

SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES

PÓLIZA
AA002487

FACTURA
AA050523



NIT 830008686

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Modificación	PRODUCTO	VIDA GRUPO DEUDORES	ORDEN	1
CERTIFICADO	AA175210	FORMA DE PAGO	Contado	USUARIO	MSVEGA
AGENCIA	BUCARAMANGA	TELÉFONO	6076852916	DIRECCIÓN	CARRERA 27 N. 36 & 14, OFICINA 1101
FECHA DE EXPEDICIÓN	20 11 2024	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	DESDE 01 11 2024 HASTA 02 05 2025	FECHA DE IMPRESIÓN	29 01 2025
	DD MM AAAA		DD MM AAAA		DD MM AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	COOPERATIVA ESPECIALIZADA DE AHORRO Y CREDITO CREDISERVIR	NIT/CC	890505363
DIRECCIÓN	CARRERA 12 N° 10 - 00	TEL/MOVL	3330333701
ASEGURADO	COOPERATIVA ESPECIALIZADA DE AHORRO Y CREDITO CREDISERVIR	NIT/CC	890505363
DIRECCIÓN	CARRERA 12 N° 10 - 00	TEL/MOVL	3330333701
BENEFICIARIO	COOPERATIVA ESPECIALIZADA DE AHORRO Y CREDITO CREDISERVIR	NIT/CC	890505363
DIRECCIÓN	CARRERA 12 N° 10 - 00	TEL/MOVL	3330333701
EMAIL	CREDISERVIR@CREDISERVIR.COM		

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
Ciudad del Asegurado Departamento Dirección del Asegurado Deudor Actividad	OCAÑA NORTE SANTANDER CRA 12 # 10-00 OFICINAS Y/O DESP PROFESIONALE

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DETALLE	VALOR ASEGURADO
Muerte por Cualquier Causa Invalidez Diagnostico de Enfermedades Graves como Anticipo	\$600,000,000.00 \$600,000,000.00 \$180,000,000.00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
\$780,000,000.00	\$0.00		\$0.00	\$0.00

COASEGURO	
COMPañIA	PARTICIPACIÓN
	%

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN
0000000000001	AGENTE DIRECTO	%

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]

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
AA002487

FACTURA
AA050523



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO Contado **PRODUCTO** VIDA GRUPO DEUDORES
COD. AGENCIA AA175210 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Modificacion **TEL:** 6076852916
AGENCIA BUCARAMANGA **DIRECCIÓN** CARRERA 27 N. 36 y 14, OFICINA 1101

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN		
20	11	2024	DESDE	DD	01	MM	11	AAAA	2024	HORA	00:00
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	02	MM	05	AAAA	2025	HORA	00:00

DATOS GENERALES

TOMADOR COOPERATIVA ESPECIALIZADA DE AHORRO Y CREDITO CREDISERVIR **NIT/CC** 890505363
DIRECCIÓN CARRERA 12 N° 10 - 00 **E-MAIL** CREDISERVIR@CREDISERVIR.COM **TEL/MOVIL** 3330333701

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

MEDIANTE EL PRESENTE CERTIFICADO SE EMITE MODIFICACION DE POLIZA CON ACTUALIZACION DE CONDICIONES.

TOMADOR: COOPERATIVA ESPECIALIZADA DE AHORRO Y CREDITO CREDISERVIR
NIT DEL CLIENTE: 890505363

PÓLIZA: AA002487
FECHA DE VIGENCIA: 02 DE MAYO DE 2024 A 2025
TIPO DE FACTURACIÓN: MENSUAL
ASEGURADOS: DEUDORES DE LA ENTIDAD
BENEFICIARIOS: TOMADOR
ST: 2456956
AGENCIA: BUCARAMANGA

* OBJETIVO:

EL OBJETIVO DE ESTE SEGURO ES GARANTIZAR EL PAGO DEL SALDO DE LA DEUDA A FAVOR DEL TOMADOR AMPARADO, EN CASO DE MUERTE, INVALIDEZ O ENFERMEDADES GRAVES 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.

* AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS:

COBERTURA: AMPARO BÁSICO
VALOR ASEGURADO: SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA
VALOR ASEGURADO MÁXIMO INDIVIDUA: \$ 600.000.000

COBERTURA: INVALIDEZ
VALOR ASEGURADO: SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA
VALOR ASEGURADO MÁXIMO INDIVIDUA: \$ 600.000.000

COBERTURA: VIDA COMPLETA
VALOR ASEGURADO: SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA
VALOR ASEGURADO MÁXIMO INDIVIDUA: \$ 430.000.000

COBERTURA: INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES
VALOR ASEGURADO: 30% DEL VALOR ASEGURADO EN EL AMPARO BÁSICO COMO ABONO A LA DEUDA

* 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.

- INVALIDEZ:

PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE AMPARO SE CONSIDERA COMO INVÁLIDO EL ASEGURADO QUE POR CUALQUIER CAUSA, DE CUALQUIER ORIGEN, SUFRA LESIONES FÍSICAS ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES NO PREEXISTENTES Y NO PROVOCADAS INTENCIONALMENTE, DONDE HUBIESE PERDIDO EL CINCUENTA POR CIENTO (50%) O MÁS DE SU CAPACIDAD LABORAL, DETERMINADA POR EL MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE ACUERDO CON LA JURISDICCIÓN COLOMBIANA, SIEMPRE Y CUANDO LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN SE PRESENTE DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO Y PERSISTA POR UN PERÍODO CONTINUO NO MENOR A CIENTO OCHENTA (180) DÍAS, CONTADOS A PARTIR DEL PRIMER DIAGNÓSTICO MÉDICO DE LA INVALIDEZ.

LA INDEMNIZACIÓN DE ESTA COBERTURA NO ES ACUMULABLE CON EL AMPARO BÁSICO, POR LO TANTO, UNA VEZ PAGADA DICHA LA INDEMNIZACIÓN, LA PÓLIZA SE DARÁ POR TERMINADA EN TODOS SUS AMPAROS.

- VIDA COMPLETA:

ESTA CLÁUSULA TIENE POR OBJETIVO OTORGAR LA COBERTURA DEL AMPARO BÁSICO A LOS ASEGURADOS NUEVOS Y ANTIGUOS MAYORES DE SETENTA

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
AA002487

FACTURA
AA050523



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO Contado **PRODUCTO** VIDA GRUPO DEUDORES
COD. AGENCIA AA175210 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Modificación **TEL:** 6076852916
AGENCIA BUCARAMANGA **DIRECCIÓN** CARRERA 27 N. 36 y 14, OFICINA 1101

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN		
20	11	2024	DESDE	DD	01	MM	11	AAAA	2024	HORA	00:00
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	02	MM	05	AAAA	2025	HORA	00:00
										29	01
										DD	MM
											AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COOPERATIVA ESPECIALIZADA DE AHORRO Y CREDITO CREDISERVIR **NIT/CC** 890505363
DIRECCIÓN CARRERA 12 N° 10 - 00 **E-MAIL** CREDISERVIR@CREDISERVIR.COM **TEL/MOVIL** 3330333701

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

Y CINCO (75) AÑOS Y CON LÍMITE DE VALOR HASTA \$430.000.000 DURANTE TODO EL TIEMPO EN QUE SUBSISTA LA DEUDA PAGANDO LA TARIFA CORRESPONDIENTE PARA ESTE AMPARO.

- INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES:

EL PRESENTE AMPARO TIENE POR OBJETO INDEMNIZAR AL ASEGURADO SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA, UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN DIAGNOSTICADA POR PRIMERA VEZ CON POSTERIORIDAD A LOS TRES (3) PRIMEROS MESES DESDE LA FECHA DE INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA Y CONFIRMA, CON BASE EN PRUEBAS CLÍNICAS, RADIOLOGICAS, HISTOLOGICAS Y DE LABORATORIO, LA PRESENCIA DE ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES QUE SE DESCRIBEN BAJO EL PRESENTE AMPARO, SIEMPRE Y CUANDO LAS MISMAS NO SE HAYAN ORIGINADO O SEAN PREEXISTENTES AL MOMENTO DE CONTRATAR ESTE AMPARO Y SI EL ASEGURADO SOBREVIVE AL MENOS TREINTA (30) DÍAS A LA FECHA DEL DIAGNÓSTICO O A LA CIRUGIA O CIENTO OCHENTA (180) DÍAS EN CASO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE.

NOTA: ESTA COBERTURA APLICA PARA TODA LA BASE DE ASEGURADOS Y PARA ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS A PARTIR DEL 02 DE MAYO DE 2024.

LA INDEMNIZACIÓN SE REALIZARÁ BAJO MODALIDAD DE ANTICIPO DEL AMPARO BÁSICO COMO ABONO A LA DEUDA.

A) CÁNCER: ES LA PRESENCIA DE UN TUMOR MALIGNO CARACTERIZADO POR EL CRECIMIENTO Y LA DISPERSIÓN INCONTROLABLES DE CÉLULAS MALIGNAS Y LA INVASIÓN DEL TEJIDO NORMAL. QUEDAN COMPRENDIDAS DENTRO DE LA DEFINICIÓN ANTERIOR LA LEUCEMIA, LINFOMAS Y LA ENFERMEDAD DE HODGKIN (LINFOGRANULOMA).

B) INFARTO DE MIOCARDIO: ES LA MUERTE DE UNA PARTE DEL TEJIDO DEL MIOCARDIO A CONSECUENCIA DEL ABASTECIMIENTO SANGUÍNEO DEFICIENTE. LA DOCUMENTACIÓN PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN DEBE INCLUIR:

- HISTORIAL DE DOLORES DE PECHO ATÍPICOS.
- ALTERACIONES RECIENTES DEL ELECTROCARDIOGRAMA CONFIRMATORIO.
- AUMENTO DE ENZIMAS CARDIACAS.

EL INFARTO DEBERÁ HABERSE TRATADO EN UN CENTRO CLÍNICO U HOSPITALARIO LEGALMENTE AUTORIZADO.

C) AFECIONES DE LAS ARTERIAS CORONARIAS QUE REQUIERAN INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: SE REFIERE A LAS AFECIONES DE LAS ARTERIAS CORONARIAS TRATADAS CON UNA OPERACIÓN "PUENTE CORONARIO" (BY-PASS), POR RECOMENDACIÓN DE UN ESPECIALISTA Y EVIDENCIADA POR EL RESULTADO DE UNA ANGIOGRAFÍA, PARA CORREGIR UNA ESTENOSIS U OCLUSIÓN DE LAS ARTERIAS CORONARIAS. EL RESULTADO DE LA ANGIOGRAFÍA JUNTO CON EL INFORME MÉDICO DEBERÁ ESTAR A DISPOSICIÓN DE LA EQUIDAD SEGUROS Y LA INDEMNIZACIÓN SE PAGARÁ SOLO DESPUÉS QUE LA OPERACIÓN SE HAYA EFECTUADO.

D) INSUFICIENCIA RENAL: ES EL FALLO TOTAL, CRÓNICO E IRREVERSIBLE DE AMBOS RIÑONES, A CONSECUENCIA DEL CUAL HAY QUE EFECTUAR UN TRASPLANTE DE RIÑÓN Y/O TRATAMIENTO CON DIÁLISIS RENAL EXTRACORPÓREA AL MENOS UNA VEZ A LA SEMANA. LA NECESIDAD DE DIÁLISIS REGULAR DEBERÁ ESTAR CERTIFICADA POR UN INFORME NEFROLÓGICO.

E) ESCLEROSIS MÚLTIPLE: ES UN PADECIMIENTO QUE AFECTA SOLO EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, CARACTERIZADO POR ANOMALÍAS NEUROLÓGICAS PROGRESIVAS E IRREVERSIBLES, QUE LLEVAN A UN ESTADO RELATIVO DE INCAPACIDAD SEVERA, CON DISMINUCIÓN DE LA VISIÓN, INCOORDINACIÓN, DEBILIDAD, INCONTINENCIA URINARIA Y EN GENERAL, CON ALTERACIÓN DE LA COORDINACIÓN Y DE LAS FUNCIONES MOTORAS Y SENSITIVAS.

F) ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR: CUALQUIER INCIDENTE CEREBROVASCULAR QUE PRODUCE SECUELAS NEUROLÓGICAS PERMANENTES Y QUE INCLUYE INFARTO DE TEJIDO CEREBRAL, HEMORRAGIA Y EMBOLIZACIÓN ORIGINADA EN UNA FUENTE EXTRACRANEAL. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA Y EVIDENCIADO POR SÍNTOMAS CLÍNICOS TÍPICOS COMO ASÍ TAMBIÉN HALLAZGOS TÍPICOS EN EL TAC (TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA) DE CEREBRO Y RMN (RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA) DE CEREBRO.

DEBEN DOCUMENTARSE PRUEBAS DE DEFICIENCIA NEUROLÓGICA DE POR LO MENOS TRES (3) MESES A CONTAR DE LA FECHA DE DIAGNÓSTICO.

G) TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES: ES EL REEMPLAZO MEDIANTE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE UNO O MÁS DE LOS SIGUIENTES ÓRGANOS: CORAZÓN, PULMÓN, HIGADO, RIÑÓN, PÁNCREAS O MÚDULA ÓSEA. EL TRASPLANTE SE ENTIENDE PARA EFECTOS DE ESTE AMPARO COMO RECEPTOR Y NUNCA COMO DONANTE, HABIENDO CUMPLIDO EN TODAS Y CADA UNA DE SUS PARTES, LAS DISPOSICIONES DE LAS LEYES VIGENTES DE TRASPLANTES DE ÓRGANOS. EL TRASPLANTE DEBERÁ SER CERTIFICADO POR EL MÉDICO QUE LO PRÁCTICO, QUIEN DEBE POSEER LICENCIA PERMANENTE Y VÁLIDA PARA EJERCER LA MEDICINA Y ESTA CLASE DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICAS. EL ASEGURADO QUE RECIBA CUALQUIER INDEMNIZACIÓN POR CONCEPTO DE ESTE AMPARO QUEDARÁ AUTOMÁTICAMENTE EXCLUIDO Y SIN POSIBILIDADES DE RENOVACIÓN DE ESTA COBERTURA.

H) GRAN QUEMADO: SE INDEMNIZARÁ A PACIENTES ASEGURADOS CON ÍNDICE DE GRAVEDAD MAYOR A SETENTA (70) PUNTOS O CON QUEMADURAS AB O B (2° Y 3ER GRADO), MAYOR AL 20% DE LA SUPERFICIE CORPORAL. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER CONFIRMADO POR ESPECIALISTA Y EVIDENCIADO POR LOS RESULTADOS DE LA CARTA DE "LUND BROWDER" O UN CALCULADOR EQUIVALENTE DE ÁREAS CORPORALES QUEMADAS.

I) ANEMIA APLÁSICA: ES EL DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO DE FALLA DE LA MÚDULA ÓSEA CONFIRMADO POR ESPECIALISTA Y EVIDENCIADO POR LOS RESULTADOS DE BIOPSIA DE MÚDULA ÓSEA. LA ENFERMEDAD DEBE OCASIONAR ANEMIA, NEUTROPENIA Y TROMBOCITOPENIA, QUE REQUIERAN

[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
AA002487

FACTURA
AA050523



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO Contado **PRODUCTO** VIDA GRUPO DEUDORES
COD. AGENCIA AA175210 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Modificación **TEL:** 6076852916
AGENCIA BUCARAMANGA **DIRECCIÓN** CARRERA 27 N. 36 y 14, OFICINA 1101

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN		
20	11	2024	DESDE	DD	01	MM	11	AAAA	2024	HORA	00:00
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	02	MM	05	AAAA	2025	HORA	00:00

DATOS GENERALES

TOMADOR COOPERATIVA ESPECIALIZADA DE AHORRO Y CREDITO CREDISERVIR **NIT/CC** 890505363
DIRECCIÓN CARRERA 12 N° 10 - 00 **E-MAIL** CREDISERVIR@CREDISERVIR.COM **TEL/MOVIL** 3330333701

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

AL MENOS UNO DE LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS:

- TRANSFUSIÓN DE PRODUCTOS DE SANGRE.
- ESTIMULANTES DE LA MÉDULA ÓSEA.
- AGENTES INMUNOSUPRESORES.
- TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA.

J) TRAUMATISMO MAYOR DE CABEZA: ES EL TRAUMA MAYOR DE LA CABEZA CON TRASTORNO DE LA FUNCIÓN CEREBRAL QUE DEBE SER CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA Y EVIDENCIADO POR HALLAZGOS TÍPICOS EN LOS TEST NEURO RADIOLÓGICOS (POR EJEMPLO: TAC O RNM DE CEREBRO).

K) ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: DIAGNÓSTICO CLÍNICO INEQUÍVOCO DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (DEMENCIA PRESENI), CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA Y EVIDENCIADO POR HALLAZGOS TÍPICOS EN EXÁMENES NEUROLÓGICOS Y COGNITIVOS (POR EJEMPLO, TAC, RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA, PET DE CEREBRO).

I) ENFERMEDAD DE PARKINSON: DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO DE ENFERMEDAD DE PARKINSON PRIMARIA O IDIOMÁTICA (TODAS LAS OTRAS FORMAS DE PARKINSONISMO ESTÁN EXCLUIDAS), CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA.

M) ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: BAÑARSE (CAPACIDAD DE TOMAR UN BAÑO O DUCHARSE), VESTIRSE Y DESVESTIRSE, HIGIENE PERSONAL (CAPACIDAD DE USAR EL LAVATORIO Y MANTENER UN NIVEL RAZONABLE DE HIGIENE), MOVILIDAD (CAPACIDAD DE DESPLAZARSE AL INTERIOR DE UN MISMO NIVEL O PISO), CONTINENCIA (CONTROL SOBRE LOS ESFINTERES), COMER/BEBER (CAPACIDAD DE ALIMENTARSE POR SÍ MISMO, PERO NO DE PREPARAR LA COMIDA) O CAUSAR POSTRACIÓN E INCAPACIDAD PARA LEVANTARSE SIN ASISTENCIA DE TERCEROS. ESTAS CONDICIONES DEBEN ESTAR MÉDICAMENTE DOCUMENTADAS POR LO MENOS DURANTE TRES (3) MESES.

N) GLAUCOMA: EL GLAUCOMA ES UNA ENFERMEDAD DE LOS OJOS QUE SE CARACTERIZA GENERALMENTE POR EL AUMENTO PATOLÓGICO DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR, POR FALTA DE DRENAJE DEL HUMOR ACUOSO Y TIENE COMO CONDICIÓN FINAL COMÚN UNA NEUROPATÍA ÓPTICA QUE SE CARACTERIZA POR LA PÉRDIDA PROGRESIVA DE LAS FIBRAS NERVIOSAS DEL NERVO ÓPTICO Y CAMBIOS EN SU ASPECTO.

O) EPILEPSIA: LA EPILEPSIA ES UN TRASTORNO PROVOCADO POR UN DESEQUILIBRIO EN LA ACTIVIDAD ELÉCTRICA DE LAS NEURONAS DE ALGUNA ZONA DEL CEREBRO. SE CARACTERIZA POR UNO O VARIOS TRASTORNOS NEUROLÓGICOS QUE DEJAN UNA PREDISPOSICIÓN EN EL CEREBRO A PADECER CONVULSIONES RECURRENTES, QUE SUELEN DAR LUGAR A CONSECUENCIAS NEUROBIOLÓGICAS, COGNITIVAS Y PSICOLÓGICAS.

P) REUMATISMO: ES EL NOMBRE CORRIENTE PARA LAS ENFERMEDADES QUE AFECTAN AL SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO. EN ESTA DENOMINACIÓN DE REUMATISMO SE ENCUENTRAN LAS CATEGORÍAS DE ENFERMEDADES MÚSCULO ESQUELÉTICAS, TALES COMO, PERO SIN LIMITARSE A: REUMATISMO PERI-ARTICULAR, ARTROSIS, ENFERMEDADES ÓSEAS Y LAS ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO.

Q) OSTEOARTRITIS: LA OSTEOARTRITIS O ENFERMEDAD DEGENERATIVA DE LAS ARTICULACIONES ES EL DESGASTE CRÓNICO DE LOS CARTÍLAGOS QUE SE ENCUENTRAN EN LAS ARTICULACIONES, GENERANDO QUE LOS HUESOS FRICCIÓNEN UNO CONTRA OTRO, CAUSANDO RIGIDEZ, DOLOR Y PÉRDIDA DE MOVIMIENTO ARTICULAR.

* 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 (ÚNICAMENTE APLICA PARA COBERTURA DE INVALIDEZ Y PARA SALDOS SUPERIORES A \$100.000.000).

B) EVENTOS OCURRIDOS A CONSECUENCIA DE FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, RADIOACTIVIDAD O EL USO DE ARMAS ATÓMICAS, BACTERIOLÓGICAS O QUÍMICAS.

C) FENÓMENOS DE LA NATURALEZA, SÍSMICOS, VOLCÁNICOS O INUNDACIONES; LESIONES INMEDIATAS O TARDÍAS CAUSADAS POR ENERGÍA ATÓMICA.

NOTA: PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES SE LEVANTA EXCLUSIÓN PARA LOS EVENTOS DE CÁNCER DE ÚTERO, PRÓSTATA Y SENO, SIEMPRE Y CUANDO SEAN DIAGNOSTICADOS POSTERIOR A LA FECHA DE MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA (SEPTIEMBRE 2024) Y EL PERIODO DE CARENIA ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES GENERALES DEL PRODUCTO, NO APLICA PARA EVENTOS RETROACTIVOS O PREEXISTENCIAS DIAGNOSTICADAS.

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:

[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
AA002487

FACTURA
AA050523



equidad
seguros



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO Contado **PRODUCTO** VIDA GRUPO DEUDORES
COD. AGENCIA AA175210 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Modificación **TEL:** 6076852916
AGENCIA BUCARAMANGA **DIRECCIÓN** CARRERA 27 N. 36 & 14, OFICINA 1101

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN		
20	11	2024	DESDE	DD	01	MM	11	AAAA	2024	HORA	00:00
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	02	MM	05	AAAA	2025	HORA	00:00

DATOS GENERALES

TOMADOR COOPERATIVA ESPECIALIZADA DE AHORRO Y CREDITO CREDISERVIR **NIT/CC** 890505363
DIRECCIÓN CARRERA 12 N° 10 - 00 **E-MAIL** CREDISERVIR@CREDISERVIR.COM **TEL/MOVIL** 3330333701

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

- AMPARO BÁSICO:

- EDAD MINIMA DE INGRESO: 18 AÑOS
- EDAD MAXIMA DE INGRESO: 74 AÑOS Y 364 DÍAS
- EDAD DE PERMANENCIA: 84 AÑOS Y 364 DÍAS

- INVALIDEZ:

- EDAD MINIMA DE INGRESO: 18 AÑOS
- EDAD MAXIMA DE INGRESO: 74 AÑOS Y 364 DÍAS
- EDAD DE PERMANENCIA: 79 AÑOS Y 364 DÍAS

- VIDA COMPLETA:

- EDAD MINIMA DE INGRESO: 75 AÑOS
- EDAD MAXIMA DE INGRESO: 85 AÑOS Y 364 DÍAS
- EDAD DE PERMANENCIA: HASTA LA CANCELACIÓN DE LA DEUDA.

- INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES:

- EDAD MINIMA DE INGRESO: 14 AÑOS
- EDAD MAXIMA DE INGRESO: 59 AÑOS Y 364 DÍAS
- EDAD DE PERMANENCIA: 64 AÑOS Y 364 DÍAS

- 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 O ESTRUCTURACIÓN DE LA INVALIDEZ DEL ASEGURADO.

* REVISIÓN DE SINIESTRALIDAD:

EQUIDAD SEGUROS PODRÁ REVISAR PERIÓDICAMENTE DE MANERA TRIMESTRAL EL RESULTADO SINIESTRAL DEL PROGRAMA, CON BASE EN DICHO RESULTADO CUANDO ESTE SUPERE EL 60% (SINIESTROS INCURRIDOS / PRIMAS DEVENGADAS), PODRÁ MODIFICAR LAS CONDICIONES TÉCNICAS DEL NEGOCIO ACORDE A UNA NEGOCIACIÓN CON EL TOMADOR.

* CONDICIONES PARTICULARES:

- CONDICIÓN ADICIONAL AMPARO INVALIDEZ:

PARA EL AMPARO DE INVALIDEZ SE ACEPTA EL INGRESO DE ASEGURADOS CON EDADES DE 75 AÑOS HASTA LOS 79 AÑOS CON 364 DÍAS Y PERMANENCIA HASTA LOS 79 AÑOS CON UN MONTO MÁXIMO DE \$ 27.000.000, APLICA PARA CRÉDITOS DESEMBOLSADOS A PARTIR DEL 10 DE JUNIO DE 2019. PARA ESTA CONDICIÓN EL TOMADOR PAGARÁ POR ESTOS CRÉDITOS UNA TASA MENSUAL DE 0.77% O Y DEBE CUMPLIR CON TODOS LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD Y PREVIA AUTORIZACIÓN DE LA COMPAÑÍA.

- CLAUSULA CONTINUIDAD DE CONDICIONES CRÉDITOS RESTRUCTURADOS:

SE MANTENDRÁ LAS CONDICIONES DEL AMPARO DE INVALIDEZ PARA LAS PERSONAS QUE REALICEN TRAMITE DE REESTRUCTURACIÓN DE SUS OBLIGACIONES CUANDO SUPEREN LA EDAD DE INGRESO DE COBERTURA PARA ESTE AMPARO (MAYORES DE 70 AÑOS HASTA LOS 74 AÑOS CON 364 DÍAS), ENTENDIÉNDOSE QUE ESTOS NO ADQUIEREN UNA NUEVA OBLIGACIÓN CON EL FIN DE LLEVAR DINERO, SINO DE MEJORAR LAS CONDICIONES INICIALMENTE PACTADAS COMO LA DISMINUCIÓN DE LA CUOTA.

- CLAUSULA GLOBAL DE PREEXISTENCIAS:

LA PRESENTE CLAUSULA ELIMINA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO SUS-006 Y LA SOLICITUD DE EXÁMENES MÉDICOS TENIENDO EN CUENTA QUE POR MEDIO DE ESTA CLAUSULA SE CUBRE LA INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO, INVALIDEZ O ANTICIPO POR ENFERMEDADES GRAVES QUE TENGAN COMO CAUSA ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS O SIMPLEMENTE CONOCIDAS POR EL ASEGURADO CON ANTERIORIDAD AL MOMENTO EN QUE SE INICIE LA COBERTURA DE CADA RIESGO, ENTENDIÉNDOSE POR TAL, LA FECHA DE APROBACIÓN DEL CRÉDITO POR PARTE DE LA ENTIDAD TOMADORA:

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
AA002487

FACTURA
AA050523



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO Contado **PRODUCTO** VIDA GRUPO DEUDORES
COD. AGENCIA AA175210 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Modificación **TEL:** 6076852916
AGENCIA BUCARAMANGA **DIRECCIÓN** CARRERA 27 N. 36 y 14, OFICINA 1101

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN		
20	11	2024	DESDE	DD	01	MM	11	AAAA	2024	HORA	00:00
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	02	MM	05	AAAA	2025	HORA	00:00

DATOS GENERALES

TOMADOR COOPERATIVA ESPECIALIZADA DE AHORRO Y CREDITO CREDISERVIR **NIT/CC** 890505363
DIRECCIÓN CARRERA 12 N° 10 - 00 **E-MAIL** CREDISERVIR@CREDISERVIR.COM **TEL/MOVIL** 3330333701

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

- PARA LA COBERTURA DE MUERTE SE AMPARAN LAS PREEXISTENCIAS HASTA POR EL VALOR ASEGURADO DE \$ 600.000.000.
- PARA EL AMPARO DE INVALIDEZ OPERARA HASTA POR LA SUMA DE \$100.000.000. (SUBLÍMITE).
- PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES OPERA HASTA POR UN VALOR DE \$ 30.000.000 SIEMPRE Y CUANDO EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD SEA POSTERIOR AL INICIO DE VIGENCIA E INGRESO DE NUEVA COBERTURA.
- CONDICIÓN PARTICULAR PARA INVALIDEZ:
SE DEJA CONSTANCIA QUE PARA EFECTOS DE LA DEFINICIÓN DE SINIESTROS QUE AFECTEN LA COBERTURA DE INVALIDEZ SE EVALUARÁN INICIALMENTE CON LA HISTORIA CLÍNICA Y SI DE ESTE ANÁLISIS SE PUEDE CONCLUIR DE MANERA EVIDENTE QUE EL PACIENTE REÚNE LOS REQUISITOS PARA SER DECLARADO INVALIDO SE DEFINIRÁ LA INDEMNIZACIÓN. EN CASO CONTRARIO SE SOLICITARÁ UNA CERTIFICACIÓN SUSTENTADA DEL ÚLTIMO MÉDICO TRATANTE SOBRE EL ESTADO ACTUAL DE SALUD DONDE SE INDIQUE EXPRESAMENTE QUE ESTA INVALIDO Y QUE ESTA ES DE POR VIDA. SI CON ESTA CERTIFICACIÓN AUN NO ES EVIDENTE LA SITUACIÓN DE INVALIDEZ SE REQUERIRÁ LA DECISIÓN DE LA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ O PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL.
- CLAUSULA DE ROTATIVIDAD:
SE OTORGA PERIODO DE GRACIA DE 90 DÍAS CALENDARIO ENTRE LA FINALIZACIÓN DE UN CRÉDITO Y SU NUEVO CRÉDITO, PARA DARLE CONTINUIDAD DE COBERTURA SIN CONSTITUIRSE PREEXISTENCIA. ESTE PERIODO OPERA PARA TODOS LOS AMPAROS DE LA PRESENTE PÓLIZA.
- CLAUSULA DE SALDOS EN MORA:
PARA LOS PRÉSTAMOS, QUE AL MOMENTO DEL FALLECIMIENTO O INVALIDEZ SE ENCUENTREN EN MORA CONSECUTIVA, SIEMPRE Y CUANDO ESTA SE HAYA PASADO A COBRO JURÍDICO DE DICHO PERIODO Y SE INCLUYA EN EL REPORTE DE CARTERA PAGANDO LA PRIMA CORRESPONDIENTE.
CREDISERVIR PAGARA LOS SALDOS REALES Y EFECTIVOS QUE SE HUBIEREN ENTREGADO A LOS DEUDORES EN CALIDAD DE PRÉSTAMO INCLUIDO LOS INTERESES CAUSADOS HASTA 120 DÍAS.
AL PRESENTARSE EL FALLECIMIENTO O DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE INVALIDEZ DE UN DEUDOR, SE INDEMNIZARÁ EL SALDO REAL Y EFECTIVO QUE TENGA EL DEUDOR EN CALIDAD DE PRÉSTAMO INCLUIDOS LOS INTERESES CAUSADOS HASTA 120 DÍAS.
EL TOMADOR DEBE PAGAR CON EL REPORTE MENSUAL, LA PRIMA RESPECTIVA SOBRE EL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA, INCLUYENDO LOS INTERESES A CUBRIR.
- CLAUSULA DE REVISIÓN Y AJUSTE DE TÉRMINOS:
EL ÍNDICE DE SINIESTRALIDAD SE REVISARÁ TRIMESTRALMENTE Y LOS TÉRMINOS SERÁN AJUSTADOS CUANDO DICHO ÍNDICE SUPERE EL 60%. LA SINIESTRALIDAD SE MEDIRÁ CON LA RELACIÓN ENTRE LOS SINIESTROS INCURRIDOS Y LAS PRIMAS DEVENGADAS.
LAS CONDICIONES ANTERIORES APLICAN PARA TODO EL GRUPO ASEGURADO DE LA COOPERATIVA CREDISERVIR.
- CLAUSULA DE ERRORES Y OMISIONES:
SE DEJA ESTABLECIDO QUE, SI POR ALGUNA INCONSISTENCIA EN LOS SISTEMAS O UN ERROR DE DIGITACIÓN, UN ASEGURADO NO APAREZCA EN LOS LISTADOS DE ASEGURADOS Y TENGA UN SINIESTRO, LA ASEGURADORA PAGARÁ EL SINIESTRO, PREVIA PRUEBA DE QUE EL ASEGURADO HAYA DILIGENCIADO SATISFACTORIAMENTE LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD Y EL VALOR ASEGURADO SE ENCUENTRE DENTRO DE LOS LÍMITES DE AUTOMATICIDAD AUTORIZADOS POR LA ASEGURADORA.
- CLAUSULA ERROR EN LA DECLARACIÓN DE EDAD:
SI RESPECTO A LA EDAD DEL ASEGURADO SE COMPROBARE INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, SE APLICARÁN LAS SIGUIENTES NORMAS:
A. SI LA EDAD VERDADERA ESTÁ FUERA DE LOS LÍMITES AUTORIZADOS POR LA TARIFA DE LA COMPAÑÍA, EL CONTRATO QUEDARÁ SUJETO A LA SANCIÓN PREVISTA EN EL ARTÍCULO 1058 DEL CÓDIGO DE COMERCIO
B. SI ES MAYOR QUE LA DECLARADA, EL SEGURO SE REDUCIRÁ EN LA PROPORCIÓN NECESARIA PARA QUE SU VALOR GUARDE RELACIÓN MATEMÁTICA CON LA PRIMA ANUAL PERCIBIDA POR LA COMPAÑÍA, Y
C. SI ES MENOR, EL VALOR DEL SEGURO SE AUMENTARÁ EN LA MISMA PROPORCIÓN ESTABLECIDA EN EL LITERAL B ANTERIOR.
PARÁGRAFO: LO DISPUESTO EN LOS LITERALES B Y C ANTERIORES, NO SE APLICARÁ CUANDO LA PRIMA SE ESTABLEZCA POR EL SISTEMA DE

[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
AA002487

FACTURA
AA050523



equidad
seguros



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO Contado **PRODUCTO** VIDA GRUPO DEUDORES
COD. AGENCIA AA175210 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Modificación **TEL:** 6076852916
AGENCIA BUCARAMANGA **DIRECCIÓN** CARRERA 27 N. 36 & 14, OFICINA 1101

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA							FECHA DE IMPRESIÓN				
20	11	2024	DESDE	DD	01	MM	11	AAAA	2024	HORA	00:00	29	01	2025
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	02	MM	05	AAAA	2025	HORA	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COOPERATIVA ESPECIALIZADA DE AHORRO Y CREDITO CREDISERVIR **NIT/CC** 890505363
DIRECCIÓN CARRERA 12 N° 10 - 00 **E-MAIL** CREDISERVIR@CREDISERVIR.COM **TEL/MOVIL** 3330333701

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

TASAS PROMEDIO O SE UTILICE LA TARIFA PARA ASEGURADOS DE EDAD DESCONOCIDA.

* 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.

* TARIFAS:

- TASA MENSUAL PARA ASEGURADOS MENORES DE 75 AÑOS 0.77‰
- TASA MENSUAL PARA ASEGURADOS DE 75 AÑOS EN ADELANTE 1.70‰

ESTA PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 21/05/2021-1429-P-34-0000000000002031-D001, EL CUAL SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE REGISTRADO POR LA EQUIDAD SEGUROS O.C ANTE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA. PARA SU CONSULTA FAVOR INGRESAR A www.laequidadseguros.coop

LAS DEMÁS CLAUSULAS 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.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

