

# SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES

**PÓLIZA**  
AA001214

**FACTURA**



NIT 830008686

### INFORMACIÓN GENERAL

<b>DOCUMENTO</b>	Renovación	<b>PRODUCTO</b>	VIDA GRUPO DEUDORES			<b>ORDEN</b>	14434							
<b>CERTIFICADO</b>	AA034805	<b>FORMA DE PAGO</b>	Contado	<b>TELEFONO</b>	8846985	<b>USUARIO</b>	MRMORALES							
<b>AGENCIA</b>	MANIZALES	<b>DIRECCIÓN</b>			CR.21 # 21-25									
<b>FECHA DE EXPEDICIÓN</b>		<b>VIGENCIA DE LA POLIZA</b>				<b>FECHA DE IMPRESIÓN</b>								
27	11	2019	DESDE	DD	14	MM	11	AAAA	2019	HORA	00:00	13	10	2023
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	14	MM	11	AAAA	2020	HORA	00:00	DD	MM	AAAA

### DATOS GENERALES

<b>TOMADOR</b>	CORPORACION PARA EL DESARROLLO EMPRESARIAL - FINANFUTURO	<b>NIT/CC</b>	890807517
<b>DIRECCIÓN</b>	CALLE 20 21-17 P3 OFICINA 306	<b>TEL/MOVI</b>	0368721888
<b>ASEGURADO</b>	MIGUEL PASTOR RODRIGUEZ MORA	<b>NIT/CC</b>	87490411
<b>DIRECCIÓN</b>	CALLE 48G # 5B 138	<b>TEL/MOVI</b>	3113616005
<b>BENEFICIARIO</b>	CORPORACION PARA EL DESARROLLO EMPRESARIAL - FINANFUTURO	<b>NIT/CC</b>	890807517
<b>DIRECCIÓN</b>	CALLE 20 21-17 P3 OFICINA 306	<b>TEL/MOVI</b>	0368721888

### DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
Ciudad del Asegurado Departamento Dirección del Asegurado Deudor Actividad	MANIZALES CALDAS CALLE 20 21-17 OFICINAS DE NEGOCIOS VARIOS

### COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DETALLE	VALOR ASEGURADO
Muerte por Cualquier Causa	\$58,084,758.00
Invalidez	\$58,084,758.00

<b>VALOR ASEGURADO TOTAL</b>	<b>PRIMA NETA</b>	<b>GASTOS</b>	<b>IVA</b>	<b>TOTAL POR PAGAR</b>
\$58,084,758.00	\$.00		\$.00	\$.00

COASEGURO	
COMPañIA	PARTICIPACIÓN
	%

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN
000890301584	DELIMA MARSH	%

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporaneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar.

Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad <http://www.laequidadseguros.coop/>, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; Información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro.

**FIRMA AUTORIZADA  
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.**

**FIRMA TOMADOR**



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB [WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP](http://WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP)  
Línea Segura 018000919538

# SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES

PÓLIZA  
AA001214

FACTURA



## INFORMACIÓN GENERAL

**COD. PRODUCTO** Contado **PRODUCTO** VIDA GRUPO DEUDORES  
**COD. AGENCIA** AA034805 **CERTIFICADO** 14434 **DOCUMENTO** Renovacion **TEL:** 8846985  
**AGENCIA** MANIZALES **DIRECCIÓN** CR.21 # 21-25

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA					FECHA DE IMPRESIÓN						
27	11	2019	DESDE	DD	14	MM	11	AAAA	2019	HORA	00:00	13	10	2023
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	14	MM	11	AAAA	2020	HORA	00:00	DD	MM	AAAA

## DATOS GENERALES

**TOMADOR** CORPORACION PARA EL DESARROLLO EMPRESARIAL - FINANFUTURO **NIT/CC** 890807517  
**DIRECCIÓN** CALLE 20 21-17 P3 OFICINA 306 **E-MAIL** FACTURACION@FINANFUTURO.ORG **TEL/MOVIL** 0368721888

## TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICADO Y POR SOLICITUD DEL TOMADOR SE RENEVA LA POLIZA PARA LA VIGENCIA INDICADA:

TASA NORMAL: 0.30%  
 TASA VIDA COMPLETA: 1% MENSUAL PARA TODO EL GRUPO ASEGURADO MAYOR DE 75 AÑOS.

AMPARO	VALOR ASEGURADO
MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	\$150.000.000
INVALIDEZ	\$150.000.000
CEAR	\$5.000.000
VIDA COMPLETA	\$150.000.000

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA  
 MUERTE:  
 INGRESO: HASTA LOS 74 AÑOS 364 DIAS  
 PERMANENCIA: HASTA LOS 84 AÑOS 364 DIAS

INVALIDEZ:  
 INGRESO: HASTA LOS 64 AÑOS 364 DIAS  
 PERMANENCIA: HASTA LOS 70 AÑOS 364 DIAS

VIDA COMPLETA:  
 INGRESO: DESDE 75 AÑOS  
 PERMANENCIA: HASTA EL PAGO DE LA DEUDA

CLAUSULA ESPECIAL DE ATENCION DE RECLAMOS - CEAR

ESTE AMPARO SÓLO APLICA PARA MUERTE Y PARA RECLAMOS CON SALDOS DE DEUDA HASTA DE \$5.000.000, SE DEBERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y SU CUANTÍA, CON LA PRESENTACIÓN DE LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- " CERTIFICADO INDIVIDUAL O NOTARIAL DE DEFUNCIÓN
- " FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA O REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
- " CERTIFICADO DEL REVISOR FISCAL Y DE LA GERENCIA DE LA ENTIDAD ACREEDORA DONDE CONSTE EL SALDO DE LA DEUDA
- " MOVIMIENTO CONTABLE O TARJETA DEL CRÉDITO HASTA EL MOMENTO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO

\*\*\*PARA RECLAMOS CON SALDOS DE DEUDA SUPERIORES AL VALOR CONTRATADO SE DEBERÁ CUMPLIR CON LO ESTIPULADO EN LA CLÁUSULA 7 DE LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA "REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD".  
 \*\*\*LA ANTERIOR CLAUSULA ES APLICABLE ÚNICAMENTE PARA EL AMPARO DE MUERTE Y PARA MENORES DE 75 AÑOS.

- ERROR EN LA DECLARACIÓN DE LA EDAD Y/O FECHA DE NACIMIENTO

SE DEJA ESTABLECIDO QUE SI LA EDAD REAL ES MAYOR QUE LA DECLARADA, LA ASEGURADORA INDEMNIZARÁ EL VALOR ASEGURADO Y EL TOMADOR DEBERÁ PAGAR, SI EXISTIESE, LA DIFERENCIA DE PRIMA DURANTE TODA LA VIGENCIA DEL SEGURO.

- ERRORES Y OMISIONES NO INTENCIONALES

CUANDO COMO CONSECUENCIA DE COMUNICACIÓN ESCRITA CRUZADA ENTRE EL ASEGURADO Y EL ASEGURADOR, SE PRODUZCAN ERRORES EN LAS COBERTURAS, EXCLUSIONES, CANCELACIONES O CUALQUIER OTRO HECHO RELACIONADO CON EL CONTRATO DE SEGUROS BASTARA LA SOLA ACLARACIÓN DEL VERDADERO SENTIDO DE LA INSTRUCCIÓN DADA, PARA QUE SU EFECTO ENTRE EN PLENO VIGOR DESDE LA FECHA DE TAL INSTRUCCIÓN TOMANDO LAS MEDIDAS CORRECTIVAS SEGÚN CÓDIGO DE COMERCIO, CONDICIONADO Y POLÍTICAS DEL ASEGURADOR.

- SECUESTRO O DESAPARECIMIENTO / MUERTE PRESUNTA

SE OTORGA COBERTURA DE ACUERDO CON LOS AMPAROS CONTRATADOS EN LOS CASOS EN QUE SE PRESENTEN DESAPARECIMIENTOS O SECUESTROS DE LOS ASEGURADOS INCLUIDOS EN LA PÓLIZA. EN CASO DE ADELANTARSE UN PROCESO DE MUERTE PRESUNTA POR DESAPARECIMIENTO Y EMITIRSE POSTERIORMENTE UNA SENTENCIA QUE ASÍ LO DECLARE, LA PRESENTE PÓLIZA DARÁ COBERTURA AL EVENTO DENTRO DE LOS LIMITES CONTRATADOS. EL SIMPLE AVISO A LA ASEGURADORA ACERCA DE LA DESAPARICIÓN O EL SECUESTRO DE ALGUNO DE LOS ASEGURADOS EN LA PÓLIZA, BASTARA PARA CONSTITUIR LA CORRESPONDIENTE RESERVA Y POSTERIOR PAGO CON LA PRESENTACIÓN DEL AUTO ADMISORIO DE LA DEMANDA, PREVIO PAGO DE LA PRIMA DE LA VIGENCIA CORRESPONDIENTE A LA DESAPARICIÓN O SECUESTRO, QUE ACREDITEN EL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN. EL TÉRMINO DE PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN FRENTE AL CONTRATO DE SEGURO EN ESTOS EVENTOS, EMPEZARA A CORRER A PARTIR DE LA FECHA DE LA PROVIDENCIA NOTIFICADA EN QUE SE DECLARE OFICIALMENTE LA MUERTE POR DESAPARICIÓN EN LA SENTENCIA EMITIDA POR UN JUEZ DE LA REPÚBLICA.

- LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, RESPECTO DEL AMPARO DE INVALIDEZ ESTABLECEN LO SIGUIENTE:

FIRMA AUTORIZADA  
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
 CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP  
 Línea Segura 018000919538  
 #324

# SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES

PÓLIZA  
AA001214

FACTURA



## INFORMACIÓN GENERAL

**COD. PRODUCTO** Contado **PRODUCTO** VIDA GRUPO DEUDORES  
**COD. AGENCIA** AA034805 **CERTIFICADO** 14434 **DOCUMENTO** Renovacion **TEL:** 8846985  
**AGENCIA** MANIZALES **DIRECCIÓN** CR.21 # 21-25

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN					
27	11	2019	<b>DESDE</b>	DD	14	MM	11	AAAA	2019	<b>HORA</b>	00:00	13	10	2023
DD	MM	AAAA	<b>HASTA</b>	DD	14	MM	11	AAAA	2020	<b>HORA</b>	00:00	DD	MM	AAAA

## DATOS GENERALES

**TOMADOR** CORPORACION PARA EL DESARROLLO EMPRESARIAL - FINANFUTURO **NIT/CC** 890807517  
**DIRECCIÓN** CALLE 20 21-17 P3 OFICINA 306 **E-MAIL** FACTURACION@FINANFUTURO.ORG **TEL/MOVIL** 0368721888

## TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

"SE CONSIDERA COMO INVÁLIDO EL ASEGURADO QUE POR CUALQUIER CAUSA DE CUALQUIER ORIGEN, NO PROVOCADA INTENCIONALMENTE, HUBIESE PERDIDO EL 50% O MÁS DE SU CAPACIDAD LABORAL, DETERMINADA DE ACUERDO CON EL MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN QUE TRATA EL DECRETO 917 DE 1999. PARA QUE LA EQUIDAD PAGUE LA INDEMNIZACIÓN CORRESPONDIENTE A UNA INVALIDEZ, EL TOMADOR O ASEGURADO DEBERÁ PRESENTAR EL DICTAMEN DE LA JUNTA DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, O EN SU DEFECTO PRUEBAS FEHACIENTES QUE DETERMINEN LA EXISTENCIA DE LA INVALIDEZ DE ACUERDO A LOS TÉRMINOS DE ESTA PÓLIZA." (SUBRAYA FUERA DE TEXTO).

DE ACUERDO CON LO ANTERIOR, EL RECLAMANTE/ASEGURADO DEBE CUMPLIR CON LO ESTABLECIDO PARA LA EVALUACIÓN DE LA RECLAMACIÓN, TENER EN CUENTA QUE LA FECHA DE SINIESTRO EN LOS CASOS DE INVALIDEZ, ES LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN, QUE DEBEN PRESENTAR HISTORIAL CLÍNICO SUFICIENTE PARA LA VALIDACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD Y LA RETICENCIA"

SE OTORGA CLÁUSULA CONTINUIDAD LA CUAL SE ENCUENTRA DESCRITA DE LA SIGUIENTE FORMA:

CLÁUSULA DE CONTINUIDAD: SE OTORGA CONTINUIDAD A LA PÓLIZA VIDA GRUPO DEUDORES EXPEDIDA POR LA ANTERIOR ASEGURADORA, EN CUANTO A ESTADO DE SALUD, SIEMPRE Y CUANDO EL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA HAYA SIDO CON ANTERIORIDAD AL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD.

AMPARO AUTOMÁTICO PÓLIZA VIDA GRUPO

EL AMPARO BAJO ESTA PÓLIZA SERÁ AUTOMÁTICO HASTA 30 DÍAS DENTRO DEL MISMO MES PARA EL PERSONAL SIEMPRE QUE SU EDAD NO SUPERE LOS 60 AÑOS, SU VALOR ASEGURADO NO SEA SUPERIOR A \$70.000.000 Y SE ENCUENTRE EN BUEN ESTADO DE SALUD, ESTO ES QUE SU HABILIDAD FÍSICA NO SE ENCUENTRE DE MANERA ALGUNA REDUCIDA, NI PADEZCA O HAYA PADECIDO DE ENFERMEDADES MENTALES, CEREBROVASCULARES, RENALES, CÁNCER, CARDIOVASCULARES, PULMONARES EPOC, GASTROINTESTINALES, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DIABETES, ALCOHOLISMO, TABAQUISMO, DROGADICCIÓN, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, SIDA Y EN GENERAL CUALQUIER OTRO TIPO DE ENFERMEDAD O PATOLOGÍA PREEXISTENTE A LA FECHA DE INGRESO. EL REPORTE DE SU INGRESO DEBERÁ SER REALIZADO EN EL REPORTE DEL MES SIGUIENTE. DADO QUE LA CONDICIÓN DE AMPARO AUTOMÁTICO SE ENCUENTRA BAJO LA ADMINISTRACIÓN DEL TOMADOR, EN CASO DE QUE POR RESPONSABILIDAD DE ÉSTE SE INCLUYAN DENTRO DE LA PÓLIZA PERSONAS QUE EXCEDAN LOS LÍMITES DE EDAD, VALOR ASEGURADO DEL AMPARO AUTOMÁTICO Y PERSONAS CON ENFERMEDADES PREEXISTENTES, LA RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA SE LIMITARÁ A LA DEVOLUCIÓN DE PRIMAS POR CONCEPTO DE ESTE INGRESO.

AJUSTE POR SINIESTRALIDAD

LA EQUIDAD SEGUROS O.C. PODRÁ REVISAR AUTÓNOMAMENTE EL COMPORTAMIENTO SINIESTRAL TRIMESTRAL DE LA PÓLIZA Y CON BASE EN DICHO RESULTADO CUANDO ESTE SUPERE EL 60% (SINIESTROS INCURRIDOS / PRIMAS DEVENGADAS) PODRÁ MODIFICAR LOS TÉRMINOS DE AMPARO Y CONDICIONES ECONÓMICAS DE LA MISMA. LOS NUEVOS TÉRMINOS SERÁN INFORMADOS AL ASEGURADO QUIEN TENDRÁ UN PLAZO MÁXIMO DE DIEZ (10) DÍAS CALENDARIO PARA MANIFESTAR SU ACEPTACIÓN O RECHAZO.

EN CASO DE RECHAZO POR PARTE DEL ASEGURADO, LA EQUIDAD SEGUROS O. C. PODRÁ REVOCAR LA PÓLIZA EN LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS BAJO EL ARTÍCULO 1071 DEL CÓDIGO DE COMERCIO COLOMBIANO.

LA PRESENTE POLIZA CONTEMPLA GASTOS DE ADMINSTRACION DEL 5%

LAS DEMAS CONDICIONES NO MODIFICADAS PERMANECEN VIGENTES.

Esta póliza se rige por las condiciones generales contenidas en la forma 05082011-1429-P-34-0000000002031

FIRMA AUTORIZADA  
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB [WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP](http://WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP)  
Línea Segura 018000919538

#324