

SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES

PÓLIZA
AA000194

FACTURA



NIT 830008686

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Renovación	PRODUCTO	VIDA GRUPO DEUDORES	ORDEN	1									
CERTICADO	AA005192	FORMA DE PAGO	Contado	TELEFONO	3187503513									
AGENCIA	FRANQUICIA CASTRO Y CIA FRANQUICIA DE SEGUROS LTDA	DIRECCIÓN	CRA 49 B # 79-01. LOCAL 23	USUARIO	KMEJIA83									
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA			FECHA DE IMPRESIÓN								
27	09	2024	DESDE	DD	01	MM	08	AAAA	2024	HORA	00:00	27	09	2024
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	08	AAAA	2025	HORA	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	SOLFINANZAS DE COLOMBIA S.A.S.	NIT/CC	900659892
DIRECCIÓN	CL 41 43 35	EMAIL	GERENCIA@SOLFINANZAS.CO
ASEGURADO	SOLFINANZAS DE COLOMBIA S.A.S.	TEL/MOVIL	3407719
DIRECCIÓN	CL 41 43 35	NIT/CC	900659892
BENEFICIARIO	FIDEICOMISO DE RECAUDO SOLFINANZAS	EMAIL	GERENCIA@SOLFINANZAS.CO
DIRECCIÓN		TEL/MOVIL	3407719
		NIT/CC	901536630
		EMAIL	DIRECCION.IMPUESTOS@FIDUCIARIACORFICOLOMBIANAS.CO
		TEL/MOVIL	3157855728

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
Ciudad del Asegurado Departamento Direccion 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	\$.00		\$.00	\$.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

SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES

PÓLIZA
AA000194

FACTURA



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO Contado **PRODUCTO** VIDA GRUPO DEUDORES
COD. AGENCIA AA005192 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Renovacion **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					
27	09	2024	DESDE	DD	01	MM	08	AAAA	2024	HORA	00:00	27	09	2024
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	08	AAAA	2025	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

RENOVACION 2.024 - 2.025
 =====

TOMADOR: SOLFINANZAS DE COLOMBIA S.A.S - NIT 900659892
 ASEGURADO: SOLFINANZAS DE COLOMBIA S.A.S. - NIT 900659892
 BENEFICIARIO: FIDEICOMISO DE RECAUDO SOLFINANZAS - NIT 901536630
 VIGENCIA: 01 DE AGOSTO 2.024 A 01 DE AGOSTO DE 2.025
 POLIZA AA000194
 ST: 2386603
 Agencia: FQ CASTRO & CIA FRANQUICIA DE SEGUROS

1. OBJETIVO:

El objetivo de este seguro es garantizar el pago del saldo de la deuda a favor del tomador amparado, en caso de muerte del asegurado 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 vigor este seguro o al efectuar una nueva operación de préstamo reúna los requisitos de asegurabilidad.

VALORES ASEGURADOS CONTRATADOS:

COBERTURA VALOR ASEGURADO
 AMPARO BASICO Saldo insoluto de la deuda
 VIDA COMPLETA Saldo insoluto de la deuda
 CEAR MENORES DE 75 AÑOS Saldo insoluto de la deuda
 CEAR MAYORES DE 76 AÑOS HASTA 80 AÑOS Saldo insoluto de la deuda
 CEAR MAYORES DE 80 AÑOS Saldo insoluto de la deuda

COBERTURA VALOR ASEGURADO MAXIMO INDIVIDUAL

AMPARO BASICO \$200.000.000
 VIDA COMPLETA \$80.000.000
 CEAR MENORES DE 75 AÑOS \$140.000.000
 CEAR MAYORES DE 76 AÑOS HASTA 80 AÑOS \$30.000.000
 CEAR MAYORES DE 80 AÑOS \$15.000.000

DEFINICIONES DE AMPAROS

AMPARO BÁSICO

La Equidad Seguros en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro presentada por el Tomador y las solicitudes individuales de los asegurados, las cuales se incorporan a este contrato para todos sus efectos, se obliga a pagar la correspondiente suma asegurada al fallecimiento de cualquiera de las personas amparadas, incluyendo el suicidio y homicidio desde el primer día de vigencia.

VIDA COMPLETA

Esta cláusula tiene por objetivo otorgar la cobertura del Amparo Básico a los asegurados nuevos y antiguos mayores de setenta y cinco (75) años y con límite de valor asegurado hasta \$80.000.000 durante todo el tiempo en que subsista la deuda pagando la tarifa correspondiente para este amparo

CLÁUSULA ESPECIAL DE ATENCIÓN DE RECLAMOS (CEAR) AMPARO BASICO

Para reclamos con saldos de deuda hasta el valor descrito en la carátula de la póliza, se deberá demostrar la ocurrencia del siniestro y su cuantía, con la presentación únicamente de la siguiente documentación:

- Certificado individual o notarial de defunción.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía o registro civil de nacimiento.
- Certificación 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 de acuerdo con la carátula de la póliza al momento del fallecimiento del asegurado, deberán cumplir con la totalidad de requisitos para el pago de indemnización.

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:

- a) Enfermedades, accidentes, diagnósticos o tratamientos preexistentes al ingreso del asegurado a la póliza y que no hayan sido informadas a la

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 AA005192 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Renovacion **TEL:** 3187503513
AGENCIA FRANQUICIA CASTRO Y CIA FRANQUICIA DE SEGUROS LT **DIRECCIÓN** CRA 49 B # 79-01. LOCAL 23

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN					
27	09	2024	DESDE	DD	01	MM	08	AAAA	2024	HORA	00:00	27	09	2024
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	08	AAAA	2025	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

compañía aseguradora.
 b) Participación del asegurado en 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
 c) Participación del asegurado en actividades terroristas o delincuenciales
 d) Eventos ocurridos a consecuencia de fisión o fusión nuclear, radioactividad o el uso de armas atómicas, bacteriológicas o químicas.
 e) Fenómenos de la naturaleza, sísmicos, volcánicos o inundaciones; lesiones inmediatas o tardías causadas por energía atómica.
 f) Mientras el asegurado se encuentre en servicio activo y ejerciendo funciones de tipo militar, policial, de inteligencia, guardaespaldas, vigilancia o miembro de organismo de seguridad.
 g) Los saldos que excedan la mayor suma que, de acuerdo con los reglamentos del tomador, se pueden conceder al deudor en calidad de préstamos.
 Sin perjuicio de las anteriores exclusiones, se aplicarán las exclusiones correspondientes a cada amparo descritas en el clausulado general de la presente póliza.

EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA
COBERTURA EDAD MÍNIMA DE INGRESO
 AMPARO BÁSICO 18 años
 VIDA COMPLETA A partir de los 75 años
EDAD MÁXIMA DE INGRESO
 AMPARO BÁSICO 74 años y 364 días
 VIDA COMPLETA 85 años y 364 días
EDAD DE PERMANENCIA
 AMPARO BÁSICO 84 AÑOS Y 364 DÍAS
 VIDA COMPLETA HASTA LA CANCELACIÓN DE LA DEUDA

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.

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 del asegurado.

REVISIÓN SINIESTRALIDAD
 Equidad Seguros podrá revisar periódicamente de manera semestral el resultado siniestral del programa, con base en dicho resultado cuando este supere el 40% (siniestros incurridos / primas devengadas), podrá modificar las condiciones técnicas del negocio acorde a una negociación con el Tomador.

REQUISITOS DE EXPEDICIÓN

- 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:
 - Nombre completo
 - Tipo y número de documento
 - Fecha de nacimiento
 - Fecha de desembolso del crédito
 - Número de crédito
 - Saldo insoluto de la deuda
 - Extra primas
- Para pólizas nuevas: (sin pólizas de otra compañía) Declaración de asegurabilidad Formato SUS 006 de cada uno de los asegurados.
- Para pólizas con continuidad de otra compañía: Certificación de la anterior compañía, donde se especifiquen los datos de los asegurados, estado de salud y valor asegurado.

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 tuvieran vigente; por ende, no aplica para las nuevas coberturas otorgadas. 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, fecha de ingreso, coberturas, limitaciones de cobertura y extra primas por salud y/o actividad de cada uno

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 AA005192 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Renovacion **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						
27	09	2024	DESDE	DD	01	MM	08	AAAA	2024	HORA	00:00	27	09	2024
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	08	AAAA	2025	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

de los asegurados. Así mismo el Tomador debe informar por escrito si tiene conocimiento de asegurados a los cuales se le 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.

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

a) Para asegurados nuevos:
- Declaración de asegurabilidad Formato SUS 006 de cada uno de los asegurados.

EDADES	DESDE (\$)	HASTA (\$)	Requisitos de asegurabilidad
Hasta 75 años + 364 días	\$ 1	\$140.000.000	0
\$ 140.000.001	\$200.000.000	2	
Mayores de 76 años hasta 79 años + 364 días	\$ 1	\$30.000.000	0
\$30.000.001	\$80.000.000	1	
Mayores de 80 años hasta 84 años + 364 días	\$ 1	\$15.000.000	0
\$15.000.001	\$80.000.000	1	

Requisitos de asegurabilidad

0. Sin requisitos de asegurabilidad
1. Declaración de asegurabilidad SUS-006.- historia clínica de los últimos 2 años
2. Declaración de asegurabilidad SUS-006. -Examen médico SUS-FO-0018 - Perfil lipídico- Parcial de orina - Cuadro hemático -Glicemia

Nota: Se aclara que los exámenes médicos especificados anteriormente, son asumidos por La EQUIDAD Seguros. Con base en los exámenes practicados, La Equidad podrá rechazar, extra primar o exceptuar coberturas según se considere.

CUSTODIA DECLARACION DE ASEGURABILIDAD

Los Certificados de asegurabilidad o solicitud de seguro permanecerá en custodia por parte del Tomador, la copia de este formado solo será enviado a la Aseguradora cuando el asegurado declare una patología o supere los límites automáticos de edad y valor asegurado establecidos en el cuadro de requisitos de asegurabilidad para el estudio y aprobación.

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.

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.

10. TARIFAS

Tasa mensual para asegurados entre de 18 años hasta 74 años + 364 días - 1.1%
Tasa mensual para asegurados entre 18 años hasta a 74 años+ 364 días desembolsos a partir del 1 de septiembre 2023: 1.4%
Tasa mensual para mayores de 76 a 80 años 3.0%
Tasa mensual para mayores de 80 años 3.5%

CLAUSULADO

ESTA COTIZACIÓN SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 21/05/2021-1429-P-34-000000000002031-D001 VIDA GRUPO DEUDORES

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.

Elisa Fernanda Marconi Vergel
Técnico de Suscripción Vida - DG
27 de septiembre de 2024
ST. 2386603 reconsideración

VALIDEZ DE LA OFERTA 15 DIAS CALENDARIO

Aplicar las garantías del condicionado general de la póliza, 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.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR



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

SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES

PÓLIZA
AA000194

FACTURA



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO Contado **PRODUCTO** VIDA GRUPO DEUDORES
COD. AGENCIA AA005192 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Renovacion **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					
27	09	2024	DESDE	DD	01	MM	08	AAAA	2024	HORA	00:00	27	09	2024
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	08	AAAA	2025	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

Nota: Esta cotización no compromete a la compañía al otorgamiento del amparo Respectivo hasta tanto la compañía lo haya manifestado expresamente, indicando la fecha de iniciación de vigencia y análisis del riesgo, con posterioridad de la aceptación escrita por parte del tomador.
 La presente cotización está sujeta a la no existencia de siniestros conocidos o Reportados antes del inicio de vigencia, diferentes a los informados anteriormente y que fueron base para iniciar el proceso de cotización, de lo contrario la compañía se reserva el derecho de retirar y/o modificar la cotización.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. Y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. - COMPAÑIAS DE SEGUROS

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