

Antes de completar esta ficha, lea con atención los requisitos para ingresar como socio a la Cooperativa Continental. La información contenida en este documento tiene carácter de declaración jurada.

DATOS PERSONALES

Nombres y Apellidos: _____
 D.N.I. C.E. Otro: _____ N° _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Sexo: M F
 Nacionalidad: _____ Estado Civil: Soltero Casado Conviviente Viudo Divorciado
 N° Dependientes: _____ N° Hijos: _____ Correo personal: _____
 Dirección: _____ Número _____ Mz. _____ Lote _____ Dpto. _____ Piso _____ Int. _____
 Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____ País: _____
 Referencia: _____
 Teléfono casa: _____ Celular: _____ Casa: Propia Alquilada

DATOS LABORALES

Empleador: _____ RUC: _____ Giro del Negocio: _____ Cargo: _____
 Fecha de Ingreso ___/___/___ N° de Registro _____ Jefe Inmediato: _____
 Ingresos mes: Hasta S/2,000 S/2,001 a S/5,000 S/5,001 a S/10,000 + S/10,001 Otros ingresos: S/ _____
 Dirección Laboral: _____ Distrito: _____
 Provincia: _____ Departamento: _____ País: _____ Email trabajo: _____

¿Ejerce o ha ejercido en los últimos 5 años un cargo público? Sí No (Llenar registro de datos PEP si la respuesta es Sí)

DATOS FAMILIARES

PARENTESCO	DOCUMENTO IDENTIDAD	NOMBRE Y APELLIDO COMPLETOS	FECHA DE NACIMIENTO

Sr. Presidente del Consejo de Administración, solicito ser admitido como socio de la Cooperativa de Ahorro y Crédito "Continental" Ltda. Mediante la firma de este documento acepto los Estatutos y Reglamentos y me comprometo a cumplir con mis aportes y obligaciones.

FIRMA DEL QUE REFIERE

Nombres y Apellidos: _____

D.N.I./C.E./Otro _____



FIRMA DEL INTERESADO O APODERADO
(Igual que en su Doc. de Identidad)

El Fondo Mutual es un fondo de asistencia y auxilio económico que cubre al socio y a sus familiares directos en caso de fallecimiento. Para acceder a este beneficio, el socio y sus familiares directos deben tener menos de 60 años al momento de la inscripción.

DECLARATORIA DE BENEFICIARIOS

Yo, (Nombres y Apellidos) _____ identificado con (DOI) _____
N° _____ de Estado Civil: _____ socio de la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO CONTINENTAL, declaro bajo juramento que el beneficio del Fondo Mutual y cualquier otra imposición que mantenga en ésta serán entregados a las personas que se detallan a continuación en los porcentajes (%) que se consignan:

NOMBRE Y APELLIDO COMPLETOS	DOI	EDAD	DOMICILIO	PORCENTAJE

INFORMACIÓN RELEVANTE

- El Fondo otorgará como ayuda o auxilio económico un monto total máximo de hasta S/ 15,000 ante el fallecimiento de sus familiares directos: padres, esposa(o), e hijos; en estos casos el socio recibirá S/. 3000 por cada uno de ellos. Si el socio titular fallece, se le otorga a sus beneficiarios o deudos el monto o saldo disponible hasta alcanzar o completar los S/ 15,000.00 referidos en el párrafo precedente.
- De producirse el deceso del socio titular antes del fallecimiento de sus familiares directos, se otorgará a sus deudos la ayuda o auxilio económico ascendente a S/. 15,000.00 extinguiéndose en este acto cualquier obligación de la cooperativa frente a sus familiares o terceros.
- La edad máxima de permanencia de padres y esposa/o es hasta los 75 años. En el caso de los Hijos es hasta los 25 años.
- Beneficio aplica para aquellos socios que se mantienen al día en sus obligaciones.
- Los socios jubilados o cesantes pierden todo derecho al fondo: a) Cuando pierden su condición de socios, por renuncia o exclusión emitida por el Consejo de Administración. b) Por impagos de dos cuotas (02) mensuales consecutivas (aportes).

Declaro haber leído el Reglamento FAS.
Declaro que lo anterior es expresión de mi libre libertad en fé de lo cual firmo la presente Carta de Declaratoria de Beneficiarios.

FIRMA DEL TITULAR
(Igual que en su Doc. de Identidad)

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO CONTINENTAL (en adelante, **LA COOPERATIVA**), con domicilio en Avenida Carlos Villarán N°361, Santa Catalina - La Victoria, será responsable del tratamiento y seguridad de los datos personales que yo le proporcione o que éste recopile, los que estarán almacenados en un banco de datos de su titularidad y gestionados con todas las medidas de seguridad y confidencialidad.

DATOS PERSONALES QUE SERÁN TRATADOS

LA COOPERATIVA tratará mis datos personales de carácter identificativo, de características personales, económico-financieras y de seguros, de carácter social y sensibles, tales como: nombres y apellidos; documentos de identidad; domicilio; teléfonos; correo electrónico; imagen; voz; firmas; estado civil; fecha de nacimiento; nacionalidad; profesión, ocupación; edad; datos académicos; datos de derechohabientes; información tributaria, de bienes patrimoniales, previsional; información de hábitos sociales, personales y de consumo; aficiones; geolocalización; biométricos (por ejemplo: huella, datos faciales, iris ocular); características de vivienda e ingresos económicos.

FINALIDAD DEL TRATAMIENTO Y TRANSFERENCIAS A TERCEROS

Mis datos personales serán utilizados a través de canales presenciales y no presenciales con las siguientes finalidades:

- Evaluar si califico para contratar producto(s) o servicio(s) que LA COOPERATIVA puede ofrecer de acuerdo a la legislación bancaria.
- Enviar a través de cualquier medio de comunicación física o electrónica (teléfono, correo electrónico, medios telemáticos, aplicativos de mensajes instantáneos, SMS, redes sociales páginas web o medios similares) publicidad, obsequios y ofertas de productos o servicios de LA COOPERATIVA y/o en alianza con socios comerciales, pudiendo para ello crear perfiles según mis hábitos de uso de cuentas y cualquier otro productos o servicio contratado con LA COOPERATIVA
- Realizar actividades de mercadeo (informes comerciales, estadísticas, encuestas y estudio de mercado).
- Verificar que la información que le proporcione sea correcta, verdadera y se encuentre actualizada.

LA COOPERATIVA podrá dar tratamiento a mis datos personales de manera directa o través de proveedores de servicio que serán considerados como encargados de tratamiento de mis datos personales, quienes brindan servicios detallados a continuación.

Servicios de: Mensajería, Publicidad y Comunicación, Financieros y Bancarios, Formación Financiera, Administrativos, Impresión y Ensobrado, Auditoría y Consultoría, Actividades Jurídicas, "Contact Center", Archivo, Custodia, Almacenamiento y Digitalización, Gestión de Recuperaciones de Activos Inmobiliarios, Responsabilidad Social Corporativa, Encuestas de Calidad, "Backoffice", Gestión de Recuperaciones y Judicial, Servicios de Tercero de Confianza, Plataformas Tecnológicas, Hosting, Procesos de Datos, Arquitectura e Ingeniería, Plataformas Tecnológicas, "Backup", Custodia Electrónica, Consultoría Informática, Seguridad y Ciberseguridad.

Del mismo modo, LA COOPERATIVA podrá transferir mis datos personales, en el Perú o en el exterior, por cualquier medio, a sus subsidiarias, empresas vinculadas, a su matriz y/o controlante, sean personas naturales o jurídicas, peruanas o extranjeras, para que lleven a cabo, por cuenta y en beneficio propio, las finalidades establecidas en el párrafo previo.

Al respecto, he tomado conocimiento de la relación completa de las personas que podrán recibir mis datos como encargados de tratamiento o como terceros receptores por transferencia a través de www.coopeconti.pe/pdp.

En caso de que LA COOPERATIVA les diera a mis datos personales un uso distinto a los señalados, lo comunicará a través de la siguiente página www.coopeconti.pe/pdp de manera que pueda formular oposición a dichos tratamientos en caso de no estar conforme.

LA COOPERATIVA tratará los datos personales que yo le proporcione o a los que pueda acceder de forma física, oral o electrónica, a través de fuentes accesibles al público o de terceros y/o entidades de consulta de bases de datos domiciliadas en Perú o en el exterior, sean personas naturales o jurídicas, privadas o públicas.

PLAZO DE CONSERVACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES

Mis datos personales se mantendrán almacenados mientras su tratamiento sea necesario para cumplir con las finalidades anteriormente descritas, o hasta por diez años luego de concluida la relación contractual de conformidad con lo establecido en la legislación bancaria.

DERECHOS ARCO (ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN, OPOSICIÓN)

En todo momento tendré derecho a acceder a mis datos personales, rectificarlos, actualizarlos, cancelarlos, oponerme, limitar y/o revocar su tratamiento. Para ello, podré presentar una solicitud con los requisitos exigidos por las normas aplicables, en cualquiera de las oficinas de LA COOPERATIVA a nivel nacional o a través de los canales que se implementen.

He sido informado que no estoy obligado a dar esta autorización y que no es condicionante para contratar ningún producto o servicio que ofrezca el LA COOPERATIVA.

FIRMADO EN FECHA: ____/____/____

Nombres y Apellidos: _____

D.N.I./C.E./Otro _____



HUELLA DACTILAR

REGLAMENTO DEL FONDO DE AYUDA O AUXILIO ECONOMICO POR SEPelio O FONDO MUTUAL DE LA COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO CONTINENTAL LTDA.

TITULO I

NOMBRE, FINES, DOMICILIO Y DURACIÓN

Artículo 1: Con la denominación del Fondo Mutual en adelante nombrado solamente "FONDO", se establece un subsidio mutual que bajo la forma de servicio se prestará a los socios y familiares de estos, con los derechos y obligaciones que para el efecto se señalan en el presente reglamento.

Artículo 2: Constituyen fines del Fondo:

- Proporcionar a los beneficiarios, oportuno auxilio económico, en caso de fallecimiento del socio.
- Proporcionar al socio ayuda económica por el fallecimiento de los familiares directos de los socios (padres, esposa(o) e hijos) siempre que se cumplan con las condiciones y requisitos exigidos en el presente reglamento.

Artículo 3: El Fondo, por cuanto pertenece a la Cooperativa de Ahorro y Crédito Continental Ltda. tiene por domicilio el mismo que corresponde a ésta.

Artículo 4: La duración del fondo, es indefinida, el número de sus miembros y de patrimonio variable.

TITULO II

DE LA ADMINISTRACIÓN DEL FONDO

Artículo 5: Son facultades de la Gerencia General:

- Administrar y vigilar el buen funcionamiento y distribución de los beneficios del Fondo, así como proponer al Consejo de Administración la variación de la cuota y subsidios del Fondo Mutual, previo Estudio Matemático Actuarial.
- Recepcionar las Declaraciones de Beneficiarios y controlar su archivo.
- Aprobar las solicitudes de subsidios presentados por los socios y atenderlas siempre que cumpla con los requisitos exigidos en este Reglamento.

TITULO III

DE LOS PARTICIPANTES DEL FONDO

Artículo 6: Los Socios de la Cooperativa, podrán participar en el servicio del Fondo desde el momento que ingresen a la cooperativa como socios, debiendo suscribir la respectiva solicitud.

Artículo 7: Para el ejercicio de los derechos otorgados por el fondo, cada usuario de este servicio, debe entregar al Consejo de Administración una declaratoria con el nombre del o los beneficiarios, a los que se les entregará el monto que corresponde al auxilio económico por fallecimiento.

La Declaratoria de Beneficiarios podrá ser sustituida en cualquier momento, mediante la entrega de un nuevo documento y la devolución del sobre cerrado que contiene la carta que se sustituye.

Artículo 8: Constituye obligaciones de todos los componentes del Fondo Mutual:

- Entregar la Declaratoria de Beneficiarios y Declaración Jurada de Salud firmada.
- Cumplir con los acuerdos de la Asamblea General de la Cooperativa, respecto al fondo a que este reglamento se refiere.

- Abonar mensualmente la cuota del Fondo Mutual directamente por caja cuando no exista el descuento por planilla de haberes.

Artículo 9: Dejan de ser miembros del Fondo y en consecuencia, caduca o se extingue el derecho de reclamar la ayuda o auxilio económico que otorga el Fondo tanto al titular o sus familiares directos, cuando; El Titular pierde su calidad de socio de la Cooperativa, conforme lo señalado en el Estatuto de la misma. No se abona más de dos (02) cuotas mensuales consecutivas al FONDO, en este caso la Cooperativa deberá requerir el pago previa a su desafiliación del Fondo.

Artículo 10: La pérdida de la condición de miembros del Fondo, en ningún caso dará lugar a la devolución de cotizaciones por tratarse de un beneficio que cubre el riesgo de fallecimiento y del que disfruta permanentemente mientras es miembro de Fondo Mutual.

Artículo 11: Requisito para ser miembro del fondo:

Los Trabajadores del Grupo BBVA al momento de inscribirse como socios de la cooperativa, están obligados a inscribirse en el beneficio del fondo, llenando los requisitos que se expresan en el artículo 8mo del presente Reglamento.

Solo se aceptan nuevas inscripciones de miembros cuya edad o la de sus beneficiarios no sean mayores de 60 años.

El socio debe completar Declaración Jurada de Salud. Las enfermedades preexistentes son motivo de exclusión. Existe un periodo de carencia de 2 meses.

Artículo 12: Cuando el socio no consigna el nombre del beneficiario se abonará a los herederos legales del socio fallecido y si estos no existieran ó en su defecto no reclaman después de haber procedido legalmente, dentro de un año, este beneficio pasará a incrementar los fondos del Fondo Mutual. Este artículo se aplicará de igual forma para los casos en que el socio no presenta su solicitud de subsidio por fallecimiento de los familiares directo de los socios.

Artículo 13: Los miembros del Fondo deberán abonar como cuota mensual la cantidad de S/. 20.00.

TITULO IV DE LOS BENEFICIARIOS

Artículo 14: Para los beneficiarios hábiles cuyo ingreso a la Cooperativa se haya presentado antes del 31 de mayo del 2020 el beneficio del fondo se otorgará en la siguiente forma:

El socio recibirá como subsidio la cantidad de S/. 3,000.00 por fallecimiento de familiares directos: padres, esposa(o) e hijos.

Los deudos del socio fallecido reciben como subsidio la cantidad de S/. 15,000.

Artículo 15: Para los beneficiarios hábiles registrados desde el 01 de Junio del 2020 en adelante, el Fondo otorgará como ayuda o auxilio económico un monto total máximo de hasta S/ 15,000. El referido monto será destinado como ayuda económica ante el fallecimiento de sus familiares directos: padres, esposa(o), e hijos, en estos casos el socio recibirá S/. 3000 por cada uno de ellos. Si el socio titular fallece, se le otorga a sus beneficiarios o deudos el monto o saldo disponible hasta alcanzar o completar los S/ 15,000.00 referidos en el párrafo precedente. De producirse el deceso del socio titular antes del fallecimiento de sus familiares directos, se otorgará a sus deudos la ayuda o auxilio económico ascendente a S/. 15,000.00 extinguiéndose en este acto cualquier obligación de la cooperativa frente a sus familiares o terceros.

Artículo 16: La edad máxima de permanencia de los familiares directos, padres y esposa hasta los 75 años. En el caso de los Hijos hasta los 25 años.

Artículo 17: En el caso de Nati Muertos, serán atendidos previa acreditación con certificado médico, debidamente refrendado y que el período de gestación de la cónyuge sea mayor de siete meses.

Artículo 18: El socio y los beneficiarios o deudos tienen el plazo de un año, contados a partir del fallecimiento, para reclamar la entrega de la ayuda o auxilio económico que otorga el Fondo, pasado dicho plazo se procederá de acuerdo al artículo 12 de presente Reglamento.

Artículo 19: La Gerencia General es responsable de la administración del Fondo Mutual.

Artículo 20: Presentada la solicitud de ayuda o auxilio económico, por el socio, los beneficiarios o deudos dentro del plazo indicado en el artículo 18, la Cooperativa procederá al pago del beneficio, con el importe que se encuentra vigente al momento que ocurra el fallecimiento.

TITULO V DEL PROCEDIMIENTO

Artículo 21: Para la entrega del Fondo Mutual a los beneficiarios, se observará el siguiente procedimiento: Los sobres serán aperturados en presencia de uno de cualquiera de los familiares directos del socio fallecido, así como por el funcionario o colaborador asignado por la Cooperativa.

De lo ocurrido o acontecido se levantará el acta correspondiente conteniendo el día, la hora, lugar y familiares directos del causante, con quienes firmarán los que se encuentren presentes en el acto de apertura.

Artículo 22: Los familiares directos o beneficiarios para el cobro del importe que les corresponde por fallecimiento del causante, se apersonarán a la Cooperativa acompañados de los siguientes documentos:

- Partida de defunción original.
- Copia Legalizada del Documento de Identidad del beneficiario o de los beneficiarios.

Artículo 23: Si los beneficiarios fueran menores de edad, el monto correspondiente se entregará de acuerdo a Ley, mediante la apertura de una cuenta de depósito en ahorros en el Banco que sede termine.

Artículo 24: En el caso, que el socio no hubiera señalado beneficiarios, los interesados deberán de presentar una Declaratoria de Herederos inscrita en registros Públicos o notarial para los fines del presente Reglamento.

TITULO VI DE LOS JUBILADOS O CESANTES

Artículo 25: Los socios de la Cooperativa que se acojan a la jubilación de ley o renuncia, como trabajadores del Grupo BBVA, gozarán de todos los beneficios del Fondo, siempre y cuando conserven su calidad de socio hábil.

Artículo 26: Para acogerse al artículo 25, el socio deberá de presentar en el plazo de treinta (30) días una solicitud para que se le siga considerando como socio y abonar la cuota mensual. De fallecer el socio y no haber presentado su solicitud, no tendrá derecho a beneficio, previo requerimiento que deberá realizar la cooperativa.

Artículo 27: Los socios jubilados o cesantes pierden todo derecho al fondo:

Cuando pierden su condición de socios, por renuncia o exclusión emitida por el Consejo de Administración.

Por impagos de dos cuotas (02) mensuales consecutivas fijada en el inc. (a) del artículo 13, del presente Reglamento.

TITULO VII DISPOSICIONES FINALES

Primera: El monto que se entrega a los beneficiarios del Fondo Mutual no están afectos a impuestos, es inembargable y no constituye herencia.

Segunda: Los casos no previstos en el presente Reglamento serán resueltos por el Consejo de Administración, previa opinión de la Gerencia General.

Tercera: El Consejo de Administración a propuesta de la Gerencia General y con el respectivo Estudio Matemático Actuarial podrá modificar el importe de la cuota y de la ayuda o auxilio económico fijada en el literal a) del artículo 14° y artículo 16° respectivamente del presente Reglamento, con la finalidad de mantener la operatividad del Fondo.

Cuarta: El presente reglamento ha sido aprobado por el Consejo de Administración en sesión de fecha 18 de Junio 2020.

FECHA: ___/___/___

TITULAR CÓNYUGE

1. Talla: _____ mts. **2. Peso:** _____ kgs. **3. ¿Fuma?:** Sí No Indicar consumo diario: _____

4. ¿Se ha medido la presión arterial en los últimos 2 años? Sí No
¿Cuál fue el resultado? Bajo Normal Alto Ignoro

5. ¿Usted tiene, o ha tenido, o se encuentra en tratamiento, o en proceso de diagnóstico, alguna de las siguientes enfermedades, dolencias o situaciones de salud?

¿Cáncer, Tumores, V.I.H positivo, SIDA, Linfomas, Leucemia, Enfermedades Hermatológicas, Enfermedades del Pulmón, Enfermedades al Riñón, Insuficiencia Renal Crónica? En caso afirmativo, favor detallar:

Sí No Detallar: _____

¿Infarto al Miocardio, Infarto Cerebral, Enfermedades Cardíacas, Hipertensión Arterial, Enfermedades Coronarias, Soplos Cardíacos, Arritmias, Aneurismas, Accidentes Cerebrovasculares, Dislipidemia, Hipercolesterolemia, Sobrepeso, Obesidad, Diabetes Mellitus? En caso afirmativo, favor detallar:

Sí No Detallar: _____

¿Enfermedades Gastrointestinales, Hepatitis (B o C), Cirrosis Hepática, Úlcera Gástrica, Colitis Ulcerosa, Epilepsia, Enfermedad de Alzheimer, Depresión, Enfermedades Psiquiátricas? En caso afirmativo, favor detallar:

Sí No Detallar: _____

6. ¿Tiene que ser hospitalizado o recibir tratamiento médico próximamente? Sí No

Detallar: _____

7. ¿Realiza o participa en actividades o deportes riesgosos? Se consideran como tales actividades o deportes que constituyan una clara agravación del riesgo o en el que se ponga en peligro su vida

¿Viaja en helicópteros, aviones militares, de instrucción o avionetas particulares, vuelos como piloto o estudiante? En caso afirmativo, favor detallar: Sí No Detallar: _____

¿Practica paracaidismo, andinismo, automovilismo, buceo, motociclismo o fines, bungee jumping (caída libre con cuerda), pesca submarina, ala delta, planeador, rodeo, surf o cualquier otro deporte o actividad obviamente peligrosa? En caso afirmativo, favor detallar: Sí No Detallar: _____

8. ¿Tiene alguna otra enfermedad o antecedentes médicos no consignados en la lista? En caso sea afirmativo, favor detallar: Sí No Detallar: _____

Mediante el presente documento, declaro que la información proporcionada en esta DPS es exacta, veraz, completa, precisa y que no he ocultado u omitido información. Asimismo, es de mi conocimiento que la DPS constituye un elemento indispensable para la apreciación del riesgo por parte de la COOPERATIVA CONTINENTAL y que una declaración falsa o inexacta de mi parte, implica la nulidad de la póliza a contratar. De otro lado, autorizo expresamente a la COOPERATIVA CONTINENTAL para que pueda acceder a mis antecedentes médicos en las entidades médicas del país que considere pertinentes para verificar todos los datos o antecedentes clínicos que tenga o haya tenido con motivo de haber recibido alguna prestación de salud.

Finalmente, declaro expresamente conocer que el haber suscrito la presente DPS, no implica necesariamente la aceptación de la cobertura por parte de la COOPERATIVA CONTINENTAL.

La COOPERATIVA CONTINENTAL se reserva el derecho de solicitar exámenes médicos y/o documentación médica, en caso lo estime conveniente para la correcta evaluación y estimación del riesgo, por lo que el Asegurado se compromete a brindar las facilidades del caso a la COOPERATIVA CONTINENTAL.

Declaro haber sido informado que la información brindada es para que la COOPERATIVA CONTINENTAL pueda realizar el análisis de reclamos, investigaciones de siniestros y, en general, todo aquello que tenga relación con los contratos de seguro que celebre con la COOPERATIVA CONTINENTAL. Con estos mismos fines, declaro haber leído las notas precedentes y firmo en señal de conformidad.

FIRMA Y HUELLA DEL ASEGURADO

Nombres y Apellidos: _____

D.N.I./C.E./Otro _____