

Un homenaje al amor



SOLICITUD PLAN EXEQUIAL LOS OLIVOS EMPRESARIAL

FECHA DE SOLICITUD

Día	Mes	Año

Nuevo

Actualización ☐

VIGENCIA DESDE

Día	Mes	Año

VIGENCIA HASTA

Día	Mes	Año

TIPO DE PLAN

condelana

1014 16

JUN 15

CENTRO DE COSTOS

DATOS DEL CONTRATANTE

DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CC <input checked="" type="radio"/> CE <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/>	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE (Apellidos y Nombres)	NÚMERO DE CONTRATO
19269936		Perez	

DATOS DEL AFILIADO PRINCIPAL

DOCUMENTO DE IDENTIDAD 19 269 426		PRIMER APELLIDO Perez		SEGUNDO APELLIDO Perez		PRIMER NOMBRE Wils		SEGUNDO NOMBRE Fernando		
DIRECCIÓN C/ 23 Iba # 35014			TELÉFONO 3115927554		CORREO ELECTRÓNICO comfitecun@hotmail.com			CIUDAD / MUNICIPIO Bogotá		
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO Bogotá			Día Mes Año 19 01 1957		SEXO M <input checked="" type="radio"/> F <input type="radio"/>		ESTADO CIVIL SOLTERO <input type="radio"/> CASADO <input type="radio"/> UNIÓN LIBRE <input type="radio"/> SEPARADO <input checked="" type="radio"/> VIUDO <input type="radio"/>		OCUPACIÓN Independiente	

DATOS DEL NÚCLEO FAMILIAR AFILIADO[illegible][illegible]

OBSERVACIONES

AUTORIZO A DEBITAR O DESCONTAR EL VALOR DE LAS CUOTAS DESCRITAS EN EL ACUERDO DE PAGO DEL PLAN. ESTA AUTORIZACIÓN QUEDA SUJETA A LOS REGLAMENTOS Y CONDICIONES DE LA ENTIDAD QUE REALIZA EL DÉBITO O DESCUENTO Y A LAS MODIFICACIONES QUE SE HAGAN EN EL FUTURO DE ELLOS.

DERECHO DE INFORMACION Y HABEAS DATA

En mi calidad de contratante certifico que he leído con detenimiento el contenido del presente contrato y de forma libre, voluntaria, expresa, con capacidad de ejercicio para suscribir el presente contrato, declaro que fui informado de forma clara, veraz, suficiente, oportuna, verificable, comprensible, precisa e idónea sobre las condiciones, restricciones, derechos y deberes estipulados en el contrato _____ los cuales acepto expresamente y a satisfacción a la firma del presente CONTRATO.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES: Dado que durante la ejecución de los servicios objeto de este contrato por parte COOPERFUND, EL CONTRATANTE transmitirá Datos Personales y el grupo familiar beneficiario antes citados, éste último declara: a) que acepta y autoriza al tratamiento de los Datos Personales y familiares aquí fijados de conformidad con las leyes vigentes; b) que acepta que el tratamiento de los Datos Personales se limite a las finalidades de este contrato y el envío de información comercial de la totalidad de los servicios que brinde COOPERFUND en desarrollo de su objeto social; c) que fue entregado información sobre el departamento que absolvió dudas sobre el Tratamiento de Datos Personales del presente contrato; d) que los Datos Personales de los que trata este contrato, el Tratamiento de los mismos quedará sujeto a la política de tratamiento de datos personales de COOPERFUND e) no se transferirá ni transmitirá los Datos Personales de los que trata este contrato a terceras compañías salvo que haya obtenido la autorización previa, expresa e informada de los Titulares de los Datos Personales.

CENTRALES DE RIESGO: El abajo firmante, nombre propio declara que la información suministrada es verídica y da su consentimiento expreso e irrevocable a _____ para:

a) Consultar, en cualquier base de datos manejada por un operador, información para conocer mi desempeño como deudor, capacidad de pago, la viabilidad para entablar o mantener una relación contractual, o para actividades como la realización de campañas de mercadeo, ofrecimiento de productos y publicidad en general; b) Reportar a la central de información manejada por un operador de datos, tratados o sin tratar, sobre el cumplimiento o incumplimiento de sus obligaciones y deberes legales de contenido patrimonial, sus datos de ubicación y contacto, sus solicitudes de crédito así como otra información atinente a sus relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que haya generado o que consten en registros públicos, base de datos públicas o documentos públicos; c) La autorización anterior no impedirá al abajante firmar para ejercer el derecho de corroborar en la central de información de riesgo, que la información suministrada es veraz, completa, exacta y actualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de su desacuerdo, a exigir la rectificación y a ser informado sobre las correcciones futuras.

FIRMA DEL AFILIADO PRINCIPAL

NOMBRE DEL ASESOR COMERCIAL

CÉDULA:



-SOLICANASTA -ACCIDENTES PERSONALES-

**SOLICITUD SEGURO SOLICANASTA Y/O PÓLIZA
ACCIDENTES PERSONALES**

VIGENCIA

EMPIEZA A LAS 23:59 HORAS DEL			TERMINA A LAS 23:59 HORAS DEL		
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO

DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL	
1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

DATOS DE LA PERSONA PRINCIPAL				
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> TIO <input type="radio"/> No.	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

PÓLIZA SEGURO SOLICANASTA - ASEGURADO PRINCIPAL

\$	VALOR ASEGURADO	\$	PAGO INMEDIATO	\$	BONOS CANASTA
----	-----------------	----	----------------	----	---------------

PÓLIZA SEGURO SOLICANASTA -GRUPO FAMILIAR

PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES