

SOLICITUD DE SEGURO – GRUPO DE VIDA DEUDORES – COOPROFESORES

POLIZA No. AA010866		CIUDAD Y FECHA BUCARAMANGA 26 JUNIO 2020		CREDITO No. 110483208	
TOMADOR COOPROFESORES		DIRECCION CALLE 39 No. 23-81		CEDULA DE CIUDADANIA 890201280-8	
CIUDAD BUCARAMANGA		ASEGURADO PRINCIPAL ELIECER ZARATE HOLGUIN		TELEFONO 6328848	
FECHA DE NACIMIENTO 17-07-1959		OCUPACION Docente		CEDULA DE CIUDADANIA 91.101130	
ESTADO CIVIL UNION LIBRE		CARGO Rector		VALOR ASEGURADO 70.000.000	
PESO (Kg) 80		ESTATURA (mts) 1.65		¿TRABAJA ACTUALMENTE? SI	

DECLARACION DE CONOCIMIENTO Y AUTORIZACION

De manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada, AUTORIZO a COOPROFESORES para recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar y disponer de los datos que he suministrado en el presente formato, y que se han incorporado en sus distintas bases de datos y del cual tengo pleno conocimiento de que algunos datos aquí registrados por mí tienen el carácter de sensibles, tales como información relacionada a mi estado de salud, a mi aspecto físico, e impresión dactilar (dato biométrico) y que serán usados para: (a) Establecer mi perfil de salud y con ello mi condición de asegurabilidad. (b) Ser enviados a Equidad Seguros de Vida O.C. en caso de que ella lo requiera para el análisis de reclamaciones hechas por mí o quien me represente legalmente. (c) Ser tratados por Equidad Seguros de Vida O.C. en el marco de analizar las reclamaciones que se hubieren presentado de mi parte. d) Utilizar mis datos para llevar control sobre la solicitud de crédito y otros productos. e) Autorizo a COOPROFESORES a tomar mi(s) impresión(es) dactilar(es) y por cualquier medio físico y/o electrónico, para almacenar esta información en sus bases de datos con el fin de establecer y cotejar mi plena identificación e individualización en el uso de los productos y servicios de la cooperativa.

Declaro que conozco el carácter facultativo para otorgar la autorización del tratamiento sobre mis datos sensibles y que conozco mis derechos a consultar, actualizar y rectificar mis datos personales para lo cual podré hacerlo conforme a los lineamientos de la política de tratamiento de datos personales de la cooperativa, la cual puede ser consultada en el sitio web: www.cooprofesores.com

- En la presente póliza, el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda.
- Así mismo, poseo pleno conocimiento de las condiciones de amparo del presente seguro.
- Por lo anterior, doy respuesta a los siguientes interrogantes:

(Favor contestar en la casilla respectiva si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes condiciones)

SECCION I

- HA RECIBIDO PAGO DE LA EQUIDAD POR RECLAMACION DE ALGUN CREDITO?
- TIENE UD DICTAMEN DE INVALIDEZ?
- ESTA EN PROCESO DE CALIFICACION POR INVALIDEZ PROFESIONAL O COMUN.

SI ☐	NO ☒
SI ☐	NO ☒
SI ☐	NO ☒
SI ☐	NO ☒
SI ☐	NO ☒
SI ☐	NO ☒
SI ☐	NO ☒
SI ☐	NO ☒

10. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR

OBSTRUCTIVA CRONICA	SI ☐	NO ☒
11. CIRUGIA	SI ☐	NO ☒
12. ALCOHOLISMO	SI ☐	NO ☒
13. TABAQUISMO/DROGADICCION	SI ☐	NO ☒
14. HIPERTENSION ARTERIAL	SI ☒	NO ☐
15. DIABETES TIPO II.	SI ☐	NO ☒
16. ENFERMEDADES CONGENITAS	SI ☐	NO ☒
17. ENFERMEDADES DEL COLAGENO	SI ☐	NO ☒
18. ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS	SI ☐	NO ☒

SECCION II

- DISFONIA
- DEPRESION/ANSIEDAD
- ENFERMEDADES NEUROLOGICAS

SI ☐	NO ☒
SI ☐	NO ☒
SI ☐	NO ☒

4. LARINGITIS	SI ☐	NO ☒
5. ENFERMEDADES HEPATICAS	SI ☐	NO ☒
6. OTRA:		

EN CASO DE HABER CONTESTADO NO A LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DECLARO Y FIRMO:

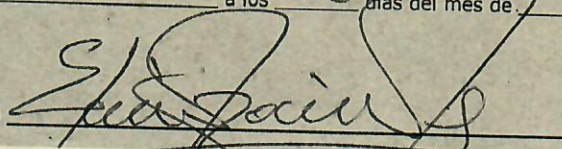
Como asegurado principal garantizo que la información sobre mi estado de salud acá registrada corresponde a la realidad y asumo plena responsabilidad por la veracidad de los mismos. Así mismo declaro que tengo pleno conocimiento de que si omito mi real estado de salud, La Equidad Seguros podrá objetar el pago de las indemnizaciones a que haya lugar a causa de la reticencia en la presente información.

Así mismo, autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de la IPS o EPS, o persona que me haya atendido a suministrar copia de la historia clínica solicitada por la Equidad Seguros de Vida O.C., sobre mi estado de salud pasada y presente y a entregar mi historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.

Acepto contratar la cobertura adicional de enfermedades graves diagnosticadas con amparo de Renta Mensual, con pago de prima adicional. SI ☐ NO ☒

En constancia se firma en BUCARAMANGA a los 26 días del mes de JUNIO del año 2020

FIRMA ASEGURADO




SOLICITUD DE SEGURO - GRUPO DE VIDA DEUDORES - COOPROFESORES

POLIZA No. AA010866		CIUDAD Y FECHA Bucaramanga 13 agosto 2020		CREDITO No. 110487819
TOMADOR COOPROFESORES		CEDULA DE CIUDADANIA 890201280-8		TELEFONO 6328848
DIRECCION CALLE 39 No. 23-81		CIUDAD BUCARAMANGA		CEDULA DE CIUDADANIA 91.101.120
ASEGURADO PRINCIPAL Eliécer Zúñiga Holguín		FECHA DE NACIMIENTO 17-07-1959		OCUPACION Docente
ESTADO CIVIL Unión libre		PESO (Kg) 84. K.		ESTATURA (mts) 1.65 m.
CARGO Rector		VALOR ASEGURADO 57.200.00 U.		¿TRABAJA ACTUALMENTE? SI

DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO Y AUTORIZACION

De manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada, AUTORIZO a COOPROFESORES para recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar y disponer de los datos que he suministrado en el presente formato, y que se han incorporado en sus distintas bases de datos y del cual tengo pleno conocimiento de que algunos datos aquí registrados por mí tienen el carácter de sensibles, tales como información relacionada a mi estado de salud, a mi aspecto físico, e impresión dactilar (dato biométrico) y que serán usados para: (a) Establecer mi perfil de salud y con ello mi condición de asegurabilidad. (b) Ser enviados a Equidad Seguros de Vida O.C. en caso de que ella lo requiera para el análisis de reclamaciones hechas por mí o quien me represente legalmente. (c) Ser tratados por Equidad Seguros de Vida O.C. en el marco de analizar las reclamaciones que se hubieren presentado de mi parte. d) Utilizar mis datos para llevar control sobre la solicitud de crédito y otros productos. e) Autorizo a COOPROFESORES a tomar mi(s) impresión(es) dactilar(es) y por cualquier medio físico y/o electrónico, para almacenar esta información en sus bases de datos con el fin de establecer y cotejar mi plena identificación e individualización en el uso de los productos y servicios de la cooperativa.

Declaro que conozco el carácter facultativo para otorgar la autorización del tratamiento sobre mis datos sensibles y que conozco mis derechos a consultar, actualizar y rectificar mis datos personales para lo cual podré hacerlo conforme a los lineamientos de la política de tratamiento de datos personales de la cooperativa, la cual puede ser consultada en el sitio web: www.cooprofesores.com

- En la presente póliza, el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda.
- Así mismo, poseo pleno conocimiento de las condiciones de amparo del presente seguro.
- Por lo anterior, doy respuesta a los siguientes interrogantes:

(Favor contestar en la casilla respectiva si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes condiciones)

SECCION I

- HA RECIBIDO PAGO DE LA EQUIDAD POR RECLAMACION DE ALGUN CREDITO? SI ☐ NO ☒
- TIENE UD DICTAMEN DE INVALIDEZ? SI ☐ NO ☒
- ESTA EN PROCESO DE CALIFICACION POR INVALIDEZ PROFESIONAL O COMUN. SI ☐ NO ☒

- AFECCIONES CARDIOVASCULARES. SI ☐ NO ☒
- AFECCIONES CEREBROVASCULARES. SI ☐ NO ☒
- CANCER. SI ☐ NO ☒
- DIABETES MELLITIS TIPO I. SI ☐ NO ☒
- VIH POSITIVO / SIDA. SI ☐ NO ☒
- INSUFICIENCIA RENAL CRONICA. SI ☐ NO ☒

10. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|--|
| OBSTRUCTIVA CRONICA | SI ☐ | NO ☒ |
| 11. CIRUGIA | SI ☐ | NO ☒ |
| 12. ALCOHOLISMO | SI ☐ | NO ☒ |
| 13. TABAQUISMO/DROGADICCION | SI ☐ | NO ☒ |
| 14. HIPERTENSION ARTERIAL | SI ☐ | NO ☒ |
| 15. DIABETES TIPO II. | SI ☐ | NO ☒ |
| 16. ENFERMEDADES CONGENITAS | SI ☐ | NO ☒ |
| 17. ENFERMEDADES DEL COLAGENO | SI ☐ | NO ☒ |
| 18. ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS | SI ☐ | NO ☒ |

SECCION II

- DISFONIA SI ☐ NO ☒
- DEPRESION/ANSIEDAD SI ☐ NO ☒
- ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS SI ☐ NO ☒

- LARINGITIS SI ☐ NO ☒
- ENFERMEDADES HEPATICAS SI ☐ NO ☒
- OTRA: _____

EN CASO DE HABER CONTESTADO NO A LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DECLARO Y FIRMO:

Como asegurado principal garantizo que la información sobre mi estado de salud acá registrada corresponde a la realidad y asumo plena responsabilidad por la veracidad de los mismos. Así mismo declaro que tengo pleno conocimiento de que si omito mi real estado de salud, La Equidad Seguros podrá objetar el pago de las indemnizaciones a que haya lugar a causa de la retención en la presente información.

Así mismo, autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de la IPS o EPS, o persona que me haya atendido a suministrar copia de la historia clínica solicitada por la Equidad Seguros de Vida O.C., sobre mi estado de salud pasada y presente y a entregar mi historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.

Acepto contratar la cobertura adicional de enfermedades graves diagnosticadas con amparo de Renta Mensual, con pago de prima adicional. SI ☐ NO ☒

En constancia se firma en B/ga a los 13 días del mes de Agosto del año 2020

FIRMA ASEGURADO



SOLICITUD DE SEGURO - GRUPO DE VIDA DEUDORES - COOPROFESORES

POLIZA No. AA010866		CIUDAD Y FECHA BUCARAMANGA, 16 SEPT. 2020		CREDITO No. 110491120
TOMADOR COOPROFESORES		CEDULA DE CIUDADANIA 890201280-8		
DIRECCION CALLE 39 No. 23-81		CIUDAD BUCARAMANGA		TELEFONO 6328848
ASEGURADO PRINCIPAL Elicer. Zarcle Holgín		CEDULA DE CIUDADANIA 91.101.130		
FECHA DE NACIMIENTO 17-07-1959	OCUPACION Docente	CARGO Rector	VALOR ASEGURADO 30000000	
ESTADO CIVIL Unión libre	PESO (Kg) 84 Kg	ESTATURA (mts) 1.65	¿TRABAJA ACTUALMENTE? SI	

DECLARACION DE CONOCIMIENTO Y AUTORIZACION

De manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada, AUTORIZO a COOPROFESORES para recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar y disponer de los datos que he suministrado en el presente formato, y que se han incorporado en sus distintas bases de datos y del cual tengo pleno conocimiento de que algunos datos aquí registrados por mí tienen el carácter de sensibles, tales como información relacionada a mi estado de salud, a mi aspecto físico, e impresión dactilar (dato biométrico) y que serán usados para: (a) Establecer mi perfil de salud y con ello mi condición de asegurabilidad. (b) Ser enviados a Equidad Seguros de Vida O.C. en caso de que ella lo requiera para el análisis de reclamaciones hechas por mí o quien me represente legalmente. (c) Ser tratados por Equidad Seguros de Vida O.C. en el marco de analizar las reclamaciones que se hubieren presentado de mi parte. d) Utilizar mis datos para llevar control sobre la solicitud de crédito y otros productos. e) Autorizo a COOPROFESORES a tomar mi(s) impresión(es) dactilar(es) y por cualquier medio físico y/o electrónico, para almacenar esta información en sus bases de datos con el fin de establecer y cotejar mi plena identificación e individualización en el uso de los productos y servicios de la cooperativa.

Declaro que conozco el carácter facultativo para otorgar la autorización del tratamiento sobre mis datos sensibles y que conozco mis derechos a consultar, actualizar y rectificar mis datos personales para lo cual podré hacerlo conforme a los lineamientos de la política de tratamiento de datos personales de la cooperativa, la cual puede ser consultada en el sitio web: www.cooprofesores.com

- En la presente póliza, el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda.
- Así mismo, poseo pleno conocimiento de las condiciones de amparo del presente seguro.
- Por lo anterior, doy respuesta a los siguientes interrogantes:

(Favor contestar en la casilla respectiva si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes condiciones)

SECCION I

1. HA RECIBIDO PAGO DE LA EQUIDAD POR

RECLAMACION DE ALGUN CREDITO?

SI ☐ NO ☒

2. TIENE UD DICTAMEN DE INVALIDEZ?

SI ☐ NO ☒

3. ESTA EN PROCESO DE CALIFICACION

POR INVALIDEZ PROFESIONAL O COMUN.

SI ☐ NO ☒

4. AFECCIONES CARDIOVASCULARES.

SI ☐ NO ☒

5. AFECCIONES CEREBROVASCULARES.

SI ☐ NO ☒

6. CANCER.

SI ☐ NO ☒

7. DIABETES MELLITIS TIPO I.

SI ☐ NO ☒

8. VIH POSITIVO / SIDA .

SI ☐ NO ☒

9. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.

SI ☐ NO ☒

10. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR

OBSTRUCTIVA CRONICA

SI ☐ NO ☒

11. CIRUGIA

SI ☐ NO ☒

12. ALCOHOLISMO

SI ☐ NO ☒

13. TABAQUISMO/DROGADICCION

SI ☐ NO ☒

14. HIPERTENSION ARTERIAL

SI ☐ NO ☒

15. DIABETES TIPO II.

SI ☐ NO ☒

16. ENFERMEDADES CONGENITAS

SI ☐ NO ☒

17. ENFERMEDADES DEL COLAGENO

SI ☐ NO ☒

18. ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS

SI ☐ NO ☒

SECCION II

1. DISFONIA

SI ☐ NO ☒

2. DEPRESION/ANSIEDAD

SI ☐ NO ☒

3. ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

SI ☐ NO ☒

4. LARINGITIS

SI ☐ NO ☒

5. ENFERMEDADES HEPATICAS

SI ☐ NO ☒

6. OTRA:

EN CASO DE HABER CONTESTADO NO A LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DECLARO Y FIRMO:

Como asegurado principal garantizo que la información sobre mi estado de salud acá registrada corresponde a la realidad y asumo plena responsabilidad por la veracidad de los mismos. Así mismo declaro que tengo pleno conocimiento de que si omito mi real estado de salud, La Equidad Seguros podrá objetar el pago de las indemnizaciones a que haya lugar a causa de la reticencia en la presente información.

Así mismo, autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de la IPS o EPS, o persona que me haya atendido a suministrar copia de la historia clínica solicitada por la Equidad Seguros de Vida O.C., sobre mi estado de salud pasada y presente y a entregar mi historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.

Acepto contratar la cobertura adicional de enfermedades graves diagnosticadas con amparo de Renta Mensual, con pago de prima adicional. SI ☐ NO ☒

En constancia se firma en BUCARAMANGA a los 16 días del mes de Sept. del año 2020.

FIRMA ASEGURADO

Impresión dactilar

SOLICITUD DE SEGURO - GRUPO DE VIDA DEUDORES - COOPROFESORES

POLIZA No. AA010866		CIUDAD Y FECHA BUCARAMANGA 12-marzo-2021		CREDITO No. 110515291
TOMADOR COOPROFESORES		CEDULA DE CIUDADANIA 890201280-8		TELEFONO 6328848
DIRECCION CALLE 39 No. 23-81	CIUDAD BUCARAMANGA		CEDULA DE CIUDADANIA 71.101130	
ASEGURADO PRINCIPAL ELIEGER ZABATE HOLGUIN		FECHA DE NACIMIENTO 17-07-59		OCUPACION EMPLEADO
ESTADO CIVIL U. URB RE		PESO (Kg) 70 Kg	CARGO DIRECTOR	ESTATURA (mts) 1.65
VALOR ASEGURADO +15.000.000		¿TRABAJA ACTUALMENTE? SI		

DECLARACION DE CONOCIMIENTO Y AUTORIZACION

De manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada, AUTORIZO a COOPROFESORES para recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar y disponer de los datos que he suministrado en el presente formato, y que se han incorporado en sus distintas bases de datos y del cual tengo pleno conocimiento de que algunos datos aquí registrados por mí tienen el carácter de sensibles, tales como información relacionada a mi estado de salud, a mi aspecto físico, e impresión dactilar (dato biométrico) y que serán usados para: (a) Establecer mi perfil de salud y con ello mi condición de asegurabilidad. (b) Ser enviados a Equidad Seguros de Vida O.C. en caso de que ella lo requiera para el análisis de reclamaciones hechas por mí o quien me represente legalmente. (c) Ser tratados por Equidad Seguros de Vida O.C. en el marco de analizar las reclamaciones que se hubieren presentado de mi parte. d) Utilizar mis datos para llevar control sobre la solicitud de crédito y otros productos. e) Autorizo a COOPROFESORES a tomar mi(s) impresión(es) dactilar(es) y por cualquier medio físico y/o electrónico, para almacenar esta información en sus bases de datos con el fin de establecer y cotejar mi plena identificación e individualización en el uso de los productos y servicios de la cooperativa.

Declaro que conozco el carácter facultativo para otorgar la autorización del tratamiento sobre mis datos sensibles y que conozco mis derechos a consultar, actualizar y rectificar mis datos personales para lo cual podré hacerlo conforme a los lineamientos de la política de tratamiento de datos personales de la cooperativa, la cual puede ser consultada en el sitio web: www.cooprofesores.com

- En la presente póliza, el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda.
- Así mismo, poseo pleno conocimiento de las condiciones de amparo del presente seguro.
- Por lo anterior, doy respuesta a los siguientes interrogantes:

(Favor contestar en la casilla respectiva si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes condiciones)

SECCION I

1. HA RECIBIDO PAGO DE LA EQUIDAD POR

RECLAMACION DE ALGUN CREDITO?

SI ☐ NO ☒

2. TIENE UD DICTAMEN DE INVALIDEZ?

SI ☐ NO ☒

3. ESTA EN PROCESO DE CALIFICACION

POR INVALIDEZ PROFESIONAL O COMUN.

SI ☐ NO ☒

4. AFECCIONES CARDIOVASCULARES.

SI ☐ NO ☒

5. AFECCIONES CEREBROVASCULARES.

SI ☐ NO ☒

6. CANCER.

SI ☐ NO ☒

7. DIABETES MELLITIS TIPO I.

SI ☐ NO ☒

8. VIH POSITIVO / SIDA .

SI ☐ NO ☒

9. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.

SI ☐ NO ☒

10. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR

OBSTRUCTIVA CRONICA

SI ☐ NO ☒

11. CIRUGIA

SI ☐ NO ☒

12. ALCOHOLISMO

SI ☐ NO ☒

13. TABAQUISMO/DROGADICCION

SI ☐ NO ☒

14. HIPERTENSION ARTERIAL

SI ☐ NO ☒

15. DIABETES TIPO II.

SI ☐ NO ☒

16. ENFERMEDADES CONGENITAS

SI ☐ NO ☒

17. ENFERMEDADES DEL COLAGENO

SI ☐ NO ☒

18. ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS

SI ☐ NO ☒

SECCION II

1. DISFONIA

SI ☐ NO ☒

2. DEPRESION/ANSIEDAD

SI ☐ NO ☒

3. ENFERMEDADES NEUROLOGICAS

SI ☐ NO ☒

4. LARINGITIS

SI ☐ NO ☒

5. ENFERMEDADES HEPATICAS

SI ☐ NO ☒

6. OTRA:

EN CASO DE HABER CONTESTADO NO A LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DECLARO Y FIRMO:

Como asegurado principal garantizo que la información sobre mi estado de salud acá registrada corresponde a la realidad y asumo plena responsabilidad por la veracidad de los mismos. Así mismo declaro que tengo pleno conocimiento de que si omito mi real estado de salud, La Equidad Seguros podrá objetar el pago de las indemnizaciones a que haya lugar a causa de la reticencia en la presente información.

Así mismo, autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de la IPS o EPS, o persona que me haya atendido a suministrar copia de la historia clínica solicitada por la Equidad Seguros de Vida O.C., sobre mi estado de salud pasada y presente y a entregar mi historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.

Acepto contratar la cobertura adicional de enfermedades graves diagnosticadas con amparo de Renta Mensual, con pago de prima adicional. SI ☐ NO ☒

En constancia se firma en BUCARAMANGA a los 12 días del mes de marzo del año 2021

FIRMA ASEGURADO

Impresión dactilar

SOLICITUD DE SEGURO - GRUPO DE VIDA DEUDORES - COOPROFESORES

POLIZA No. AA010866		CIUDAD Y FECHA BUCARAMANGA, 09 ABRIL DE 2021.		CREDITO No. 11051-8505
TOMADOR		COOPROFESORES		CEDULA DE CIUDADANIA
DIRECCION		CIUDAD		890201280-8
CALLE 39 No. 23-81		BUCARAMANGA		TELEFONO
				6328848
ASEGURADO PRINCIPAL				CEDULA DE CIUDADANIA
ELIEZER ZARATE HOIGUIN				91.01130.
FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACION	CARGO	VALOR ASEGURADO	
17-07-59.	EMPLEADO	RECTOR	20.000.000.00	
ESTADO CIVIL	PESO (Kg)	ESTATURA (mts)	¿TRABAJA ACTUALMENTE?	
UNION LIBRE	70 Kg.	1.70	SI	

DECLARACION DE CONOCIMIENTO Y AUTORIZACION

De manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada, AUTORIZO a COOPROFESORES para recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar y disponer de los datos que he suministrado en el presente formato, y que se han incorporado en sus distintas bases de datos y del cual tengo pleno conocimiento de que algunos datos aquí registrados por mí tienen el carácter de sensibles, tales como información relacionada a mi estado de salud, a mi aspecto físico, e impresión dactilar (dato biométrico) y que serán usados para: (a) Establecer mi perfil de salud y con ello mi condición de asegurabilidad. (b) Ser enviados a Equidad Seguros de Vida O.C. en caso de que ella lo requiera para el análisis de reclamaciones hechas por mí o quien me represente legalmente. (c) Ser tratados por Equidad Seguros de Vida O.C. en el marco de analizar las reclamaciones que se hubieren presentado de mi parte. d) Utilizar mis datos para llevar control sobre la solicitud de crédito y otros productos. e) Autorizo a COOPROFESORES a tomar mi(s) impresión(es) dactilar(es) y por cualquier medio físico y/o electrónico, para almacenar esta información en sus bases de datos con el fin de establecer y cotejar mi plena identificación e individualización en el uso de los productos y servicios de la cooperativa.

Declaro que conozco el carácter facultativo para otorgar la autorización del tratamiento sobre mis datos sensibles y que conozco mis derechos a consultar, actualizar y rectificar mis datos personales para lo cual podré hacerlo conforme a los lineamientos de la política de tratamiento de datos personales de la cooperativa, la cual puede ser consultada en el sitio web: www.cooprofesores.com

- En la presente póliza, el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda.
- Así mismo, poseo pleno conocimiento de las condiciones de amparo del presente seguro.
- Por lo anterior, doy respuesta a los siguientes interrogantes:

(Favor contestar en la casilla respectiva si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes condiciones)

SECCION I

- HA RECIBIDO PAGO DE LA EQUIDAD POR RECLAMACION DE ALGUN CREDITO?
- TIENE UD DICTAMEN DE INVALIDEZ?
- ESTA EN PROCESO DE CALIFICACION POR INVALIDEZ PROFESIONAL O COMUN.

SI ☐	NO ☒
SI ☐	NO ☒
SI ☐	NO ☒
SI ☐	NO ☒
SI ☐	NO ☒
SI ☐	NO ☒
SI ☐	NO ☒
SI ☐	NO ☒
SI ☐	NO ☒

10. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR

OBSTRUCTIVA CRONICA	SI ☐	NO ☒
11. CIRUGIA	SI ☐	NO ☒
12. ALCOHOLISMO	SI ☐	NO ☒
13. TABAQUISMO/DROGADICCION	SI ☐	NO ☒
14. HIPERTENSION ARTERIAL	SI ☐	NO ☒
15. DIABETES TIPO II.	SI ☐	NO ☒
16. ENFERMEDADES CONGENITAS	SI ☐	NO ☒
17. ENFERMEDADES DEL COLAGENO	SI ☐	NO ☒
18. ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS	SI ☐	NO ☒

SECCION II

- DISFONIA
- DEPRESION/ANSIEDAD
- ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

SI ☐	NO ☒
SI ☐	NO ☒
SI ☐	NO ☒

4. LARINGITIS	SI ☐	NO ☒
5. ENFERMEDADES HEPATICAS	SI ☐	NO ☒
6. OTRA:		

EN CASO DE HABER CONTESTADO NO A LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DECLARO Y FIRMO:

Como asegurado principal garantizo que la información sobre mi estado de salud acá registrada corresponde a la realidad y asumo plena responsabilidad por la veracidad de los mismos. Así mismo declaro que tengo pleno conocimiento de que si omito mi real estado de salud, La Equidad Seguros podrá objetar el pago de las indemnizaciones a que haya lugar a causa de la retención en la presente información.

Así mismo, autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de la IPS o EPS, o persona que me haya atendido a suministrar copia de la historia clínica solicitada por la Equidad Seguros de Vida O.C., sobre mi estado de salud pasada y presente y a entregar mi historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.

Acepto contratar la cobertura adicional de enfermedades graves diagnosticadas con amparo de Renta Mensual, con pago de prima adicional. SI ☐ NO ☒

En constancia se firma en BUCARAMANGA a los 09 días del mes de ABRIL del año 2021.

FIRMA ASEGURADO

Impresión dactilar