

Porque tú vales, Creemos en ti  
- [www.coopprofesores.com](http://www.coopprofesores.com)



Bucaramanga, 25 de abril de 2024

Señora:

**SANDRA ORTEGA MARTÍNEZ**

Correo electrónico: [soma944@hotmail.com](mailto:soma944@hotmail.com)

Reciba un cordial saludo;

De acuerdo con la comunicación remitida por la Aseguradora La Equidad Seguros, de fecha 10 de abril del año 2024, en la cual se notifica la objeción frente al pago de la póliza de deudores con ocasión de la reclamación por la declaración de invalidez, la cual se adjunta con la presente carta; le informamos que debido a dicha circunstancia, continúa vigente la obligación No 15-008871-4, que presenta un saldo a capital de \$ 40.293.011, y que deberá seguir atendiendo de acuerdo con lo pactado en su plan de pagos. Adicionalmente, se le indica que la Dirección Jurídica de la Cooperativa se encargó de revisar los argumentos de objeción presentados por la aseguradora para estudiar la posibilidad de solicitar la reconsideración; sin embargo, teniendo en cuenta las razones de la objeción, no es posible realizar tal trámite

En caso de que considere necesario reajustar las condiciones de su crédito, para poder continuar con los pagos de una forma más acorde a su nueva situación, le sugerimos acercarse a nuestras oficinas para tener el gusto de brindarle la asesoría necesaria en pro de su bienestar; de igual forma, le recordamos la importancia de mantener su crédito al día para evitar perjuicio sobre su historial crediticio.

Cordialmente,

**ANDREA DEL PILAR OBREGON ZAMBRANO**  
Directora Jurídica

**RAÚL CARREÑO MUÑOZ**  
Jefe de Cartera

Proyectó: Psasiain – Ctorres  
Fecha: 12/04/2024

#### NUESTRAS OFICINAS

CIPIE (Calle 71 No. 34-45)  
Calle 39 No. 23 - b1 Edificio Domus  
Teléfono: (7) 6328848

MALAGA  
Carrera 8 No. 13 - 26  
Teléfono: (7) 6608046 - 6617650

SOATÁ  
Calle 11 No. 3 - 62  
Teléfono: (8) 7681423 - 7681671

BUCARAMANGA  
Oficina Principal: Cra. 31 No. 35 - 12  
Teléfono: (7) 6328858

SANGLÉ  
Calle 10 No. 9 - 77  
Teléfono: (7) 7240523 - 7241148

CIJUELA  
Avenida Samanes 9-51  
Teléfono: 6444242 - 6414300

VILLAFRANCA  
Calle 16 No. 12 - 67 Local 106  
Teléfono: (5) 5807989 - 5807033

VALPARAÍSO  
Calle 8 N° 7-49  
Teléfono: (7) 6563949 - 6563950

CAJICÁ  
Calle 48 N° 17-02  
Teléfono: (7) 6228176 - 6117700

CAJICÁ  
C/C La Florida Local 219 - 230A  
Teléfono: (7) 6056748 - 6056642

ACACIA  
Calle 5 No. 22 - 17  
Teléfono: (5) 5655323 - 5655324

BOGOTÁ  
Calle 9 No. 9 - 31  
Teléfono: (1) 7481036 - 7481084

BOGOTÁ  
Carrera 66 # 8B - 35, Ciudad Real  
Teléfono: (1) 5687516

Bogotá D.C., 10 de abril de 2024

Señor  
Víctor Julio Pérez Salazar  
Gerente  
COOPROFESORES  
Carrera 31 No. 35-12  
[contacto@gipsegueros.com](mailto:contacto@gipsegueros.com)  
Ciudad

Referencia: Objeción  
Reclamación: 196238-10296673  
Póliza Vida Deudores: AA010866 Bucaramanga  
Asegurado: Sandra Ortega Martínez C.C. 51893401  
Tomador: COOPERATIVA DE PROFESORES COOPROFESORES

Respetado señor Pérez:

Con base en la documentación presentada para el estudio de la reclamación que pretende afectar la póliza citada en la referencia, La Equidad Seguros de Vida O.C., de manera respetuosa, le informa que objeta formalmente su reclamación y se abstiene de reconocer favorablemente su solicitud, declarándose exonerada legalmente de toda responsabilidad por la reclamación presentada con motivo del estado de invalidez de la señora Sandra Ortega Martínez, por las siguientes razones:

Esta aseguradora expidió renovación de la póliza en referencia, para la vigencia comprendida entre el 1° de julio de 2023 y el 1° de julio de 2024 contratando los amparos descritos en la caratula de la póliza.

Fue presentado a esta aseguradora aviso de reclamación como consecuencia del estado de invalidez de la señora Sandra Ortega Martínez, quien inicialmente fue calificada por la entidad Foscal UIB le determinó el 87% de pérdida de capacidad laboral con fecha de dictamen y, de estructuración del 16 de septiembre de 2022, cuyos diagnósticos motivo de calificación fueron los siguientes: Hipotiroidismo, trastorno de estrés postraumático, trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente.

Según estado de cuenta presentado, el 19 de agosto de 2022 fue desembolsado un crédito a favor de la señora Sandra Ortega Martínez por valor de \$50.000.000 del cual fue reclamado un saldo adeudado de \$51.601.130.

En historial clínico del Instituto del Sistema Nervioso del Oriente S.A. del 12 de marzo de 2022, se observan los siguientes antecedentes de salud:

"Diagnósticos F431 Trastorno de estrés postraumático, F334 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión"

La cláusula global de preexistencias contratada establece lo siguiente:

"Cláusula global de preexistencias.

La presente cláusula otorga cobertura por fallecimiento de los asegurados cuya edad de ingreso no supere los 74 años más 364 días con permanencia hasta la terminación de la deuda, como consecuencia de enfermedades preexistentes o diagnosticadas antes de la fecha de ingreso a la póliza del asegurado que se le desembolse un crédito, y que el asegurado hubiese

Una aseguradora cooperativa con sentido social

manifestado, informado o declarado en el formato declaración de asegurabilidad, las enfermedades se deben declarar de forma previa a la adjudicación del crédito y se debe pagar la extra prima correspondiente pactada entre Coopprofesores y la Equidad Seguros de Vida O.C.

La presente cláusula también otorga cobertura por invalidez para los asegurados cuya edad de ingreso no sea superior a 63 años más 364 días y su permanencia en la póliza no supere los 65 años más 364 días de edad, como consecuencia de enfermedades preexistentes o diagnosticadas antes de la fecha de ingreso a la póliza del asegurado que se le desembolse un crédito, y que el asegurado hubiese manifestado, informado o declarado en el formato declaración de asegurabilidad, las enfermedades se deben declarar de forma previa a la adjudicación del crédito y se debe pagar la extra-prima correspondiente pactada entre Coopprofesores y la Equidad Seguros de Vida O.C.

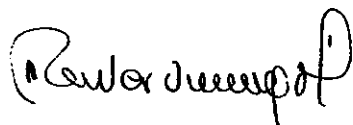
No obstante, lo anterior, para que se tenga cobertura por el amparo de invalidez el asegurado deberá tener como mínimo 8 meses de permanencia en la póliza para la afectación e indemnización de este amparo y se deberá contar con la calificación de la junta. Los 8 meses pactados se cuentan desde la fecha de desembolso del crédito (fecha de inicio de vigencia de la póliza) hasta la fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral registrada en el documento de calificación de la junta medica estructurando la invalidez."

En consideración de lo anterior, la reclamación presentada como consecuencia del estado de invalidez de la señora Sandra Ortega Martínez, no se encuentra amparada por cuanto no se cumplió con lo establecido en las condiciones antes citadas, toda vez que el crédito otorgado a la señora Sandra Ortega Martínez, no cumple con el periodo de carencia establecido mínimo de ocho (8) meses de permanencia en la póliza, motivo por el cual se objeta la reclamación.

En los anteriores términos atendemos su reclamación, si tiene alguna inquietud adicional por favor cargarla dando clic en el siguiente enlace [Formulario de Anexos](#) citando el número de caso OnBase y/o número de siniestro y con gusto la resolveremos.

En caso de que surja alguna inquietud adicional sobre su póliza, condiciones generales del seguro contratado, información general o consulta sobre el estado de su siniestro por favor utilizar el formulario de contacto que encuentra en nuestra página web <http://www.laequidadseguros.coop/contacto> citando el número del reclamo y con gusto la resolveremos. Gracias

Cordialmente,



Nubia Patricia Verdugo Martín  
Coordinadora de Indemnizaciones Vida

Baboró: Jesner Echeverri

SOLICITUD NÚMERO: 15-008871-4

FECHA: 11/08/2022	CIENSO: CANAVERAL	DEUDOR: MARTINEZ SANDRA	IDENTIFICACION: 51893401
-------------------	-------------------	-------------------------	--------------------------

MONTO: 50.000.000.00	PAZO: 2.160	PAGO: LIBRANZA	VALOR: 30	CONDICION: NINGUNA	CONDICION: 0	USO: CONSUMO	USO: SI
----------------------	-------------	----------------	-----------	--------------------	--------------	--------------	---------

USUARIO	DESTINO DEL CREDITO	DETALLE DE PAGOS	TOTAL A RECIBIR	USUARIO	USUARIO
ALCALDIA DE FLORIDABLANCA	LIBRE DESTINO	0	0	0	NO
		0	0	0	CUENTA AHORROS

CC	FECHA DE NACIMIENTO	CIUDAD DE NACIMIENTO	PAIS DE NACIMIENTO
CC: 51893401	16/07/1986	BOGOTA	BOGOTA

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
ORTEGA	MARTINEZ	SANDRA	

SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	CIUDAD DE NACIMIENTO	PAIS DE NACIMIENTO
FEMENINO	30/04/1986	BOGOTA	BOGOTA

ESTADO CIVIL	NÚMERO DE HIJOS A CARGO	ESTADO CIVIL	ESTADO CIVIL
CASADO	2	0	NA

NIVEL EDUCACION APROBADO	TITULO OBTENIDO	PERFIL
POSGRADO	ESPECIALIZACION EN PEDAGOGIA DE LA EDUCACION	

TIPO DE VIVIENDA	CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAIS
PROPIA HIPOTECADA	FLORIDABLANCA		
DIRECCION	CONJUNTO, EDIFICIO O CONDOMINIO	BARRIO O VEREDA	
CARR 8 NUM 3-44	NINGUNO	BARRIO JARDIN DEL LIMONCITO	
ESTRATO	TELEFONO FIJO	CEBULAR	CORREO ELECTRONICO
3	6076042286	3208238949	soma944@hotmail.com

OCCUPACION O OFICIO	FECHA DE CONTRATACION	TIPO DE CONTRATACION	SECTOR
DOCENTE	30/09/2016	EN PROPIEDAD	ORIGIN
EMPRESA O INSTITUCION EDUCATIVA	CIENSO	DIRECCION DE LA EMPRESA O INSTITUCION EDUCATIVA	
INSTITUTO RAFAEL POMBO (FLORIDABLANCA)	INSTITUTO RAFAEL POMBO	CARR 8 NUM 46-18	
PAGADURIA	TELEFONO	EXCE	INGRESO MENSUAL
ALCALDIA DE FLORIDABLANCA	0	0	4.375.525

OCCUPACION O OFICIO	FECHA DE CONTRATACION	TIPO DE CONTRATACION	SECTOR
EMPRESA O INSTITUCION EDUCATIVA	CIENSO	DIRECCION DE LA EMPRESA O INSTITUCION EDUCATIVA	
PAGADURIA	TELEFONO	EXCE	INGRESO MENSUAL
	0	0	0

SPONSOR	AREA	PAGADOR	PENSIÓN MENSUAL
NA	NA	NA	0
SECTOR	AREA	PAGADOR	PENSIÓN MENSUAL
NA	NA	NA	0
SECTOR	AREA	PAGADOR	PENSIÓN MENSUAL
NA	NA	NA	0

OTROS INGRESOS		EGRESOS	
Descripción de la Ocupación	Ingreso Mensual	DESCRIPCIÓN DEL GASTO	EGRESO MENSUAL
NA	0	Vivienda	0
NA	0	Sostenimiento	673,830
NA	0	Deducciones Ahorros	0
NA	0	Otras Deducciones	686,598
<b>TOTAL OTROS INGRESOS</b>	<b>0</b>	<b>TOTAL EGRESOS</b>	<b>1,360,428</b>
<b>TOTAL INGRESOS (Salarios+ Pensiones+ Otros Ingresos)</b>	<b>1,375,525</b>		

BIENES INMUEBLES						
TIPO	DIRECCION	MUNICIPIO	DPTO	MATRICULA INMOBILIATARIA	Valor comercial	Hipoteca?
NA	carr 18 num 3-44	FLORIDABLANCA	NA	NA	0	S
NA	NA	NA	NA	NA	0	NA

OTROS ACTIVOS (Cuentas de Ahorro, Cuentas de Corriente)		VALOR TOTAL
Descripción		
NA		0
NA		0

VEHICULOS Y MAQUINARIA						
CLASE	MARCA	PLACA	MODELO	TIPO DE SERVICIO	Valor comercial	Pignorado
NA	NA	NA	0	0	0	NA
NA	NA	NA	0	0	0	NA

REFERENCIAS						
FAMILIAR	NOMBRE	DIRECCION	TELEFONO FIJO	CELULAR	PARENTESCO	OCCUPACION
	MARZOLY PEÑA	BOGOTA	3226176943	0	HERMANO (A)	
PERSONAL	NOMBRE	DIRECCION	TELEFONO FIJO	CELULAR	CIUDAD	OCCUPACION
	MERCEDES SUAREZ	FLORIDABLANCA	3174856331	0		



#### AUTORIZACIONES ESPECIALES Y DECLARACIONES

1) Con la expedición de la ley 1581 de 2012 y su reglamentario Decreto 1377 de 2013, en cuanto al manejo de datos personales, de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada, AUTORIZO a COOPROFESORES, o al tercero debidamente autorizado por éste, para recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar y/o disponer de los datos que he suministrado y que se han incorporado en sus distintas bases de datos de LA COOPERATIVA, para ser utilizados en: (a) realizar las actividades que considere necesarias para confirmar los datos que he suministrado; (b) adelantar las acciones de cobro y de recuperación de cartera, ya sea directamente o mediante un tercero contratado para tal función; (c) recibir mensajes relacionados con la gestión de cobro y de recuperación de cartera. 2) Autorizo a COOPROFESORES a reportar, procesar, solicitar y divulgar a las centrales de información financiera o cualquier entidad que administre bases de datos públicos o privados con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento comercial o incumplimiento de mis obligaciones, frente al sector solidario, financiero, real u otro. 3) Aplicar la indemnización que sea pagada por la compañía de seguros que ampare mis aportes sociales, al saldo insoluto de mis obligaciones hasta concurrencia con el mismo. 4) Declaro: a) Que la información consignada en esta solicitud y los documentos que se anexan corresponden a la realidad y asumo plena responsabilidad por la veracidad de estos, comprometiéndome a actualizar esta información como mínimo una vez al año, anexando los soportes que sean requeridos para ello; b) Que acepto que cualquier inexactitud en los datos suministrados o la imposibilidad de confirmarlos o la falta de su actualización anual, dará derecho a COOPROFESORES, para suspender el uso de los servicios o productos de la cooperativa sin perjuicio del proceso disciplinario a que hubiere lugar; c) Que, una vez aprobado el crédito, éste será utilizado en el destino registrado en la presente solicitud; d) Que he recibido las instrucciones establecidas para la solicitud de crédito, así como el haber sido informado sobre el seguro de vida deudores y, expresamente, he dado respuesta conforme a mi real estado de salud; e) Entiendo y acepto que, en caso de faltar a la verdad, la aseguradora podrá alegar reticencia y objetar el pago de la indemnización reclamada. 5) Autorizo a COOPROFESORES a tomar mi(s) impresión(es) dactilar(es) y fotografía personal, si es el caso, por cualquier medio físico y/o electrónico, para almacenar esta información en sus bases de datos con el fin de establecer y coleccionar mi plena identificación e individualización en el uso de los productos y servicios de la cooperativa. 6) He sido informado del carácter facultativo de la entrega de esta información que potencialmente puede ser sensible, considerando sin embargo que la misma es necesaria para garantizar la seguridad de los asociados. 7) Autorizo a COOPROFESORES para que realice el tratamiento de los datos sensibles con el fin de poder gozar de los beneficios que LA COOPERATIVA ofrece para el efecto. 8) Declaro que he sido informado de los derechos de consulta, reclamo y rectificación que tengo como titular de mis datos personales, conforme a los lineamientos de la política de tratamiento de datos personales de la cooperativa, la cual puede ser consultada en el sitio web: [www.cooprofesores.com](http://www.cooprofesores.com). 9) Autorizo, en caso de ser necesario, a debitar de mi cuenta de ahorros el valor correspondiente a los aportes para cumplir con la respectiva periodicidad. 10) Autorizo, en caso de ser aprobada la presente solicitud y cuando así se requiera, el desembolso del crédito a la Cuenta Maestra No. 15-008379-3 de la cual ostento la calidad de Titular. 11) En caso de no tener constituida una cuenta de ahorros en COOPROFESORES, AUTORIZO constituir la para tal efecto.

#### AUTORIZACION DE DESTRUCCION DE DOCUMENTOS

Autorizo irrevocablemente a COOPROFESORES, para que, en caso de que la solicitud sea negada o anulada, destruya los documentos que he aportado.

#### FORMALIZACION DE LA SOLICITUD DE CREDITO

 <b>FIRMA</b>		<b>DECISION DE APROBACION</b> <input checked="" type="checkbox"/> APROBADO <input type="checkbox"/> NEGADO <input type="checkbox"/> ABANDONADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO	
		FECHA: <u>12-03-22</u> ENTIDAD APROBADA: <u>COMITE DE CREDITO</u>	
 <b>IMPRESION DACTILAR</b>		<b>NOMBRE DE QUIEN APRUEBA</b> UMERCHAN 162132 Ag. Aportes BARRANCABERMEJA	
		<b>FIRMA ENTE APROBADOR</b>	



## SOLICITUD DE SEGURO - GRUPO DE VIDA DEUDORES - COOPROFESORES

COOPROFESORES	COOPROFESORES	130201280-1	CALLE 30 N° 23-51	BUCARAMANGA	6076328145
CEDULA DE CIUDADANIA	ASEGURADO PRINCIPAL	FECHA DE NACIMIENTO	CREDITO		
5189349	Soltero	13/08/1978	15.000.000-4		
VALOR A SEGURO	COBETURA	VALOR A SEGURO	VALOR A SEGURO		
51	Docente	80	170	\$50.000.000	

## DECLARACION DE CONOCIMIENTO Y AUTORIZACION

De manera libre, previa, expresa, voluntaria y debidamente informada, AUTORIZO a COOPROFESORES para recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suministrar, procesar, compilar, intercambiar, de tratamiento, actualizar y disponer de los datos que he suministrado en el presente formato, y que se han incorporado en sus distintas bases de datos y del cual tengo pleno conocimiento de que algunos datos aquí registrados por mí tendrán el carácter de sensibles, tales como información relacionada a mi estado de salud, a mi aspecto físico, e impresión dactilar (dactilomático) que serán usados para: (a) Establecer mi perfil de salud y con ello mi condición de asegurabilidad; (b) Ser enviados a Equidad Seguros de Vida O.C. en caso de que ella lo requiera para el análisis de reclamaciones hechas por mí o quien me represente legalmente; (c) Ser tratados por Equidad Seguros de Vida O.C. en el marco de analizar las reclamaciones que se hubieren presentado de mi parte; (d) Utilizar mis datos para llevar control sobre la solicitud de crédito y otros productos; e) Autorizo a COOPROFESORES a tomar mi (s) impresión (es) dactilar (es) y por cualquier modo físico y/o electrónico, para almacenar esta información en sus bases de datos con el fin de establecer y colgar mi plena identificación e individualización en el uso de los productos y servicios de la cooperativa.

Declaro que conozco el carácter facultativo para otorgar la autorización del tratamiento sobre mis datos sensibles y que conozco mis derechos a consultar, actualizar y rectificar mis datos personales para lo cual podrá hacerlo conforme a los lineamientos de la política de tratamiento de datos personales de la cooperativa la cual puede ser consultada en el sitio web: [www.cooprofesores.com](http://www.cooprofesores.com)

- En la presente póliza, el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda.
- Por lo anterior, doy respuesta a los siguientes interrogantes:

(Favor contestar en la casilla respectiva si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes condiciones)

SECCION I		10- EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	
1. HA RECIBIDO PAGO DE LA EQUITAD POR RECLAMACION DE ALGUN CREDITO?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	10- EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
2. TIENE UD. DICTAMEN DE INVALIDEZ?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	11- CIRUGIA	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
3. ESTA EN PROCESO DE CALIFICACION POR INVALIDEZ PROFESIONAL O COMUN.	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	12- ALCOHOLISMO	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
4. AFECCIONES CARDIOVASCULARES	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	13- TABAQUISMO/DROGADICCION	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
5. AFECCIONES CEREBROVASCULARES	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	14- ENFERMEDADES CONGENITAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
6. CANCER	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	15- ENFERMEDADES DEL COLAGENO	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
7. DIABETES, MELETTI TIPO 1	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	16- ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
8. VIH POSITIVO/SIDA	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	17- HIPERTENSION O PRESION ARTERIAL	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
9. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	18- DIABETES (NO INSULINO DEPENDIENTES)	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
		19- SOBRE PESO - OBESIDAD	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
SECCION II		4- LARINGITIS	
1. DISFONIA	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	5- ENFERMEDADES HEPATICAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
2. DEPRESION/ANSIEDAD	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	6- OTRA:	
3. ENFERMEDADES NEUROLOGICAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		

## EN CASO DE HABER CONTESTADO NO A LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DECLARO Y FIRMO:

Como asegurado principal garantizo que la información sobre mi estado de salud acá registrada corresponde a la realidad y asumo plena responsabilidad por la veracidad de estos. Así mismo declaro que tengo pleno conocimiento de que someto mi real estado de salud. La Equidad Seguros podrá objetar el pago de las indemnizaciones a que haya lugar a causa de la reticencia en la presente información.

Así mismo, autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de la IPS o EPS, o persona que me haya atendido a suministrar copia de la historia clínica solicitada por la Equidad Seguros de Vida O.C., sobre mi estado de salud pasada y presente y a entregar mi historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.

Declaro que fui informado sobre los amparos, exclusiones, vigencia de la póliza, valor asegurado, valor de la prima, requisitos de asegurabilidad, procedimiento para la reclamación en caso de siniestro, consecuencias de una declaración inexacta sobre el estado del riesgo y las consecuencias de la mora en el pago de la prima. Así mismo, fui informado que el texto completo de las condiciones de la póliza lo puedo descargar en [www.cooprofesores.com](http://www.cooprofesores.com).

Acepto contratar la cobertura adicional de enfermedades graves diagnosticadas con amparo de Renta Mensual, con pago de prima adicional. SI ☐ NO ☒

En constancia se firma en Bucaramanga a los 11 días del mes de Agosto del año 20 22

FIRMA ASEGURADO



**SOLICITUD DE SEGURO – GRUPO DE VIDA DEUDORES – COOPROFESORES**

V. 7.3.5

**INSTRUCTIVO DE REGISTRO DE ASEGURABILIDAD - Vigencia 2022-2023**

El presente anexo establece la clasificación de las primas del seguro de vida grupo deudores, conforme al estado de salud del solicitante, así:

- a. Si en el numeral 1 de la Sección I marca SI: **INGRESA A LA PÓLIZA** con EXTRA PRIMA de 0,11%, (1,1/1.000).
- b. Si en el numeral 2 y/o 3 de la Sección I marca SI: **INGRESA A LA PÓLIZA** con EXTRA PRIMA de 0,11%, (1,1/1.000).
- c. Cuando se marque SI en el numeral 1 de la Sección I y también marque SI en cualquier opción de la Sección I y/o de la Sección II, **INGRESARÁ A LA PÓLIZA** con EXTRA PRIMA de 0,11%, (1,1/1.000). *En este caso hay que tener en cuenta que la póliza cubre sólo en caso de fallecimiento.*
- d. Cuando se marque SI en el numeral 2 y/o 3 de la Sección I y también marque SI en cualquier opción de la Sección I y/o de la Sección II, **INGRESARÁ A LA PÓLIZA** con EXTRA PRIMA de 0,11%, (1,1/1.000). *En este caso hay que tener en cuenta que la póliza cubre sólo en caso de fallecimiento.*
- e. Si se marca NO en los numerales 1, 2 o 3 de la SECCION I, pero marca SI en cualquier numeral del 4 al 10 de la misma sección: **NO INGRESA A LA PÓLIZA**. Es **NO ASEGURABLE**, se asigna PRIMA Cero (0).
- f. Si marca NO en todas las casillas porque su real estado de salud así lo permite, y la edad es inferior a 75 años: **INGRESA A LA PÓLIZA** con PRIMA BÁSICA de: 0,136%. (1,36/1.000).
- g. Si marca NO en todas las casillas porque su real estado de salud así lo permite, y la edad es inferior a 75 años, y de manera Voluntaria decide tomar la cobertura adicional de enfermedades graves diagnosticadas con amparo de Renta Mensual, **INGRESA A LA PÓLIZA** con Prima Básica de: 0,175% (1,75/1.000).
- h. Si sólo se marca SI en la Sección I en los numerales del 11 al 18 y la edad es inferior a 75 años: **INGRESA A LA PÓLIZA CON EXTRA PRIMA** con EXTRA PRIMA de: 0,382%. (3,82 / 1000).
- i. Si sólo se marca SI o registra en "OTRAS" en la Sección II y la edad es inferior a 75 años: **INGRESA A LA PÓLIZA CON EXTRA PRIMA** de: 0,382%. (3,82 / 1000).
- j. Si se marca SI en alguna del 11 al 18 de la Sección II o SI en la Sección II y la edad es superior a 75 años: **INGRESA A LA PÓLIZA CON EXTRA PRIMA** de: 0,380%. (3,80 / 1000).
- k. Si se marca SI en el numeral 1, 2 o 3 de la Sección I y la edad es superior a 75 años: **INGRESA A LA PÓLIZA CON EXTRA PRIMA** de: 0,380%. (3,80 / 1000). *En este caso hay que tener en cuenta que la póliza cubre sólo en caso de fallecimiento.*
- l. Si se marca SI en la sección 1 en cualquier numeral del 17 al 19 y NO en los demás numerales, y la edad es inferior a los 60 años: **INGRESA A LA PÓLIZA CON PRIMA BÁSICA** de 0,1625%.

Los eventos amparados en virtud de la cobertura de Incapacidad total y permanente sólo tendrán cobertura después de cumplidos 8 meses contados desde la entrada en vigor del amparo adicional de presentarse algún siniestro amparado durante la vigencia de la póliza.

Este periodo de carencia no opera para las lesiones ocasionadas por un hecho accidental y que estén expresamente cubiertas de acuerdo con las definiciones de las patologías amparadas.

**El alcance de la cobertura ampliada a enfermedades graves diagnosticadas, es el siguiente:**

Amparo de renta mensual (pago de la cuota mensual del crédito o créditos) cuando se presente algunas de las siguientes enfermedades graves diagnosticadas, el valor asegurado máximo sea el valor de la cuota de cada crédito que tenga el asociado, para esta cobertura como renta mensual tendrá un amparo máximo de seis (6) meses; con un máximo de 3,000,000 por crédito/vigencia, si pasados los primeros tres (3) meses de vigencia de la póliza un médico legalmente autorizado para ejercer la profesión diagnóstica por primera vez, con base en pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, la presencia de Glaucoma, Epilepsia, Reumatismo u Osteoartritis, Infarto de Miocardio, Insuficiencia Renal, Accidente Cerebro Vascular, Enfermedad de Alzheimer, Enfermedad de Parkinson, cáncer.

**Nota:** El periodo de carencia se tendrá en cuenta para todos los riesgos es decir a partir de la entrada en vigencia de la cobertura. De acuerdo con la fecha del desembolso del crédito.



**Cooprofesores**

COOP. PROFESORES

COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO

LIBRANZA N° 1500 0361

RELACION N° 201

## LIBRANZA A FAVOR DE COOPROFESORES

FLORIDABLANCA, 12 de agosto de 2022

Señor Pagador

**ALCALDIA DE FLORIDABLANCA**

Yo **ORTEGA MARTINEZ SANDRA**, identificado con el documento de identidad número 51893401 expedido en BOGOTÁ, por medio de la presente autorizo al señor pagador para que del sueldo que devengo como empleado me sean descontadas **SETENTA Y DOS (72)** cuotas iguales, a partir del mes de septiembre del año 2022, cada una de ellas por valor de **UN MILLON CIENTO NOVENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS CON 0 CENTAVOS M/L (\$1.194.899.00)** hasta completar la suma de **OCIENTA Y SEIS MILLONES TREINTA Y DOS MIL SETECIENTOS VEINTIOCHO PESOS CON 0 CENTAVOS M/L (\$86.032.728.00)** y entregar su valor a **COOPROFESORES**.

En caso de dar por terminado el contrato de trabajo o relación laboral con la empresa del deudor del préstamo que garantiza esta libranza, autorizo para que las cuotas restantes para cancelar el saldo se descuenten de las prestaciones sociales, salarios, indemnizaciones y otros a que tengan derecho.

Así mismo, el firmante de esta libranza autoriza expresamente al pagador de la empresa para retener el producto de las liquidaciones parciales o totales de cesantías hasta tanto presente mi paz y salvo con **COOPROFESORES**. Las sumas referidas deberán ser entregadas por los tesoreros o pagadores a **COOPROFESORES** dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha en que se realice la deducción.

**EL NO DESCUENTO POR NOMINA DE LAS CUOTAS EN LAS FECHAS ESTIPULADAS NO LO EXIME DE LA RESPONSABILIDAD DE CANCELAR EN FORMA OPORTUNA EN NUESTRAS OFICINAS!**

FIRMA ACEPTACION ASOCIADO

C.C. 51893401

Huella

FIRMA AUTORIZADA

Proceso: JMERCHAMON K4LD4S en 2/08/2022 a las 15:58:20 Nro Crédito: 150088714 Agencia de Aportes BARRANCABERMEJA