

## FORMULARIO DE ADMISIÓN

### DATOS PERSONALES

Fecha de la solicitud de admisión: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Código del Socio: \_\_\_\_\_

Nombre (s) y Apellido (s): \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Cédula No.: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Dirección: Calle: \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_,

Municipio o Distrito Municipal: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono (s): \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo o tipo de trabajo: \_\_\_\_\_ Salario RD\$: \_\_\_\_\_

Otros ingresos: \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_

### TIPO DE SOCIO

Entidad Municipal: \_\_\_\_\_ Institución Corporativa: \_\_\_\_\_ Mi pymes: \_\_\_\_\_ Independiente: \_\_\_\_\_

Manifiesto mi interés de ser socio de esta cooperativa asumiendo todas las responsabilidades que establecen los estatutos de **COOPADOMU** y me **COMPROMETO** a lo siguiente:

- Pagar una cuota de admisión por valor de **RD\$200.00** (doscientos pesos) **NO REEMBOLSABLE**.
- Adquirir 1 certificado de aporte al capital por valor de **RD\$500.00** (quinientos pesos)
- Pagar la cuota de admisión y aporte al capital en: **1** cuota **RD\$700** \_\_\_\_\_ o **2** cuotas **RD\$350** \_\_\_\_\_

### TIPOS DE AHORROS

NORMAL RD\$: \_\_\_\_\_ NAVICOOP RD\$: \_\_\_\_\_ ESCOLAR RD\$: \_\_\_\_\_

RETIRABLE RD\$: \_\_\_\_\_ CLUB DE VIAJES RD\$: \_\_\_\_\_

OTRO (especifique) RD\$: \_\_\_\_\_

YO, \_\_\_\_\_, portador/a de la cédula de identidad y electoral No. \_\_\_\_\_, autorizo a las autoridades competentes de \_\_\_\_\_, lugar donde laboro, hacer los descuentos antes descritos cada mes de mi salario, iniciando en el mes de \_\_\_\_\_, las cuotas para fines de admisión, aportación al capital, ahorros y descontarme las deudas que por concepto de préstamos y otros servicios que yo solicite enviárselo a la Cooperativa de las Entidades Municipales y sus Empleados (**COOPADOMU**) **INC.**, donde soy socio dentro de las **48 horas** después de efectuarse los descuentos, como lo establece el **Decreto 14-98**. Así mismo, autorizo a **COOPADOMU** a analizar mi historial crediticio.

\_\_\_\_\_  
**Firma y Cédula del Socio**

# CERTIFICADO DE SEGUROS SURA-COOPADOMU

NO. DE PÓLIZA	FECHA EMISIÓN:
---------------	----------------

## DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE:			
CÉDULA/PASAPORTE:	EDAD:	SEXO:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
FECHA DE NACIMIENTO:	DIRECCIÓN:		
PROVINCIA:	TELÉFONO:	CELULAR:	
CORREO ELECTRÓNICO:			

## DETALLE DE COBERTURA

### OPCIONES DE PLANES

### PRIMA MENSUAL

▪ Plan I: Vida RD\$50,000 / Incapacidad Total y Permanente por Accidente RD\$50,000	RD\$53.00
▪ Plan II: Vida RD\$100,000/ Incapacidad Total y Permanente por Accidente RD\$100,000	RD\$105.00
▪ Plan III: Vida RD\$150,000/ Incapacidad Total y Permanente por Accidente RD\$150,000	RD\$140.00
▪ Plan IV: Vida RD\$200,000/ Incapacidad Total y Permanente por Accidente RD\$200,000	RD\$180.00

## RANGOS DE EDAD POR COBERTURA

	INGRESO MÍNIMA	INGRESO MÁXIMA	PERMANENCIA
BÁSICO DE VIDA:	16 AÑOS	74 AÑOS	80 AÑOS
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE:	16 AÑOS	69 AÑOS	70 AÑOS

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTEZCO	PORCENTAJE

**1.-** Seguros Sura, S. A. aceptará la inclusión en la póliza del socio a quien como asegurado se expide este certificado, siempre que su procedimiento sea el correcto y no se origine devolución del documento.

**2.-** Que Seguros Sura, S. A. al recibir el presente certificado y los requisitos fehacientes de la ocurrencia del siniestro durante la vigencia del seguro, pagará a sus beneficiarios designados, en la proporción que se anota, la suma asegurada.

## REQUISITOS PARA RECLAMACIONES

**VIDA:** Acta de defunción original y legalizada, copia cédula del fallecido, acta policial (si es accidental), acta de nacimiento de los beneficiarios menores de edad, cédulas de los beneficiarios mayores de edad.

**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE:** Copia de cédula, informe médico, acta policial (si es accidental) y formulario de reclamación por accidente (si es accidental).

## POLÍTICAS

Póliza exclusiva para socios de la cooperativa. Este certificado será renovado automáticamente a partir de la hora 00 del día siguiente a la firma del presente certificado en los años siguientes. En el caso de que no quisiese renovar este certificado, debe notificarlo por escrito con treinta (30) días de anticipación a la fecha de renovación. La suma pagada por concepto de este seguro no es reembolsable. En caso de mora en el pago de la prima se dará un plazo de sesenta (60) días, en tal caso de que no se efectuara el pago correspondiente, este producirá la cancelación automática del contrato. Las condiciones generales de esta póliza de seguros diseñada por Seguros Sura para los socios de Coopadomu podrá ser consultada en la página web de la última.

## AUTORIZACIONES DE PAGO

Autorizo a Coopadomu a descontar la prima correspondiente en los plazos correspondientes de acuerdo al plan escogido.

FIRMA DEL SOCIO COOPADOMU

FIRMA AUTORIZADA SEGUROS SURA, S. A.


