

**POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES**

**NÚMERO ELECTRÓNICO  
PARA PAGOS**

**4204851804**

**PÓLIZA No: 420-16-994000000300**

**ANEXO: 56**

AGENCIA EXPEDIDORA: **CALI NORTE**

COD. AGENCIA: **420** RAMO: **16**

DIA **12** MES **5** AÑO **2017**

DIA **1** MES **5** AÑO **2017** HORAS **23:59**

DIA **1** MES **6** AÑO **2017** HORAS **23:59** **31**

DIA **12** MES **5** AÑO **2017**

FECHA DE IMPRESIÓN

FECHA DE EXPEDICIÓN

VIGENCIA DESDE

A LAS

VIGENCIA HASTA

A LAS

DÍAS

TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO: **REFACTURACION MANUAL**

**DATOS DEL TOMADOR**

NOMBRE: **TAXIS Y AUTOS CALI S.A.S.**  
DIRECCIÓN: **AV 3 N NRO. 39N 35**

CIUDAD: **CALI, VALLE**

IDENTIFICACIÓN: NIT

**805013516-5**

TELÉFONO:

**(2) 6640000**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **VARIOS**  
DIRECCIÓN:

CIUDAD:

IDENTIFICACIÓN:

TELÉFONO:

BENEFICIARIO: **CARLOS HERNAN OROZCO**

IDENTIFICACIÓN:

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**

CATEGORIA: **1 - VIDA GRUPO DEUDORES**

AMPAROS

SUMA ASEGURAD

CANT. ASEGURAD

AMPARO BASICO DE MUERTE  
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

.00  
.00

0  
0

TEXTOS POLIZA

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO Y DE CONFORMIDAD SE EFECTUA EL COBRO CORRESPONDIENTE AL MES DE MAYO DE 2017.

**D.I.S.S.**

**Asesores de Seguros Ltda**

**2017 JUN. 02**

**RADICADO**

VALOR ASEGURADO TOTAL:

**\$\*\*\*\*\*0.00**

VALOR PRIMA:

**\$\*\*\*\*\*11,254,016.00**

GASTOS EXPEDICION:

IVA:

**\$\*\*\*\*\*0.00**

TOTAL A PAGAR:

**\$\*\*\*\*\*11,254,016.00**

**INTERMEDIARIO**

**COASEGURO CEDIDO**

NOMBRE  
**DISS ASESORES DE SEGUROS LTDA**

CLAVE  
**7581**

%PART  
**100**

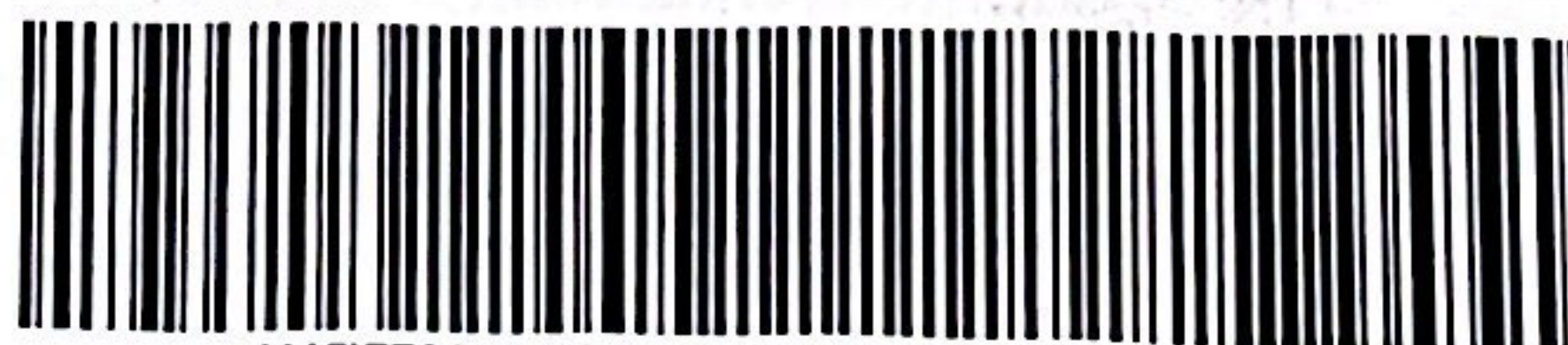
NOMBRE COMPAÑIA

%PART

VALOR ASEGURADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS

**FIRMA ASEGURADOR**



(415)7701861000019(8020)00000000007000420485180

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA

Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

**FIRMA TOMADOR**

CADA207E0A08F57F58

CLIENTE



NIT: 860.524.654-6

# COMPROBANTE DE PAGO INDIVIDUAL

SEÑOR USUARIO: ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO ÚNICAMENTE CON EL TIMBRE DE LA CAJA DEL BANCO O SUPERMERCADO. NO ES UN RECIBO OFICIAL DE CAJA.



Agencia Exp: CALI NORTE

AG. RAM. POL.: 420 - 16 - 994000000300

NOMBRE::

TAXIS Y AUTOS CALI S.A.S.

VALOR CARTERA A LA FECHA DE IMPRESIÓN:

\$ 24,214,682.00

DIA 12 MES 05 AÑO 2017  
FECHA DE IMPRESIÓN

IDENTIFICACIÓN: NIT 805.013.516-5

## FORMA DE PAGO

COD. BANCO

CHEQUE ☐

No. CHEQUE

EFFECTIVO ☐

VALOR PAGADO

\$



(415)7701861000019(8020)000000000007000420485180

## PUNTOS DE PAGO

## MEDIOS DE PAGO

BANCOS	Banco de Bogotá, Helm Bank	Efectivo ó Cheque
TELÉFONO	TELESEGURO Línea (1) 3849444	Tarjeta de Crédito
INTERNET (PSE-TC)	www.solidaria.com.co	Cuenta Corriente / Ahorros Tarjeta de Crédito
CAJEROS AUTOMÁTICOS	Red ATH	Tarjeta Débito ó Tarjeta Crédito
CORRESPONSALES DE RECAUDO	Ver cuadro Corresponsales de Recaudo	Efectivo

## IMPORTANTE

- Este comprobante es indispensable para pagos en bancos y corresponsales de recaudo.
- No se reciben pagos mixtos (efectivo o cheque).
- Para pagos por medio de línea telefónica, baloto y por Internet (PSE-TC), se requiere del número electrónico para pagos.
- Para pagos en cheque, diligencie en el reverso del mismo: Nombre y apellido o razón social del tomador de la póliza, Número electrónico para pagos y número telefónico.

## \* CORRESPONSALES DE RECAUDO

## MONTO MÁXIMO

1) RED BALOTO	Código de producto 959595 Convenio 6792	\$1.000.000
2) MOVILRED	Tiendas y puntos autorizados	\$ 500.000
3) COLSUBSIDIO	Supermercados y Tiendas	\$1.000.000
4) GRUPO ÉXITO	Carulla, Surtimax, Pomona y Almacenes Éxito	\$ 9.999.999
5) COPIDROGAS	Droguerías afiliadas	\$ 300.000
6) CAJEROS AUTOMÁTICOS ATH	Lectura por Código de Barras	

## LÍNEA DE SERVICIO AL CLIENTE

Línea Solidaria 018000 512021  
gratis desde cualquier parte del país.  
2916868 en Bogotá,  
#789 gratis desde cualquier celular

\* EN CORRESPONSALES DE RECAUDO SE RECIBEN ÚNICAMENTE PAGOS TOTALES.

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

- Cliente -

# COMPROBANTE DE PAGO INDIVIDUAL

NUMERO ELECTRONICO PARA PAGOS  
4204851804



NOMBRE::

TAXIS Y AUTOS CALI S.A.S.

IDENTIFICACIÓN: NIT 805.013.516-5

DIA 12 MES 05 AÑO 2017  
FECHA DE IMPRESIÓN

## FORMA DE PAGO

COD. BANCO

CHEQUE ☐

No. CHEQUE

EFFECTIVO ☐

VALOR PAGADO

\$



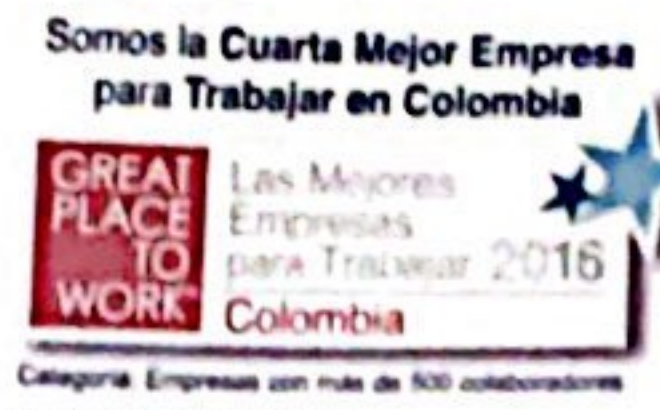
(415)7701861000019(8020)000000000007000420485180

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

- Banco -



...Solidaria  
...Solidaria  
NIT: 860.524.654-6



**POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES**

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**4204851804**

**PÓLIZA No: 420-16-994000000300 ANEXO: 55**

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confía en la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

AGENCIA EXPEDIDORA: <b>CALI NORTE</b>				COD. AGENCIA: <b>420</b> RAMO: <b>16</b>			
DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS
<b>12</b>	<b>5</b>	<b>2017</b>	<b>23:59</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>2018</b>	<b>23:59</b>
FECHA DE EXPEDICIÓN				FECHA DE IMPRESIÓN			
VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA			
A LAS				A LAS			
DÍAS				DÍAS			
TIPO DE MOVIMIENTO: <b>RENOVACION SIN COBRO DE PRIMA - VENC</b>				TIPO DE IMPRESIÓN: <b>IMPRESION</b>			

NOMBRE: <b>TAXIS Y AUTOS CALI S.A.S.</b>		IDENTIFICACIÓN NIT: <b>805013516-5</b>	
DIRECCIÓN: <b>AV 3 N NRO. 39N 35</b>		TELÉFONO: <b>(2) 6640000</b>	
CIUDAD: <b>CALI, VALLE</b>			

ASEGURADO: <b>VARIOS</b>		IDENTIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN:		TELÉFONO:	
CIUDAD:			
BENEFICIARIO: <b>CARLOS HERNAN OROZCO</b>		IDENTIFICACIÓN:	

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**

CATEGORIA: **VIDA GRUPO DEUDORES**

AMPAROS	SUMA ASEGURADA
AMPARO BASICO DE MUERTE	50000000.00
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	50000000.00

TEXTOS POLIZA  
RENOVACION POLIZA VIGENCIA 2017-2018

VALOR MAXIMO ASEGURADO: \$50.000.000=  
SE SUBLIMITA HOMICIDIO HASTA \$30.000.000=

1- Amparos:  
1.1. Muerte:

Bajo este amparo básico se cubre contra el riesgo de muerte a cada una de las personas naturales deudoras de CARLOS HERNAN OROZCO y en tal caso se pagará a CARLOS HERNAN OROZCO hasta el saldo insoluto de la deuda. La edad máxima de ingreso es hasta el día en que el asegurado cumpla los Setenta (70) años, pero la cobertura se extiende hasta el día en que se extinga la deuda.

1.2. Incapacidad Total y Permanente:  
Mediante este anexo adicional se indemnizará la Incapacidad Total y Permanente que sufra alguna de las personas naturales deudoras de CARLOS HERNAN OROZCO Siempre que sea menor de sesenta y cinco (65) años y que al ser calificada de acuerdo con la LEY 100, y sus decretos reglamentarios, dicha incapacidad sea igual o superior al 50%; y en tal caso se pagará a CARLOS HERNAN OROZCO el saldo insoluto de la deuda. La edad máxima de ingreso es hasta el día en que el asegurado cumpla los Sesenta y Cuatro (64) años, pero la cobertura se extiende hasta el día en que el asegurado cumpla Sesenta y Cinco (65) años.

1.3 Condición Particular No. 1:  
Se realizará una revisión trimestral del comportamiento de la Póliza para determinar si se deben realizar ajustes en caso de alta siniestralidad.

VALOR ASEGURADO TOTAL: *****0.00	VALOR PRIMA: *****0.00	GASTOS EXPEDICION:	IVA: *****0.00	TOTAL A PAGAR: *****0.00
INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE DISS ASESORES DE SEGUROS LTDA	CLAVE 7581	%PART 100	NOMBRE COMPAÑIA	%PART VALOR ASEGURADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS

FIRMA ASEGURADOR	(415)7701861000019(8020)00000000007000420485180	FIRMA TOMADOR
DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA	CLIENTE	MAHENA0720 0

CADA207E0A08F57F5A

Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá



## POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

## DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI NORTE

COD. AGENCIA:

RAMO:

No. PÓLIZA: 994000000300

ANEXO: 55

## DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: TAXIS Y AUTOS CALI S.A.S.

ASEGURADO: VARIOS

BENEFICIARIO: CARLOS HERNAN OROZCO

IDENTIFICACIÓN: NIT 805013516-5

IDENTIFICACIÓN:

IDENTIFICACIÓN:

## TEXTO DE LA POLIZA

## 2. Valores Asegurados

## 2.1. Muerte e Incapacidad Total y Permanente

El valor asegurado será el equivalente al saldo insoluto de la deuda, entendiéndose por el saldo de capital, más intereses corrientes, más intereses de mora, y todos los demás conceptos que hayan sido reportados y sobre los cuales se haya calculado la prima cobrada.

## 3. Duración de la cobertura individual

Será igual a la existencia de la obligación crediticia, incluyendo prórrogas autorizadas así como la duración de los procesos judiciales que se inicien para hacer efectivas las deudas en mora; lo anterior, siempre que el deudor se encuentre dentro de los límites de edad establecidos por la aseguradora al momento de efectuar el correspondiente desembolso y que el tomador se encuentre al día en el pago de las primas a la aseguradora.

## 4. Requisitos médicos de asegurabilidad y tasas mensuales

4.1 Se ampara en forma automática a todas las personas naturales deudoras de CARLOS HERNAN OROZCO que ingresen a formar parte del grupo asegurado, y tengan créditos hasta por la suma de DIEZ MILLONES DE PESOS (\$10.000.000), sin necesidad de llenar el Formato de Asegurabilidad GL17 del cual anexamos copia; lo que implica que si llega a fallecer, en el momento de la reclamación no se exigirá Resumen de Historia Clínica. Se aclara que los créditos que superen el valor de \$10.000.000 y los asociados que sean mayores de 55 años sin importar el monto del crédito, deberán diligenciar el formato GL17.

4.2 En el evento en que el asociado MENOR DE 70 AÑOS haya contestado afirmativamente haber sufrido alguna patología relacionada con:

- " Corazón
- " Cáncer
- " Epilepsia
- " Enfermedades Neurológicas
- " Enfermedades Hepáticas, Ríones y pulmones
- " Infección por VIH
- " Presión arterial
- " Diabetes.

Se requerirá certificación del médico tratante o resumen de historia clínica en donde conste entre otras cosas, fecha de diagnóstico, de la afección declarada, tratamiento, evolución, y estado actual. Dicha certificación o resumen de historia clínica deberá ser remitida a nuestras oficinas en la ciudad de Cali, junto con la solicitud de seguro (Formato GL-17), para que la compañía afije por escrito si acepta o no el riesgo declarado con el cobro de la extraprima correspondiente.

La tasa mensual a aplicar sobre el saldo de la deuda de la cartera normal es de 0.45 %, para los amparos de muerte e incapacidad total y permanente para los menores de 70 años.

## 5. Atención de Siniestros

El pago de siniestros se efectuará dentro de los términos de Ley, previa presentación de los siguientes documentos:

## 5.1 En caso de muerte:

- \* Solicitud individual para seguro de Vida Grupo (Forma GL-17). Aquí es importante tener en cuenta lo mencionado en el punto 5.1
- \* Informe de reclamación (Forma SV-01) debidamente diligenciado por CARLOS HERNAN OROZCO
- \* Fotocopia documento de identidad de la persona fallecida o Registro Civil de Nacimiento o Partida de Bautizo.
- \* Registro Civil de Defunción emitido por autoridad competente en original o fotocopia autenticada.

Según la causa de la muerte:

- \* Si la muerte es de origen natural Certificado Médico Prueba de Defunción (Forma SV 04) o Resumen de Historia Clínica de acuerdo a lo mencionado en el punto 5.1

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....



## POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI NORTE

## DATOS DE LA PÓLIZA

COD. AGENCIA:

RAMO:

No. PÓLIZA: 994000000300

ANEXO: 55

NOMBRE: TAXIS Y AUTOS CALI S.A.S.

## DATOS DEL TOMADOR

ASEGURADO: VARIOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 805013516-5

IDENTIFICACIÓN:

BENEFICIARIO: CARLOS HERNAN OROZCO

IDENTIFICACIÓN:

## TEXTO DE LA POLIZA

\* Si la muerte es de origen violento, adjuntar Certificacio'nde la Fiscal'ia en donde se indique la causa del deceso.

Nota: En todos los anteriores documentos deben figurar detalladamente los hechos que conllevaron al deceso del asegurado.

## 5.2. En caso de Incapacidad Total y Permanente

- \* Solicitud individual para seguro de vida (Forma GL-17).
- \* Informe de reclamacio'n (Forma SV-01) debidamente diligenciado por CARLOS HERNAN OROZCO
- \* Fotocopia documento de Identidad de la persona incapacitada.
- \* Calificacio'nde la Incapacidad Total y Permanente, emitida por la entidad competente, de acuerdo con la LEY 100 y sus decretos reglamentarios, a saber:
  - a) Junta de Calificacio'nde Invalidez o' Resolucio'nde la Administradora del Fondo de Pensiones (A.F.P) o de la Administradora de Riesgos Profesionales (A.R.P.)

En caso de no conseguirse ninguna de las anteriores comunicarse con la Oficina Principal, SEGUROS DE PERSONAS, para que e'sta se encargue del tra'mite respectivo.

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO  
SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA  
Formato GL-17

Aseguradora Solidaria de Colombia describe a continuacio'n la manera co'mo debe diligenciarse correctamente el Formato GL-17, el cual debera'ser entregado al asociado en el momento de solicitar un cre'dito de acuerdo a las condiciones particulares que se hayan pactado entre la Aseguradora y TAXIS Y AUTOS CALI S.A.S. Al momento de constituir la Po'liza; es decir que de acuerdo a su naturaleza este formato sera'diligenciado por absolutamente todos los asociados o por aquellos que soliciten cre'ditos mayores a \$10.000.000 o aquellos asociados mayores de 55 años sin tener en cuenta el monto del cre'dito.

1. La solicitud es diligenciada por el asociado a partir de "DATOS DEL SOLICITANTE"

2. El formato debe llevar obligatoriamente la firma, nu'mero de ce'dula y huella del asociado.

3. Es de primordial importancia que el Fondo de Empleados o Cooperativa verifique que el formato sea diligenciado en cada una de sus partes y que la informacio'naqu'i contenida sea contestada por el asociado con toda la veracidad del caso.

4. Luego de que el asociado diligencie el formato GL-17, la Cooperativa o Fondo de Empleados debe proceder a revisar este formato y en caso de que el solicitante haya contestado afirmativamente haber sufrido alguna patolog'ia relacionada con: Presio'n arterial o Diabetes se extraprimara' con el 1%.

5. Si por el contrario contesta afirmativamente a las otras preguntas de la solicitud (corazo'n ca'ncer, epilepsia, etc), se requerira' certificacio'nde'l medico tratante o resumen de historia cl'inica en donde conste entre otras cosas, fecha de diagnostico, de la afeccio'nde declarada, tratamiento, evolucio'n, y estado actual. Dicha certificacio'no resumen de historia cl'inica debera'ser remitida a nuestras oficinas en la ciudad de Cali, junto con la solicitud de seguro (Formato GL-17), para que la compan'ia fije por escrito las condiciones de aceptacio'n o se amparen bajo otros para'metros.



ELECTRÓNICO  
PARA PAGOS

4204851804

## POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

PÓLIZA No: 420-16-994000000300

ANEXO: 56

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI NORTE

DIA MES AÑO  
12 5 2017

FECHA DE EXPEDICIÓN

TIPO DE MOVIMIENTO: REFACTURACION MANUAL

DIA MES AÑO HORAS  
1 5 2017 23:59

VIGENCIA DESDE

A LAS

COD AGENCIA 420 RAMO 16

DIA MES AÑO HORAS  
1 6 2017 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DIAS

DIA MES AÑO  
12 5 2017

FECHA DE IMPRESIÓN

TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

NOMBRE: TAXIS Y AUTOS CALI S.A.S.  
DIRECCIÓN: AV 3 N NRO. 39N 35

DATOS DEL TOMADOR

CIUDAD: CALI, VALLE

IDENTIFICACIÓN: NIT 805013516-5

TELÉFONO: (2) 6640000

ASEGURADO: VARIOS

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

DIRECCIÓN:

CIUDAD:

IDENTIFICACIÓN:

TELÉFONO:

BENEFICIARIO: CARLOS HERNAN OROZCO

IDENTIFICACIÓN:

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

CATEGORIA: 1 - VIDA GRUPO DEUDORES

AMPAROS

SUMA ASEGURAD CANT. ASEGURAD

AMPARO BASICO DE MUERTE .00 0  
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE .00 0

TEXTOS POLIZA

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO Y DE CONFORMIDAD SE EFECTUA EL COBRO CORRESPONDIENTE AL MES DE MAYO DE 2017.

17 MAY 15 P5:06

100221

VALOR ASEGURADO TOTAL:

\$\*\*\*\*\*0.00

VALOR PRIMA:

\$\*\*\*\*\*11,254,016.00

GASTOS EXPEDICION:

IVA:

\$\*\*\*\*\*0.00

TOTAL A PAGAR:

\$\*\*\*\*\*11,254,016.00

INTERMEDIARIO

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE

CLAVE

%PART

NOMBRE COMPAÑIA

%PART

VALOR ASEGURADO

DISS ASESORES DE SEGUROS LTDA

7581

100

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS

FIRMA ASEGURADOR

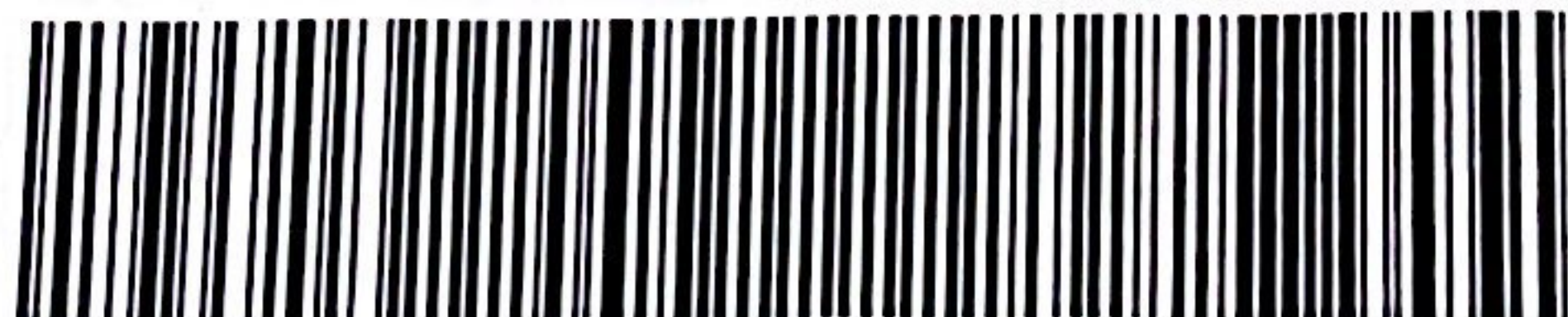
FIRMA TOMADOR

RECEPCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA

Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

A207E0A08F57F58

AGENTE



(415)7701861000019(8020)000000000007000420485180

