



SOLICITUD ADMISIÓN

Santiago de Cali, _____

FOTO

Señores:

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

Covatrans

Atento saludo,

Cordialmente solicito la Admisión como Asociado(a) a COVATRANS, aceptando desde ahora los Estatutos y Reglamentos que la rigen y que conozco;

Persona Natural

Nombre: _____

Tipo y N° Documento: _____ **Tel:** _____

N° VEHÍCULOS: _____ **AFILIADOS A:** _____

MARCA	MODELO	PLACA
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Acepto que me suministren información, relacionada con la Cooperativa Vallecaucana de Transportadores, a través de los medios de contacto, registrados en mi solicitud de vinculación o actualizados posteriormente.

Obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, y con el propósito de dar cumplimiento a las normas vigentes y demás normas legales concordantes para la vinculación, Declaro que el origen de los bienes y/o fondos, no provienen de ninguna actividad ilícita. Autorizo el retiro como Asociado(a) en esta Entidad, en caso de incumplimiento del Estatuto y demás normas que rige la Cooperativa, así como por la información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento.

CONTROL DE LAVADO DE ACTIVOS:

Me obligo con la Cooperativa Vallecaucana de Transportadores, a actualizar la información como mínimo una vez al año y suministrar los documentos exigidos por la ley en el momento que éstos sean solicitados para el control de lavado de activos. Adicionalmente me comprometo a suministrar los documentos exigidos por la Cooperativa Vallecaucana de Transportadores, para indicar la procedencia de los depósitos.

Para todos los efectos legales, certifico que todos mis datos e informaciones anotadas por mí en este formulario son veraces y se pueden confirmar. Es preciso recalcar, que el cumplimiento de la ley 1581 del 2012, tal información será resguardada con tal confidencialidad para la protección de sus datos.

En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento en el espacio destinado para la firma.

Firma

HUELLA



COVATRANS
Cooperativa Vallicaucana De Transportadores

FORMULARIO

CÓDIGO

01

Página 1 de 1

NOMBRE:

AUTORIZACIÓN CONSULTA Y TRATAMIENTO DE DATOS

Conforme a la ley 1581 de 2012 y demás Decretos reglamentarios, yo _____ identificado con número de Cédula _____ de _____, autorizo a **COVATRANS**, para consulta, tratamiento y manejo de mis datos personales, registro dactilográfico e imágenes, con el fin de recolectar, almacenar, depurar, usar, analizar, circular, actualizar y cruzar información propia, para así facilitar la prestación de servicios, y/o así como ejercer las gestiones de cobro cuando aplique. declaro que soy responsable de la veracidad de los datos suministrados. Así mismo autorizo a **COVATRANS** a efectuar sus procedimientos de notificación y comunicación a la dirección de correspondencia y/o correo electrónico mencionados a continuación.

DATOS BÁSICOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN				
Nombre completo de la Persona y/o Razón Social.				
No. Identificación.				
Dirección de correspondencia.				
Teléfonos.				
Correo Electrónico.				
Clasificación de la relación. (Marque con X)	<input type="checkbox"/> Cliente	<input type="checkbox"/> Proveedor	<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Otro
REPRESENTANTE LEGAL				
Nombre Completo.				
Nº. Identificación.				

Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la constitución y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal e imágenes; así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales, registro dactilográfico e imágenes. Estos los puedo ejercer a través de los canales dispuestos por **COVATRANS** para la atención al público y observando la política de tratamiento de datos personales e imágenes de **COVATRANS**.

Declaro que he sido informado que **COVATRANS** es responsable de los datos personales obtenidos a través de sus distintos canales de comunicación.

(NOMBRE DEL TITULAR DE LOS DATOS)

(FIRMA)

(FECHA DE DILIGENCIAMIENTO)



HUELLA

Ciudad	Fecha	DD	AAAA	AGENCIA	
Asociación <input type="checkbox"/>		Reingreso <input type="checkbox"/>		Actualización de datos <input type="checkbox"/>	

Datos personales

Nombres: _____ Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____
 Tipo de documento: C.C. C.E. Otro ¿Cuál? _____ N° de Identificación: _____
 Fecha de expedición: _____ DD _____ AAAA Fecha de nacimiento: _____ MM _____ DD _____ AAAA Ciudad: _____ Género: M: F:
 Estado civil actual: Soltero: Casado: Divorciado: Viudo: Unión libre Declaración de renta: Si: No
 Tipo de vivienda: Familiar: Propia: Arrendada: Pertenece algún Grupo Etnico Si _____ No _____ Cual _____
 Ocupación: _____ Teléfono fijo: _____ Celular: _____
 N° de hijos: Personas a cargo: Estrato: Dirección de la residencia: _____
 Ciudad / Departamento: _____ Barrio: _____ Correo electrónico: _____

Estudios

Universitarios: Especialización: Otros: ¿Cuál?: _____ Título: _____
 Profesión: _____

Información laboral

Ocupación: _____
 Código Actividad económica _____ Ciudad donde desempeña la actividad _____
 Dirección de la empresa: _____ Ciudad: _____ Ingreso mensual: \$ _____
 Teléfono de la empresa: _____ Tipo de contrato: Indefinido: Fijo: Servicios: Cargo: _____
 Fecha de ingreso: _____ MM _____ DD _____ AAAA

Información ocupación independiente

Descripción actividad : _____ Honorarios: _____
 Nombre de la empresa, oficina o establecimiento si posee: _____

Información Financiera

Ingresos mensuales :	\$	Gastos mensuales :	\$
Salario principal: (si aplica)	\$	Arriendo/Cuota vivienda	\$
Comisiones: (si aplica)	\$	Gastos de sostenimiento	\$
Otros ingresos:	\$	Otros gastos	\$

TOTAL ACTIVOS	\$	TOTAL PASIVOS	\$	PATRIMONIO	\$
----------------------	----	----------------------	----	-------------------	----

No de Vehículos Afiliados a: _____ Tipo de Servicio: Particular: Publico:
 Marca: _____ Modelo: _____ Placa: _____
 Marca: _____ Modelo: _____ Placa: _____

Recursos Peps, públicos y operaciones en moneda extranjera

¿Realiza Transacciones En Moneda Extranjera? Sí No ¿Posee Cuentas En Moneda Extranjera? Sí No Tipo de Moneda : _____

Indique Que Operaciones Realiza : _____ Entidad Financiera : _____

¿Administra Recursos Públicos? Sí No Descripción de los recursos públicos que Administra _____, tiene Familiares que administren recursos públicos? si No

Referencia Familiar y Personal

Nombre y Apellidos (Familiar)	Parentesco: _____	Teléfono _____
	Ciudad: _____	Dirección _____
Nombre y Apellidos (Personal)	Parentesco: _____	Teléfono _____
	Ciudad: _____	Dirección _____

Autorizaciones y Declaraciones

Habeas Data Ley 1266 de 2008

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Los datos personales que le solicitamos tienen como finalidad: 1. Lograr una eficiente comunicación relacionada con nuestros servicios, alianzas, estudios, para facilitarle el acceso general a la información de éstos; 2. Informar sobre nuevos Servicios, cambios que se presenten y dar cumplimiento a obligaciones contraídas con nuestros clientes y proveedores; 3. Evaluar la calidad del servicio y realizar estudios internos. 4. Todo aquello que se relacione con el propósito de prestar Servicios para satisfacer sus necesidades profesionales, personales y de carácter familiar, así como para fines administrativos, comerciales, de publicidad y contacto. Le informamos que, de conformidad con lo dispuesto en la normatividad Vigente y en el Decreto 1377 de 2013, los datos de carácter personal que se obtengan serán recogidos en una base de datos, la cual cuenta con las medidas de seguridad necesarias. Con mi firma autorizo de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada, a la Cooperativa Vallecaucana de Transportadores **COVATRANS**, a recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar Tratamiento, actualizar y disponer de mis datos personales que han sido suministrados para el desarrollo del objeto social de la entidad y para cumplir las finalidades mencionadas. Para ejercer sus derechos de actualización, rectificación y cancelación sobre sus datos personales, deberá registrar su solicitud en nuestro correo electrónico: protecciondedatos@covatrans.com

Autorización de Consulta y reportes a centrales de riesgo:

En mi calidad de titular de información, actuando libre y voluntariamente, autorizo de manera expresa e irrevocable a la Cooperativa, o a quien represente sus derechos, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiera a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y de terceros países de la misma naturaleza, a cualquiera de las centrales de riesgo existentes al momento del reporte o consulta. Esta autorización cubre todas las obligaciones pasadas, presentes y futuras en que intervengan como deudor de la Cooperativa o a quien represente sus derechos. A si mismo autorizo a la central de riesgo a que en su calidad de operador, pongan mi información a disposición de otros operadores nacionales o extranjeros, en los términos que establece la ley siempre y cuando su objetivo sea similar al aquí establecido.

Declaración De Origen De Fondos

Obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, y con el propósito de dar cumplimiento a las normas vigentes y demás normas legales concordantes para la vinculación, Declaro que el origen de los bienes y/o fondos, provienen de: _____, Autorizo el retiro como Asociado(a) en esta Entidad, en caso de incumplimiento de los Estatutos y demás normas que rige la Cooperativa, así como por la información errónea, falsa, o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento.

CONTROL DE LAVADO DE ACTIVOS:

Me obligo con la Cooperativa Vallecaucana de Transportadores, a actualizar la información como mínimo una vez al año y suministrar los documentos exigidos por la ley en el momento que éstos sean solicitados para el control de lavado de activos. Adicionalmente me comprometo a suministrar los documentos exigidos por la Cooperativa Vallecaucana de Transportadores, para indicar la procedencia de los depósitos.

Para todos los efectos legales, certifico que todos mis datos e informaciones anotadas por mí en este formulario son veraces y se pueden confirmar. Es preciso recalcar, que el cumplimiento de la ley 1581 del 2012, tal información será resguardada con tal confidencialidad para la protección de sus datos.

Autorización envío de correspondencia

Autorizo a recibir correspondencia por: Correo electrónico: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Autorizo a recibir correspondencia física en: Residencia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Oficina y/o consultorio: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Autorizo a recibir mensajes de texto (en horario laboral) a mi teléfono celular: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
--	---	---

Para Uso Exclusivo De COVATRANS

Firma Y Huella

Funcionario quien recibe la información:	En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento en el espacio destinado para la firma.
Funcionario quién verifica la información:	
Medios que utiliza para la verificación:	
Observaciones:	
Firma de Verificador: Fecha de Verificación	

Firma: _____	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: auto;"></div>
Nombre: _____	
C.C Nº _____	
Fecha _____	



NIT: 890.302.901-7

CÓDIGO DE CONDUCTA

CÓDIGO DE CONDUCTA

DEFINICIÓN

«El código de Conducta es el instrumento mediante el cual la entidad vigilada señala de manera expresa las reglas de conducta que orientan su actuación y la de cada uno de sus empleados, proveedores y asociados en el adecuado funcionamiento del SARLAFT respecto de cada uno de los productos o servicios que ofrece.»

ALCANCE

Las normas del CÓDIGO DE CONDUCTA se aplican a Todos los empleados, asociados y proveedores sin excepción alguna.

MARCO LEGAL

Mediante Carta Circular No. 005 de marzo de 2013, la Superintendencia de la Economía Solidaria pone a disposición de las entidades bajo supervisión la normativa necesaria para un Buen Gobierno. «*Los objetivos de la organización y la manera como se logren, están basados en preferencias, juicios de valor y estilos administrativos. Tales preferencias, trasladadas a estándares de conducta, reflejan la integridad de los administradores y su compromiso con los valores éticos.*» El código de Conducta debe formar parte de la cultura organizacional, tiene como propósito establecer normas que oriente el comportamiento ético de todos los integrantes de Covatrans.

PRINCIPIOS Y NORMAS DE CONDUCTA

Rectitud. Los empleados, asociados y proveedores de Covatrans, deben cumplir todos los preceptos de fidelidad y honor y actuar ceñidos a la Ley y a la verdad. Por tanto, deben abstenerse de participar o favorecer en la entidad la realización de operaciones ilícitas. El uso de la información y los recursos destinados a su proceso y conservación debe ajustarse completamente a las normas internas y externas. Los empleados y asociados deben proteger la información suministrada por sus clientes y aquella propia de la institución de carácter reservado, sin que ellos sea motivo de encubrimiento y colaboración con actos ilícitos. Los empleados y asociados son responsables del cumplimiento de las obligaciones legales y aquellas que exceden lo legal en aspectos como: Condiciones que permiten el desarrollo personal en el trabajo, respeto a los consumidores, la conciliación del trabajo y vida personal y el trato imparcial a las personas en el medio laboral y profesional.

NORMAS BÁSICAS DE CONDUCTA

Todos los asociados, empleados y proveedores de Covatrans, deben acatar y cumplir obligatoriamente las siguientes normas de conducta:

1. Pondrán en práctica los valores y principios organizacionales en sus actividades diarias.
2. Actuarán sin consideración de beneficio personal.
3. Se resistirá ante cualquier tipo de presión para la toma de una decisión en detrimento de los intereses de la Compañía.
4. Se atenderá a las decisiones tomadas en interés de la empresa sin excepción.
5. Tomarán acciones rápidamente y de manera apropiada en casos de comportamiento no profesional o Inmoral.
6. Demostrará competencia profesional y dominio sobre su tema.
7. Será consciente y eficiente cumpliendo acuerdos, observando plazos y alcanzando resultados.
8. Actuará motivado por profesionalismo en lugar de sus intereses personales.
9. Trabaja eficientemente con personas de todas las procedencias.
10. Tratará a todas las personas con dignidad y respeto.
11. No discriminará a ningún grupo
12. Respetará la agenda del equipo de trabajo antes de la personal.
13. Apoyará y actuará conforme a las decisiones del grupo, incluso cuando su posición personal difiera.
14. Atenderá totalmente y sin excepción la normativa externa e interna.
15. Reportará cualquier situación inusual o sospechosa en acato a la normativa SARLAFT
16. Aplicará a sus actividades diarias todas las políticas procesos y procedimientos en tema SARLAFT.



NIT: 890.302.901-7

CONFLICTOS DE INTERÉS

DEFINICIÓN

Se considera que existe conflicto de interés cuando cualquier directivo, empleado y proveedor, en razón de su actividad se enfrenta a distintas alternativas de conducta con relación a intereses incompatibles en particular con los principios éticos y normas de conducta definidos por la Entidad.

ETAPAS PARA LA SOLUCIÓN DE UN CONFLICTO DE INTERÉS

Evaluación. El análisis contiene la identificación de la situación y de las circunstancias que configuran el conflicto de interés o permitieron su ocurrencia.

Calificación. El comité de Auditoría o el ente con la atribución respectiva para hacerlo, calificarán el conflicto de interés presentado, de acuerdo a su impacto y gravedad.

Solución. La solución al conflicto de Interés se dará conforme a la interpretación de políticas y normas internas y a la legislación externa vigente y debe contar con la aprobación del ente que haya recibido la atribución para hacerlo por parte de Covatrans.

CAPACITACIÓN

La entidad implementará los mecanismos de capacitación y difusión necesarios para el conocimiento y aceptación por parte de sus funcionarios del Código de Conducta.

Se dejará constancia en la hoja de vida de cada empleado, asociado y proveedor, la lectura y aceptación del presente código.

REGIMEN DE SANCIONES

La empresa sancionará administrativamente a los empleados que faciliten o coadyuven en la utilización de sus servicios para el lavado de activos, lo mismo para aquellos Directivos y proveedores que incurran en inhabilidades, conflicto de interés y en general por violaciones al Código de Conducta, conforme lo establece el contrato de trabajo, en el Reglamento Interno de Trabajo o en cualquier norma interna al respecto. Así mismo, los funcionarios responsables de violaciones al Código de Conducta, podrán ser objeto de las sanciones de tipo penal o administrativo impuesta por las autoridades o entes de Control del Estado.

Representante Legal COVATTRANS

Leído, Entendido y Aceptado:

Firma: _____

C.C.: _____

Fecha de Firma: _____

SOLICITUD DE SEGURO - DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Vida Grupo
Grupo Aportes

Grupo Deudores
 Grupo Directivos

Protección Familiar
 Plan

A B C



TOMADOR		COOPERATIVA VALLECAUCANA DE TRANSPORTADORES	C.C./NIT	890302901-7
DIRECCIÓN		CRA 16 # 22 - 02	CIUDAD	CALI
			TELÉFONO	(602) 8892989
ASEGURADO PRINCIPAL			C.C.	ESTADO CIVIL
PESO (KG)	ESTATURA (Mts)	¿TRABAJA USTED ACTUALMENTE?	OCUPACIÓN	CARGO
FECHA DE NACIMIENTO	CORREO ELECTRÓNICO		VALOR ASEGURADO	

Para Protección Familiar hacer diligenciar al respaldo la declaración asegurabilidad por el padre y la madre

ESCRIBA EL NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS DE ESTE SEGURO Y SU RESPECTIVO PORCENTAJE					
NOMBRE Y APELLIDO	Documento (C.C.-C.E.-T.I.-R.C)	N° DE DOCUMENTO	PARENTESCO	EDAD	%

* Si es poliza de Vida Deudores el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda.

Con plena conciencia que la retención o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como que éste se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal doy respuesta de buena fe a los siguiente interrogantes:

Favor marque con una X si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguiente condiciones:

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| 1. AFECCIONES CARDIOVASCULARES | <input type="checkbox"/> | 8. CIRUGÍA | <input type="checkbox"/> |
| 2. AFECCIONES CEREBROVASCULARES | <input type="checkbox"/> | 9. ALCOHOLISMO | <input type="checkbox"/> |
| 3. CANCER | <input type="checkbox"/> | 10. TABAQUISMO / DROGADICCIÓN | <input type="checkbox"/> |
| 4. DIABETES | <input type="checkbox"/> | 11. HIPERTENSIÓN ARTERIAL | <input type="checkbox"/> |
| 5. VIH POSITIVO / SIDA | <input type="checkbox"/> | 12. ENFERMEDADES CONGÉNITAS | <input type="checkbox"/> |
| 6. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA | <input type="checkbox"/> | 13. ENFERMEDADES DEL COLÁGENO | <input type="checkbox"/> |
| 7. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA | <input type="checkbox"/> | 14. ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS | <input type="checkbox"/> |

EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS CONDICIONES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE:

Autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de hospital o persona que me haya atendido a suministrar a La Equidad Seguros de Vida copia de la historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.

En caso del seguro de Protección Familiar esta declaración se extiende al grupo familiar relacionado en la solicitud (cónyuge e hijos). Los padres deben diligenciar cada uno por separado esta declaración.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 y sus normas reglamentarias, para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros De Vida O.C., (En Adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamiento descritos en la presente autorización. Así mismo, autorizo y declaro que durante la etapa precontractual y contractual, La Equidad puede acceder a otras bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento, para los fines y tratamiento descrito a continuación: 1. Que mis datos personales serán tratados por La Equidad, para las siguientes finalidades: a) El trámite de vinculación como consumidor financiero; b) Todas las actividades referentes al proceso de negociación contractual, su ejecución, cumplimiento y en general, la gestión integral del seguro contratado; c) Verificación del estado del riesgo en cualquier tiempo; d) El control y la prevención del fraude; e) La liquidación y pago de siniestros; f) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, verificación, actualización de datos y análisis de tendencias del mercado; g) Envío de información de actualización en las políticas de tratamiento de datos y ofertas comerciales de seguros de La Equidad; h) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial; i) Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral. 2. Que, para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegare a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ella ya hubiere terminado y conforme al término de vigencia del tratamiento. 3. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: a) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos de seguro celebrados con La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, gestores de cartera, entre otros; b) Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro; c) Las entidades jurídicas con las cuales La Equidad adelante gestiones para efectos de Coaseguro o Reaseguro; d) A las personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral y la selección de riesgos, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales. 4. Que, para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad podrá consultar las bases de datos a que hace referencia el literal d) del numeral 3 de este documento. 5. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas. 6. Que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, si la información suministrada es relativa a la salud y a los datos biométricos. 7. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas. 8. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hayan sido objeto de tratamiento. 9. Que el responsable del tratamiento de la información es La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros de Vida O.C., cuya dirección es carrera 9 A No. 99-07 Piso 12, el teléfono es 5922929 y su página web es www.laequidadseguros.coop. 10. Que con la suscripción del presente documento, autorizo el tratamiento de los datos personales, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en esta autorización.

Así mismo, manifiesto expresamente que durante el proceso de negociación me han sido informadas de manera anticipada las condiciones del contrato de seguro y que en virtud de tal entendimiento, acepto y decido tomar la póliza.

En constancia se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____

FIRMA ASEGURADO _____

Autoriza Ingreso: Si No

Nombre y firma de quien autoriza _____



Huella del índice derecho del asegurado