

SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES

PÓLIZA
AA000194

FACTURA



NIT 830008686

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Modificación	PRODUCTO	VIDA GRUPO DEUDORES					ORDEN	1					
CERTIFICADO	AA000917	FORMA DE PAGO	Contado	TELEFONO	3187503513				USUARIO	JGARCIA83				
AGENCIA	FRANQUICIA CASTRO Y CIA		FRANQUICIA DE SEGUROS		LTDA					DIRECCIÓN	CRA 49 B # 79-01. LOCAL 23			
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA							FECHA DE IMPRESIÓN				
20	12	2019	DESDE	DD	01	MM	08	AAAA	2019	HORA	00:00	20	01	2025
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	08	AAAA	2020	HORA	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	SOLFINANZAS DE COLOMBIA S.A.S.	NIT/CC	900659892
DIRECCIÓN	CL 41 43 35	TEL/MOVL	3407719
ASEGURADO	SOLFINANZAS DE COLOMBIA S.A.S.	NIT/CC	900659892
DIRECCIÓN	CL 41 43 35	TEL/MOVL	3407719
BENEFICIARIO	SOLFINANZAS DE COLOMBIA S.A.S.	NIT/CC	900659892
DIRECCIÓN	CL 41 43 35	TEL/MOVL	3407719
EMAIL	GERENCIA@SOLFINANZAS.CO		
EMAIL	GERENCIA@SOLFINANZAS.CO		
EMAIL	GERENCIA@SOLFINANZAS.CO		

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
Ciudad del Asegurado Departamento Dirección del Asegurado Deudor Actividad	BARRANQUILLA ATLANTICO CL 41 43 35 PISO 2 OF 1 OFICINAS DE NEGOCIOS VARIOS

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DETALLE	VALOR ASEGURADO
Muerte por Cualquier Causa	\$200,000,000.00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
\$200,000,000.00	\$0.00		\$0.00	\$0.00

COASEGURO	
COMPañIA	PARTICIPACIÓN
	%

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN
901245230	RANGEL ANDRADE CONSULTORES LTDA	%

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
Línea Segura 018000919538

#324

SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES

PÓLIZA
AA000194

FACTURA



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO Contado **PRODUCTO** VIDA GRUPO DEUDORES
COD. AGENCIA AA000917 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Modificación **TEL:** 3187503513
AGENCIA FRANQUICIA CASTRO Y CIA FRANQUICIA DE SEGUROS LTD **DIRECCIÓN** CRA 49 B # 79-01. LOCAL 23

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA							FECHA DE IMPRESIÓN				
20	12	2019	DESDE	DD	01	MM	08	AAAA	2019	HORA	00:00	20	01	2025
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	08	AAAA	2020	HORA	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR SOLFINANZAS DE COLOMBIA S.A.S. **NIT/CC** 900659892
DIRECCIÓN CL 41 43 35 **E-MAIL** GERENCIA@SOLFINANZAS.CO **TEL/MOVIL** 3407719

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

POLIZA NUEVA

Nombre y NIT del cliente: SOLFINANZAS SAS / 900.659.892-7

Ramo / producto: VIDA DEUDOR

Fecha de vigencia: 1 DE AGOSTO DE 2019

Tipo de facturación: mensual

Asegurados: DEUDORES DE SOLFINANZAS SAS

Beneficiarios: SOLFINANZAS SAS

1. OBJETIVO:

El objetivo de este seguro es garantizar el pago del saldo de la deuda a favor de la entidad de crédito amparada, en caso de muerte o incapacidad del empleado o asociado deudor.

Para los efectos de la presente póliza se consideran deudores las personas naturales que hubieren sido aceptadas como deudores por el Tomador y que a tiempo de entrar en vigencia este seguro o al efectuar una nueva operación de préstamo reúna los requisitos de asegurabilidad.

2. AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS CONTRATADOS:

COBERTURA VALOR ASEGURADO

MUERTE POR CUALQUIER CAUSA Saldo Insoluto de la deuda

3. DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS

3.1 MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

La Equidad Seguros se obliga a pagar la correspondiente suma asegurada (SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA) al fallecimiento de cualquiera de las personas amparadas, incluyendo el suicidio y homicidio desde el primer día de vigencia.

3.2 EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA

La Equidad Seguros quedará liberada de toda responsabilidad, aplicable a todos los amparos, bajo el presente contrato de seguro cuando el siniestro se presente como consecuencia directa o indirecta de:

- Cualquier acto de guerra, declarada o sin declarar, revolución, sedición, rebelión, asonada, motines, huelgas, movimientos subversivos, actos violentos o en general conmociones de cualquier clase.
- Actos terroristas o la participación en actividades terroristas o delincuenciales.
- Eventos ocurridos a consecuencia de fisión o fusión nuclear, radioactividad o el uso de armas atómicas, bacteriológicas o químicas.
- Fenómenos de la naturaleza, sísmicos, volcánicos o inundaciones; lesiones inmediatas o tardías causadas por energía atómica.

Sin perjuicio de las anteriores exclusiones, se aplicaran las exclusiones correspondientes a cada amparo descritas en el clausulado general de la presente póliza.

4. EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA

COBERTURA EDAD MÍNIMA DE INGRESO EDAD MÁXIMA DE INGRESO EDAD DE PERMANENCIA

MUERTE POR CUALQUIER CAUSA 18 N/A FINALIZAR DEUDA

5. GRUPO ASEGURABLE

Quedarán amparados todos los asegurados que hayan contraído deudas con el tomador, que sean reportadas por el tomador y cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos.

6. SUMA ASEGURADA

Será el saldo insoluto de la totalidad de las obligaciones que tenga el asegurado con el tomador y comprenderá el capital no pagado más los intereses corrientes calculados hasta la fecha de la ocurrencia del fallecimiento o estructuración de la invalidez del asegurado.

7. AJUSTE POR SINIESTRALIDAD

La Equidad Seguros podrá revisar autónomamente el comportamiento siniestral (trimestral, semestral) de la póliza, con base en dicho resultado cuando este supere el 40% (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 podrá revocar la póliza en los términos establecidos bajo el artículo 1071 del código de comercio colombiano.

8. REQUISITOS DE EXPEDICIÓN PARA EL TOMADOR

- Formato de conocimiento de cliente - SARLAFT SUS-097 diligenciado por el tomador.
- Cotización presentada al tomador y aceptada por este donde se incluya la forma de pago.
- Listado en Excel de los asegurados que contenga la siguiente información:

- o Nombre completo
- o Tipo y número de documento
- o Genero
- o Edad y/o Fecha de nacimiento
- o Fecha de inicio del crédito
- o Saldo insoluto de la deuda
- o Extra primas (si las hay)

9. CONTINUIDAD DE COBERTURA

Mediante la presente cláusula, se otorga continuidad a la póliza vida grupo expedida por la anterior aseguradora, en cuanto estado de salud y edad, siempre y cuando el ingreso del asegurado a la póliza haya sido con anterioridad al diagnóstico de la enfermedad. La continuidad aplica solo para las coberturas que el asegurado tenga de la anterior compañía y hasta por el mismo valor asegurado individual que tuvieren vigente; por ende, no aplica para las nuevas coberturas otorgadas.

[Firma Autorizada]



**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
AA000194

FACTURA



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO Contado **PRODUCTO** VIDA GRUPO DEUDORES
COD. AGENCIA AA000917 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Modificación **TEL:** 3187503513
AGENCIA FRANQUICIA CASTRO Y CIA FRANQUICIA DE SEGUROS LTD **DIRECCIÓN** CRA 49 B # 79-01. LOCAL 23

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA							FECHA DE IMPRESIÓN				
20	12	2019	DESDE	DD	01	MM	08	AAAA	2019	HORA	00:00	20	01	2025
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	08	AAAA	2020	HORA	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR SOLFINANZAS DE COLOMBIA S.A.S. **NIT/CC** 900659892
DIRECCIÓN CL 41 43 35 **E-MAIL** GERENCIA@SOLFINANZAS.CO **TEL/MOVIL** 3407719

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

Es condición indispensable para otorgar este beneficio, que el Tomador suministre a La Equidad Seguros, dentro de los treinta (30) días siguientes a la expedición de la póliza; certificación de continuidad con copia del último listado emitido del grupo asegurado que se traslada con la siguiente información: nombre completo, documento de identidad, fecha de nacimiento, suma asegurada, coberturas, limitaciones de cobertura y extra primas por salud y/o actividad de cada uno de los asegurados. Así mismo el Tomador debe informar por escrito si tiene conocimiento de asegurados a los cuales se les hubiere diagnosticado alguna enfermedad grave de carácter terminal. Cualquier incremento de valor asegurado sobre el inicial requerirá del cumplimiento de los requisitos de Asegurabilidad establecidos.

10. AMPARO AUTOMÁTICO

La Equidad Seguros otorga 60 días de Amparo Automático para todos los nuevos asegurados de suma asegurada menor o igual a 70.000.000 \$ que entren a formar parte del grupo asegurado y sean reportados por el Tomador.

11. VIGENCIA

La vigencia de la póliza y de cada uno de sus amparos, iniciará al momento del desembolso del crédito, siempre y cuando haya sido expresamente aceptado por La Equidad Seguros y estará vigente hasta su cancelación total del crédito y sujeta a la terminación de la vigencia de la póliza grupo.

12. RENOVACIÓN DEL CONTRATO

El seguro es renovable a voluntad de las partes contratantes, en las condiciones técnicas y económicas acordadas según el resultado de la siniestralidad de la póliza en la vigencia inmediatamente anterior.

13. TARIFAS

Tasa anual / mensual de 18 a 69 años 0.36% mensual
Tasa anual / mensual de 70 a 75 años 0.82% mensual
Tasa anual / mensual de 76 a 80 años 2.10% mensual
Tasa anual / mensual de 80 en adelante 3.5% mensual

14. RETORNO

Retorno Administrativo 10%

Las demás cláusulas no estipuladas en la presente cotización estarán regidas por el Clausulado General, las cuales deben cumplirse desde el primer día y durante la vigencia de la póliza. En caso de incumplimiento se dará aplicación al artículo 1061 del Código de Comercio.

15. DOCUMENTOS PARA RECLAMACION:

Los documentos para la formalización de la reclamación por muerte son:

- Carta de Aviso de siniestro y soportes contables de la deuda.
- Copia del Documento de identificación del Asegurado.
- Registro civil de Defunción

16. TASA COBRADA SOBRE EDAD: La compañía se compromete a mantener la tasa a los asegurados teniendo en cuenta la edad de este al momento del desembolso de la libranza, hasta que este finalice la deuda, si el asegurado solicita un nuevo préstamo este será tarifado de acuerdo a la tasa correspondiente a su edad al momento del desembolso del nuevo préstamo.

17. PAGO DE LA PRIMA: El tomador del seguro está obligado al pago de la prima y deberá hacerlo a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza o, si fuere el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella.

18. AVISO DE SINIESTRO: En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo la póliza, sus amparos o anexos, el tomador, asegurado o el beneficiario según sea el caso, deberán dar aviso del siniestro a la Equidad dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

19. PAGO DE SINIESTRO: En caso de siniestro la compañía se compromete a realizar el pago de este, dentro de los 15 días hábiles siguientes a la presentación de los documentos de reclamación solicitados por la compañía aseguradora.

20. CEAR. Se aclara que la presente póliza incluye Clausula Especial de Atención de Reclamos la cual se extiende al amparo de VIDA COMPLETA.

ESTA PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 05082011-1429-P-34-0000000002031

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

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

