de vinculación a Cooameva como: Graduado <input type="checkbox"/> Recién Graduado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Promotor Comercial Cooameva <input type="checkbox"/> Familiar Asociado <input type="checkbox"/> Empleado Cooameva <input type="checkbox"/> Educación para el trabajo y Desarrollo Humano <input type="checkbox"/> Empleado Especial <input type="checkbox"/>							
Dirección Residencia		Barrio		Estrato		Ciudad/Departamento	
Teléfono Residencia		Teléfono Celular		Tipo de Vivienda: Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>		Correo Electrónico	
¿Declara Renta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Es funcionario público? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Administra Recursos Públicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Es reconocido públicamente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

INFORMACIÓN PROFESIONAL ACADÉMICA

Título	Nombre de la Institución	Ciudad	Fecha DD MM AAAA
			DD MM AAAA
			DD MM AAAA

ACTIVIDAD LABORAL

Tipo Asalariado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Rentista Capital <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/>				Nombre de la Empresa	
Código CIU (Para independiente)		Dirección Oficina		Barrio	
Teléfono Oficina		Fax		Descripción Actividad Económica de la Empresa Servicios <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Agropecuaria <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____	
Tipo de Empresa Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>		Tipo de Contrato Temporal <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Contratista <input type="checkbox"/>		Fecha de Ingreso DD MM AAAA	
				Ocupación o cargo actual	
* Si es Independiente (Con Empresa)					
* ¿Posee Negocio/Empresa propia? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		* Tiempo en la actividad Años _____ Meses _____		* Ventas Anuales (millones de \$)	

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos Mensuales		Egresos Mensuales	
Salario Fijo	\$ _____	Arriendos	\$ _____
Comisiones y Honorarios	\$ _____	Gastos Personales/Familiares	\$ _____
Otros Ingresos	\$ _____	Deducciones de Nómina	\$ _____
¿Cuáles? _____		Obligaciones Financieras	\$ _____
		Otros Egresos	\$ _____
Total Ingresos	\$ _____	Total Egresos	\$ _____

DESCRIPCIÓN DE ACTIVOS

Tipo	Cantidad	Descripción	¿Tiene Seguro?	Hipoteca/Prenda	Valor Comercial (\$)
Vehículo			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Casa / Apto.			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Lote			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Acciones			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Productos de Ahorro			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Otros Activos			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Total Activos					\$

DESCRIPCIÓN DE PASIVOS

Deudas	Cantidad	Entidad	Saldo
Hipotecarias			
Productos de Crédito			
Tarjetas de Crédito			
Otras obligaciones			
Total Pasivo			\$

REFERENCIAS

Tipo	Nombre	Profesión	Ciudad	Teléfono Fijo	Teléfono Celular
Familiar					
Personal					

OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza operaciones en moneda extranjera? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Posee cuentas en el exterior? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Si su actividad económica implica transacciones en moneda extranjera, señale los tipos de transacción: Importaciones <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/> Exportaciones <input type="checkbox"/> Pago de Servicios <input type="checkbox"/> Préstamos Moneda Extranjera <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/>			
Descripción de las Cuentas Corrientes en Moneda Extranjera					
Nombre del Banco	Número de la cuenta	Ciudad	Moneda	País	

NECESIDADES Y EXPECTATIVAS

Indique los productos y/o servicios que tiene o desearía tener. Para los productos que tiene, indique la Entidad donde se encuentran

Tipo de Producto	Detalle Productos	Tiene	Desea	Entidad ¿Cuál es el Deseo?
Servicios de Desarrollo Empresarial	Programas de capacitación, asesoría y acompañamiento empresarial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Financiación, respaldo e inversión empresarial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Seguros empresariales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Servicios de Salud	Planes de medicina prepagada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Plan obligatorio de salud (EPS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pólizas de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Plan complementario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Programas de salud oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Planes de emergencia medica domiciliaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Servicios de Educación	Postgrados y actualización profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Estudios para su familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Crédito educativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Estudio en el exterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ahorro para educación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vehículo	Convenios con concesionarios automotrices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Seguros de vehículo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Crédito de vehículo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Seguro SOAT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Servicios de Recreación y Turismo	Actividades recreacionales, culturales y deportivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Planes y tiquetes turísticos nacionales e internacionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Asistencia médica en viajes al exterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Crédito de turismo y recreación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Programas vacacionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ahorro para viajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Afiliación al club social y programación de eventos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Servicios de Solidaridad y Seguros	Protección por muerte, incapacidad y auxilio funerario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pólizas de seguros patrimoniales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Programas para adultos mayores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Servicios de Vivienda	Asesoría para compra, venta y remodelación de inmuebles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Financiación para compra y remodelación de inmuebles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Vivienda campestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Seguros de vivienda y/o contenidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Servicios Financieros	Productos de ahorro e inversión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Productos y servicios de banca electrónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Productos de crédito (tarjeta de crédito, educación, vivienda, libre inversión, otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Seguros para tarjetas plásticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Envío de Correspondencia

Residencia ☐ Comercial ☐

Fecha en la que desea cancelar su estado de cuenta

5 ☐ 10 ☐ 15 ☐ 20 ☐ 25 ☐

Autoriza recibir su estado de cuenta a través del correo electrónico

SI ☐ NO ☐

Autoriza recibir información a través del correo electrónico

SI ☐ NO ☐

Autoriza recibir información a través de mensaje de texto a su celular

SI ☐ NO ☐

Dejo constancia que el Promotor _____ de la Unidad de Gestión de Asociados, mediante charla personalizada, me ha hecho conocedor de los productos y servicios que ofrece la Cooperativa y adicional, me comprometo a consultar a través de la página de Internet www.cooemeva.com.co, el Estatuto que rige a Coomeva y a realizar la Inducción Cooperativa en la siguiente modalidad que ofrecen: Presencial ☐ Virtual ☐

AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

Autorizo a Coomeva y cualquiera de las entidades que pertenezcan a su Grupo Empresarial o que llegaren a pertenecer o a quien represente sus derechos u obtente en el futuro la calidad de acreedor, en forma permanente e irrevocable para que: **a)** Consulte ante las Centrales de Información y Riesgo, o cualquier entidad autorizada, mi endeudamiento, la información comercial disponible sobre el cumplimiento o no de mis compromisos adquiridos, así como de su manejo. Igualmente para que ante dichas entidades solicite, informe, reporte, procese o divulgue todo lo relacionado con mi nombre, comportamiento como cliente en general, comportamiento comercial, y en especial sobre el nacimiento, modificación, extinción de obligaciones por mí contraídas o que llegare a contraer con cualquiera de las entidades que pertenezcan al Grupo Empresarial, los saldos que a su favor resulten de todas las operaciones de crédito que bajo cualquier modalidad me hubiesen otorgado o me otorguen en el futuro, hábitos de pago, manejo de crédito y de cuentas, saldo de mis obligaciones crediticias, tiempo de mora en el pago de dichas obligaciones, lo mismo que el suministro de tales informaciones a quienes tuvieran interés legítimo en ella. En consecuencia, dichas entidades u otras entidades afiliadas a la Central de Información del Sector Financiero CIFI, o cualquier otra Central de Información, conocerán mi comportamiento presente, pasado y futuro relacionado con el cumplimiento de mis obligaciones. **b)** Consulte, suministre, intercambie y/o remita entre ellas la información, los anexos y soportes que llegare a suministrar con ocasión de mi vinculación comercial con dichas entidades, actualizaciones o cualquier otro tipo de información acerca de la transparencia y licitud de mis actividades, para que analicen, evalúen y concluyan sobre mis hábitos y tendencias y para la realización de pruebas de mercado. **c)** De acuerdo a mi perfil, Coomeva Financiera apruebe preaprobados a mi nombre. **d)** Verifique la información por mí reportada ante cualquier persona natural o jurídica, privada o pública, sin limitación alguna, desde ahora y mientras subsista alguna relación comercial con cualquiera de las entidades que pertenezcan al Grupo Empresarial Coomeva y me comprometo a actualizar la información y/o documentación al menos una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite. **e)** Los dineros que quedan a mi favor como Asociado al momento de retirarme de COOMEVA sean utilizados para cubrir mis obligaciones vencidas con otras entidades del Grupo Empresarial.

Lo anterior implica que la información reportada permanecerá en la base de datos durante el tiempo que la misma Ley establezca, de acuerdo con el momento y las condiciones en que se efectúe el pago de las obligaciones. Bajo la gravedad del juramento manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es verás y verificable.

Declaración de conocimiento de condiciones del crédito.
Certifico que Coomeva Financiera me ha suministrado toda la información referente a los términos y condiciones del contrato de crédito bajo las cuales se efectuará el análisis del mismo, certifico que entiendo y acepto estas condiciones, especialmente en lo referente a: Tasas de Interés (Tasa Efectiva Anual, Periodicidad, Tasa Fija o Variable, Variación y margen en caso variable), Base de Capital sobre la cual se aplica la Tasa de Interés, Tasa de Interés de Mora, Comisiones y Recargos , Plazo del Crédito, Condiciones de Prepago, Derechos de Coomeva Financiera en caso de incumplimiento del deudor, acceso a conocer la(s) calificación(es) de riesgo de la(s) obligación(es) una vez desembolsada(s) previa solicitud escrita. Aquella información adicional que he solicitado como Deudor. Certifico que entiendo y acepto que Coomeva Financiera no contrae con esta solicitud la obligación de otorgar el crédito que me ha sido explicado, que las condiciones pueden variar al momento del otorgamiento y que será informado oportunamente al respecto, por lo anterior, firmo el presente documento a los ____ días del mes de _____ del año _____, en la ciudad de _____.

Nota: Los intereses sobre el crédito se cobran desde el momento en que se efectúa el desembolso del dinero, Por ser cobro vencido, este primer cobro se acumula para ser incluido en el siguiente mes.

CO-FT-200 (Reverso)

Declaración voluntaria de Origen de Fondos:

Yo, _____ identificado con el documento de identidad No. _____, expedida en _____, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente Declaración de Origen de mis Fondos a Coomeva Financiera con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado en la Circular Externa 007 de 1996, expedida por la Superintendencia Bancaria, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993) Ley 190 de 1995 (Estatuto Anticorrupción) y demás normas legales concordantes.

1. Los recursos que entregué en depósito provienen de las siguientes fuentes (detalle de la ocupación, profesión, actividad, negocio, etc).

2. Declaro que los recursos que entregué no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código penal colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.

3. No admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adiciones, ni efectuaré transacciones relacionadas con tales actividades ilícitas o a favor de personas relacionadas con las mismas.

4. Autorizo cancelar las cuentas y depósitos que mantenga en esta Entidad, en caso de infracción de cualquiera de los numerales de este documento, así como por la información errónea, falsa, o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento e igualmente por no actualizar anualmente la información aquí solicitada, eximiendo a Coomeva Financiera de toda responsabilidad derivada de estos hechos.

En constancia de haber leído, entendido y aceptado todo lo anterior (Autorización para cargar otros conceptos, declaración de origen de fondos, Autorización para consulta Reporte y compartir información a centrales de riesgo) firmo la presente solicitud.

Firma del Solicitante

Huella

Firma Comité Regional / Zonal de Admón. / Asuntos Asociados

Firma Funcionario Coomeva

Acta No.

Oficina que vincula

Aprobado por

Fecha de Aprobación

Nombres y Apellidos del Promotor

Tipo de Identificación C.C. ☐ C.E. ☐ PA. ☐

No. Identificación

Mod. Agosto 2010

Solicitud de ingreso al Servicio de Previsión,Asistencia y Solidaridad

Esta solicitud forma parte del Reglamento de los Servicios Mutuales de Previsión,Asistencia y Solidaridad en el momento de ser aceptado el aspirante como Asociado de la Cooperativa y no compromete a ninguna de las partes mientras no se formalice la aceptación al servicio por parte de Coomeva.

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre					
Identificación: <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> PA				Peso	Estatura	Nombre de la EPS					
No. _____											
DECLARACIÓN DEL ESTADO DE SALUD											
Marcar con una " X " si su respuesta es afirmativa o negativa.											
A) Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente:											
		Si	No			Si	No			Si	No
1)	Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20)	Cirugía de mamas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39)	Hernia inguinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	Accidente cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21)	Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40)	Hepatitis A-B-C-D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	Tumores en cerebro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22)	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41)	Cirugía abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	Enfermedades neurológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23)	Infarto de miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42)	Cáncer del estómago o intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5)	Trauma cráneo encefálico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24)	Soplos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43)	Prolapso genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6)	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25)	Enfermedades de las válvulas cardíacas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44)	Miomatosis uterina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7)	Poliomielitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26)	Reumatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45)	Incontinencia urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8)	Sordera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27)	Enfermedades congénitas del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46)	Cálculos renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9)	Otitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28)	Tuberculosis pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47)	Várices miembros inferiores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10)	Cirugía del oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29)	Enfisema pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48)	Fracturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11)	Defecto de la visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30)	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49)	Juanetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12)	Estrabismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31)	Cirugía del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50)	Trastornos de la columna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13)	Catarata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32)	Cirugía del pulmón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51)	Lesión de ligamentos y/o meniscos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14)	Cirugía ocular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33)	Úlcera gástrica o duodenal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52)	Infección por VIH (SIDA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15)	Desviación del tabique nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34)	Hernia diafragmática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53)	Tumores malignos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16)	Cirugía de la nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35)	Reflujo gastroesofágico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54)	Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17)	Bocio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36)	Cálculos biliares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55)	En estado de embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18)	Masas de cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37)	Pancreatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56)	Otros (Especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19)	Tumores, quistes en mamas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38)	Hernia umbilical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
B) Si su respuesta es afirmativa se debe detallar la fecha, tipo de tratamiento y resultado.											

Señor(a) Asociado(a) ; antes de firmar lea detenidamente lo siguiente:

En caso de haber contestado **NO** en las preguntas correspondientes a la declaración del estado de salud, Declaro y Afirmo:
Que mi estado de salud es normal, no padezco ni he padecido enfermedades congénitas o afecciones tales como: cardiovasculares, sida, hipertensión arterial, cáncer ni diabetes y en la actualidad no sufro enfermedades crónicas,afecciones o adicciones que incidan sobre mi estado de salud.
No he sido sometido a tratamientos o intervenciones quirúrgicas diferentes a las relacionadas en la anterior declaración de salud en razón de las enfermedades mencionadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas en forma casual o secuencial. En caso de encontrarse una preexistencia declarada o comprobada por la Cooperativa exoneró al Fondo de Solidaridad de pagar los auxilios que tengan como causa las lesiones o enfermedades preexistentes. Tanto mis actividades como mi profesión, ocupación u oficio son lícitos y los ejerzo dentro de los marcos legales.Tengo conocimiento de que el presente valor de protección se aprueba en consideración a la veracidad de estas declaraciones y que en el evento de no coincidir ellas estrictamente con la realidad, éste será ineficaz. En constancia de lo anterior firmo en el reverso del presente documento lo referente al Servicio de Previsión, Asistencia y Solidaridad que forma parte integrante de la solicitud única de vinculación.

USO EXCLUSIVO DE COOMEVA

Concepto Auditoría Médica									
Aceptado		Con limitaciones		Con examen médico		Nivel de riesgo			
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Código	Limitación					Calificación			
Carta de Bienvenida						Fecha			
Manual <input type="checkbox"/> Automática <input type="checkbox"/>						Firma y sello de Auditoría Médica _____		AAAA MM DD	

INSCRIPCIÓN DE BENEFICIARIOS

(Para Asociados afiliados y NO afiliados al Fondo Mutual de Solidaridad)

En caso de mi muerte declaro y designo como Beneficiario(s) de los Auxilios a que tengo derecho de los Servicios Mutuales de Previsión, Asistencia y Solidaridad a las siguientes personas:

Identificación		Parentesco	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	%	Fecha nacimiento			Sexo	
Tipo	Número							AAAA	MM	DD	F	M

Nota: Los porcentajes designados a estos beneficiarios deben sumar el 100%.
Tipo de documento de identidad: **CC:** Cédula Ciudadanía **CE:** Cédula Extranjería **TI:** Tarjeta identidad **PA:** Pasaporte **RC:** Registro civil **EJ:** Entidad jurídica

INFORMACIÓN DE FAMILIARES DIRECTOS PARA EL AUXILIO POR GASTOS FUNERARIOS

Identificación		Parentesco	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha nacimiento			Sexo	
Tipo	Número						AAAA	MM	DD	F	M

Únicamente padres, hijos hasta 30 años (consanguíneos o por adopción), hijos discapacitados sin límite de edad (consanguíneos o por adopción), cónyuge o compañero(a). Los Asociados que carezcan de familiares directos, estarán exentos de la contribución por este auxilio. Para estos casos el Asociado debe presentar comunicación escrita con su firma y huella. Los beneficiarios que se encuentren inscritos previamente por otro Asociado o sean Asociados, no quedarán cubiertos por usted para este auxilio.

CONTRIBUCIÓN MENSUAL A LOS FONDOS MUTUALES DE SOLIDARIDAD Y AUXILIO FUNERARIO Y OTROS CONCEPTOS

Edad de Perseverancia	Valor de Protección (P)	Factor(F)
Perseverancia 60 años <input type="checkbox"/>	\$ _____	_____
Perseverancia 62 años <input type="checkbox"/>	\$ _____	_____
Perseverancia 65 años <input type="checkbox"/>	\$ _____	_____
Muerte adicional <input type="checkbox"/>	\$ _____	_____

Auxilio Funerario	
Cuota Mensual <input type="checkbox"/>	Cuota única <input type="checkbox"/> Plazo _____
Cuota Mensual Solidaridad = (P x F) Cuota Mensual Auxilio Funerario = (SMMLV x % SMMLV) Consultar la tabla de factores en el plegable informativo	

Perseverancia programada (2-15 años) <input type="checkbox"/>	\$ _____	_____	Plazo _____
--	----------	-------	-------------

Edad actual	Valor protección acumulada \$	Valor SMMLV (\$) \$	% SMMLV (Según tipo de vinculación)	Solidaridad \$
-------------	-------------------------------	---------------------	--------------------------------------	----------------

Solicito ser aceptado como Asociado de Coomeva. Declaro expresamente que me someto voluntariamente a sus Estatutos y Reglamentos, como también a cancelar mensualmente las obligaciones que adquiera. Así mismo, garantizo que la información suministrada por mí es exacta y convengo que la misma será parte integrante del Reglamento de los Servicios Mutuales de Previsión, Asistencia y Solidaridad. Si se comprobare en cualquier tiempo que en la información suministrada ha habido de mi parte falsedad, omisión, error o reticencia que de haber sido conocida por la administración de los Fondos la hubieran inducido a rechazar la solicitud o disminuir la cuantía del valor de protección o cobrar una contribución superior, acepto la determinación de no ser recibido como parte de los Servicios Mutuales de Previsión, Asistencia y Solidaridad o el ajuste del valor de protección a elección de la Cooperativa. Además autorizo a los médicos, profesionales e Instituciones de la salud para que suministren a la administración del Fondo los datos actuales e históricos sobre mi estado de salud y a entregar mi Historia Clínica, esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento y acepto las preexistencias contenidas en esta información para que los utilicen en todos los actos implícitos del servicio en cualquier momento y declaro bajo juramento reconocer y aceptar el Reglamento de los Servicios Mutuales de Previsión, Asistencia y Solidaridad y manifiesto haber recibido un ejemplar del mismo el cual podrá ser derogado en cualquier momento por el Consejo de Administración y en tal caso me adhiero de manera voluntaria a los cambios establecidos en las condiciones del servicio cuando este órgano así lo estime conveniente. Si por análisis de la Auditoría Médica del servicio mi estado de salud no me permite tener derecho a los Auxilios de muerte natural e incapacidades, acepto ingresar al Fondo Mutual de Solidaridad sólo con las coberturas de Perseverancia, Muerte accidental y Gastos Funerarios y autorizo el ajuste en el valor de la contribución.

Firma del solicitante: _____

Huella

Solidaridad \$

Auxilio funerario \$

Aportes \$

Fondo Calamidad \$

Recreación y Cultura \$

TOTAL \$