



DECLARACIÓN DE ACEPTACION DE NO ASEGURAMIENTO O ASEGURAMIENTO RESTRINGIDO

Libre y expresamente manifiesto que soy consciente de: (1) que la aseguradora contratada y pagada por **COOMUCOP** para amparar riesgo de muerte, incapacidad y enfermedad de sus deudores a través de la POLIZA DE VIDA DEUDORES puede rechazar ampararme por razón de mi edad y/o condición de salud o ampararme parcialmente los riesgos, (2) que de sucederse el riesgo de mi muerte y alguno(s) de los riesgo(s) no asegurado por la Aseguradora, el saldo que pudiere existir de mis obligaciones por créditos a favor de **COOMUCOP** no serían cubiertas por dicho seguro y harían parte del pasivo sucesoral correspondientes, (3) que en caso de no ser solucionada la obligación **COOMUCOP**, de conformidad con lo establecido en la ley (Decreto ley 1481 de 1989), podrá compensar los aportes sociales que tenga a mi favor y hacer efectiva la garantía o garantías constituidas y/o repetir contra la sucesión, (4) que soy conocedor que voluntariamente puedo tomar en el mercado un seguro de cubrimiento igual o similar la póliza SEGURO DE VIDA DEUDORES de **COOMUCOP** para que respalde mis obligaciones con ésta entidad, caso en el cual el mismo deberá tener como primer beneficiario a **COOMUCOP** o estar endosada a éste.

 Firma Solicitante
 C.C

 Nombre Solicitante

 Dirección Residencia
 Teléfono
 Celular

Huella

 Firma Deudor Solidario (1)
 C.C

 Nombre Deudor Solidario (1)

 Dirección Residencia
 Teléfono
 Celular

Huella

 Firma Deudor Solidario (2)
 C.C

 Nombre Deudor Solidario (2)

 Dirección Residencia
 Teléfono
 Celular

Huella

Nosotros los abajo firmantes, aceptamos cancelar el saldo que pudiere existir de la obligación del asociado solicitante en caso de fallecimiento.