



COOPERATIVA MULTIACTIVA DE
TRABAJADORES Y PENSIONADOS DE
ESTABLECIMIENTOS DEL MINISTERIO DE
AGRICULTURA Y OTROS "COOPERAGRO
E.C."

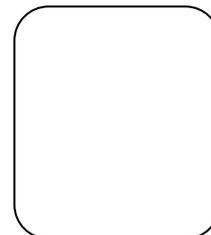
Señores
COOPERAGRO E. C.
Bogotá

En mi calidad de asociado, garantizo en el momento del desembolso de mi crédito, mi estado de salud y mi habilidad física no se encuentran de manera alguna reducida, que no he padecido, ni me ha sido diagnosticada ninguna enfermedad pre-existente que de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio conduzca a la nulidad del contrato de seguros.

De igual forma, tengo conocimiento que si el saldo de la deuda excede el rango de cubrimiento autorizado por la Aseguradora, éste excedente tiene como garantía el valor de los aportes y el seguro de estos; los cuales solo serán afectados en caso de ser necesario.

En el evento de mi fallecimiento, y que la Compañía Aseguradora no ampare el saldo de la deuda contraída con la Cooperativa y en consecuencia no reconozca la indemnización, para garantizar el pago de las obligaciones autorizo en forma irrevocable a COOPERAGRO E. C., para que el valor de mis aportes, ahorros, auxilios y demás dineros que por cualquier concepto existan a mi favor, sea compensado el valor de la deuda a mi cargo.

Firma:



Huella

Nombres y Apellidos

Número de cédula