

**COOPERATIVA NACIONAL DEL SECTOR  
DE LAS COMUNICACIONES Y ENTIDADES  
AFINES Y RELACIONADAS LTDA.**



FECHA		
DÍA	MES	AÑO

Yo \_\_\_\_\_  
identificado con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ declaro conocer el  
hecho de que si en la solicitud de asegurabilidad de Seguros La Equidad no se ajuste a la verdad  
ni la compañía de seguros ni Coopmincom responderán por los saldos de las obligaciones vigentes  
en caso de fallecimiento.



\_\_\_\_\_  
Firma asociado

No. C.C. \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_