

**SOLICITUD DE SEGURO Y  
CERTIFICADO INDIVIDUAL POLIZA VIDA GRUPO**

Este certificado de seguro hace parte integral de la póliza vida grupo 22122014-1429-P-34-000000000002030

Fecha de Solicitud 09 09 2017

Nº de Solicitud: 123456789

**TOMADOR:** Cooperativa Médica del Valle y de Profesionales de Colombia compañía COOMEVA S.A.

NIT: 890.300.625-1

## **DATOS DEL ASEGURADO**

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS <b>Ligia González Castañeda</b>		TIPO DE DOCUMENTO C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.S. <input type="checkbox"/>		N° DE DOCUMENTO <b>41.731.952</b>		FECHA DE NACIMIENTO <b>9/01/1957</b>		EDAD <b>62 años</b>	
PESO (kg) <b>75</b>		ESTATURA (m) <b>1.70</b>		GÉNERO <b>X</b>		OCUPACIÓN <b>Independiente</b>		CARGO <b>Administrativo</b>	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA <b>Av. R 15 # 112-63A. 2da</b>				CIUDAD <b>Bogotá</b>		DEPARTAMENTO <b>C/maka.</b>		NACIONALIDAD <b>Colombiana</b>	
TELÉFONOS Fijo Y CELULAR <b>313423338 / 9196-0946299</b>		CORREO ELECTRÓNICO <b>lcastaneda@boltril.com</b>		VALOR NUEVO CRÉDITO <b>\$3.780.035</b>		VALOR NUEVO SALDO ACUMULADO <b>\$9.280.035</b>			

**'DATOS DE BENEFICIARIO(S)**

Beneficiaria: persona o entidad autorizada por parte del asegurado para recibir los beneficios y pagos correspondientes en caso de reclamación.

Para efectos de la presente póliza el beneficiario será BANC OMEVA.

En caso de existir valor asegurado remanente, este será a favor de los beneficiarios designados por el asegurado, en su defecto serán los beneficiarios de ley.

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO	Nº DE DOCUMENTO	PARENTESCO	% DE PARTICIPACIÓN(*)
Mouka A. Vidal G.	CC	52.42947	Hija.	100%

\* La suma de los porcentajes de participación deben corresponder máxima 100%

Tipos de documento: Cédula (C.C.), Cédula de extranjería (C.E.), Pasaporte (P.S) Tarjeta de Identidad (T.I) Registro civil (R.C.)

## DECLARACION DE ASEGURABILIDAD

Con plena conciencia de que la reticencia o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como que éste se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal doy respuesta de buena fe a los siguientes interrogantes:

Goza usted de buen estado de salud? Si ☒ NO ☐

**Por favor marque con una X si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguiente condiciones:**

1. AFECIONES CARDIOVASCULARES
2. AFECIONES CEREBROVASCULARES
3. CÁNCER
4. DIABETES
5. VIH POSITIVO / SIDA
6. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
7. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

8. AFECIONES RENALES  
9. ALCOHOLISMO  
10. TABAQUISMO / DROGADICCIÓN  
11. HIPERTENSIÓN ARTERIAL  
12. ENFERMEDADES CONGÉNITAS  
13. ENFERMEDADES DEL COLÁGENO  
14. ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS

Le han sido practicadas cirugías? SI ☒ NO ☐ (En caso afirmativo detalle el tipo de cirugía) Histeratomía total.

En caso de haber marcado alguna de las condiciones anteriores a si padece alguna enfermedad aguda o crónica, afección o adicción favor explicar detalladamente: 1 pastilla Euphonia 30 mg.

**Nota:** La Equidad Seguros a su discreción podrá requerir exámenes médicos adicionales para estudiar el ingreso del deudor al grupo asegurado.

La Equidad Seguros De Vida O.C. asume exclusivamente la responsabilidad del cumplimiento de las obligaciones relacionadas con el presente contrato frente al consumidor financiero, dado lo anterior toda diferencia sobre cualquier aspecto por parte del asegurado, se resolverá entre el mismo asegurado y La Equidad Seguros, sin responsabilidad alguna de BANCOOMEVISA S.A. Este producto es ofrecido a través de la red de la red de BANCOOMEVISA S.A. cuya responsabilidad se limita al correcto cumplimiento de las instrucciones debidamente impartidas por La Equidad Seguros De Vida O.C. para la prestación el servicio de dicha red, BANCOOMEVISA S.A. no actúa como intermediario de seguros ni como compañía aseguradora.

## CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

Coberturas	Eventos e Indemnizar por cobertura	Edad Mínima Ingreso	Edad Máxima Ingreso	Edad Máxima Permanencia
<b>VIDA:</b> En caso de fallecimiento por cualquier causa del asegurado, La Equidad Seguros pagará el valor asegurado a los beneficiarios, siempre y cuando la causa del fallecimiento no sea ocasionada por una causa preexistente al inicio de vigencia de la póliza.	Monto inicial del crédito	1 Evento	18 años	90 años más 364 días
<b>INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:</b> En caso de una incapacidad total y permanente superior al 50%. La Equidad Seguros pagará el valor asegurado al beneficiario(s), siempre y cuando la causa de la incapacidad no sea ocasionada por una causa preexistente al inicio de vigencia de la póliza.				

**Esta póliza no establece un periodo activo mínimo y no tiene periodo de carencia para ninguna de las coberturas.**

## VIGENCIA Y PRIMAS DEL SEGURO

<b>VALOR TASA MENSUAL</b>  0.84 por mil mensual	<p>La vigencia y el pago de la prima será mensual, la vigencia de la póliza inicia al momento del desembolso del crédito, con renovación automática mensual y termina con el vencimiento del plazo inicialmente pactado o con el cumplimiento de cualquiera de las causas de terminación.</p> <p>En caso de que el crédito controlado por el asegurado sea pagado a la entidad financiera en un plazo inferior al inicialmente pactado, la vigencia del seguro finalizará dada la cancelación total del crédito, en aquellos circunstancias en las que se presente refinanciacónes, extensiones o ampliaciones de plazo y monto de crédito original, la prima y la vigencia del seguro no se verán afectados por dichos hechos.</p> <p>PAGO DE LA PRIMA: La prima corresponderá al resultado de multiplicar el monto o valor inicialmente desembolsado del crédito, por la tasa del seguro incluida IVA. El asegurado tendrá un periodo de sesenta (60) días hábiles para efectuar el pago de la prima, contados a partir del momento del inicio de vigencia del seguro.</p>
<p>LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDEN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADO PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.</p>	

## TERMINACIÓN DEL SEGURO

El seguro se podrá terminar o no renovar por alguna de las siguientes causas:

1. Mora en el pago de la prima.
2. Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el seguro.
3. Cancelación del producto financiero seleccionado a solicitud del asegurado, lo cual impide cargar y/o debitar el pago de la prima del seguro.
4. Revocación unilateral mediante aviso escrito o verbal por parte del asegurado dirigido a LA EQUIDAD.
5. Revocación unilateral mediante aviso escrito por parte de LA EQUIDAD dirigido a la última dirección física o electrónica conocida del asegurado, con no menos de diez (10) días de antelación contados a partir de la fecha de envío.

## DECLARACIONES

Por medio de la presente declaración, manifiesto expresamente mi deseo de adherirme al contrato de seguro firmado entre LA EQUIDAD y Cooperativa Médica del Valle y de Profesionales de Colombia compañía COOMEVA S.A., conace y acepto las condiciones particulares del seguro, respecto de todo aquello que no se encuentre pactado en el condicionado particular del seguro habrá de tenerse en cuenta los condicionados generales depositados en la Superintendencia Financiera de Colombia.

Declaro que soy mayor de 18 años y menor de 90 años y 364 días. Declaro que no he sido rechazado por ninguna compañía de seguros al presentar una solicitud de seguros de vida, salud o enfermedades graves.

Manifiesto que no tengo antecedentes penales, más actividades económicas son legales y lícitas.

Declaro que las manifestaciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas y por lo tanto cualquier reticencia, error u omisión en la información suministrada tendrá las consecuencias estipuladas en el artículo 1058, 1158 y 1161 del código de comercio, he sido informado que en el caso en que incurra en reticencia, error u omisión en la información suministrada para la adquisición del seguro, LA EQUIDAD Seguros procederá con la cancelación unilateral del seguro y no otorgará la cobertura inicialmente contratada. No practico deportes que afecten mi integridad, como los considerados de alto riesgo.

## AUTORIZACIONES

En cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 y sus normas reglamentarias, para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros de Vida O.C., (En adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamiento descritos en la presente autorización. Así mismo, autorizo y declaro que he sido informado que durante la etapa precontractual y contractual, La Equidad puede acceder a otras bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento, para las fines y tratamiento descrito a continuación: 1. Qué mis datos personales serán tratados por La Equidad, para las siguientes finalidades: a) El trámite de vinculación como consumidor financiero; b) Todas las actividades referentes al proceso de negociación contractual, su ejecución, cumplimiento y en general, la gestión integral del seguro contratado; c) Verificación del estado del riesgo en cualquier tiempo; d) El control y la prevención del fraude; e) La liquidación y pago de siniestros; f) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticos, encuestas, verificación, actualización de datos y análisis de tendencias del mercado; g) Envío de información de actualización en las políticas de tratamiento de datos y otras comerciales de seguros de La Equidad; h) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las y los Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial; i) Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral; 2. Que, para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegare a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ella ya hubiere terminado y concluido el término de vigencia del tratamiento; 3. Que los datos podrán ser compartidos, suministrados, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: a) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivadas de los contratos de seguro celebrados con La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, gestores de cartera, entre otros; b) Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y liquidación del contrato de seguro; c) Las entidades jurídicas con las cuales La Equidad adelante gestiones para efectos de Coaseguro o Reaseguro; d) A las personas físicas que administren bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral y la selección de riesgos, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales; 4. Que, para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad podrá consultar las bases de datos a que hace referencia el literal a) del numeral 3 de este documento; 5. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas; 6. Que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, si la información suministrada es relativa a la salud y a los datos biométricos; 7. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niños, niñas y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas; 8. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hayan sido objeto de tratamiento; 9. Que el responsable del tratamiento de la información es La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros de Vida O.C., cuya dirección es carrera 9 A No. 99-07 Piso 12, el teléfono es 5922929 y su página web es [www.laequidadseguros.coop](http://www.laequidadseguros.coop); 10. Que con la suscripción del presente documento, autorizo el tratamiento de los datos personales, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en esta autorización.

Autorizo la renovación automática del seguro.

Acepto las condiciones de prima y cobertura del seguro señaladas en el presente certificado de seguro.

Autorizo a COOMEVA COOPERATIVA y COOMEVA CORREDORES DE SEGUROS o efectuar el recaudo de las primas del seguro, la cual se encontrará incluida en la liquidación del valor total del crédito desembolsado. Así mismo y una vez efectuado el recaudo de la prima, autorizo a COOMEVA COOPERATIVA y COOMEVA CORREDORES DE SEGURO para que efectúe directamente el pago de la prima a LA EQUIDAD.

Autorizo a BANCOOMEVA para recibir la destrucción del presente documento en caso de que el producto financiero objeto del seguro no sea aprobado por esta entidad.

Autorizo a BANCOOMEVA para que en calidad de beneficiario efectúe la reclamación ante LA EQUIDAD en caso de siniestro, reciba la indemnización y la aplique a la obligación financiera.


Autorizo a que me informe con relación a en el SARLAFI y que repasa en el formulario y documentos suministrados a BANCOOMEVA pueda ser compartida por dicha entidad con La Equidad Seguros para los fines relacionados con el presente contrato de seguro.

Autorizo a la compañía en las presentes condiciones particulares a incrementar el valor de la prima hasta el porcentaje (%) equivalente al índice de precios al consumidor (IPC) certificado por el DANE para el año calendario inmediatamente anterior.

Autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de hospital o persona que me haya atendido a suministrar a LA EQUIDAD copia de la historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO AL CLIENTE

Declaro que antes de aceptar la suscripción de este seguro el asesor del Banco identificado en este documento, me informó que las condiciones generales del producto se encuentran disponibles en [www.laequidadseguros.coop](http://www.laequidadseguros.coop) y me explico los siguientes aspectos relevantes del mismo: a) la importancia de declarar sinceramente mi estado de salud, la edad y las consecuencias de entregar información incorrecta, b) las coberturas de la póliza, el valor asegurado por cada una de ellas, la vigencia del seguro y el precio que debo pagar por estar asegurado, c) amparos y exclusiones, d) los canales y medios que puedo utilizar en caso de requerir información adicional del seguro o de requerir efectuar cualquier reclamación d) toda la información contenida en este documento, fue suministrada a título personal y estoy de acuerdo con todos los datos incluidos en la misma.

  
Firma y documento del asegurado  
CC # 41.731.452 Bta

  
Firma Autorizada La Equidad Seguros de Vida O.C.  
NIT: 830.008.686-1

  
Huella índice derecho del asegurado

Nombre del asesor de ventas	Nº documento asesor de ventas	Nombre Oficina	Código de la oficina	Fecha de diligenciamiento
DAISY PEREIRA LOPEZ	52.267.888	GALERIAS	0502	09/09/2017

En caso de presentarse un evento que afecte el presente seguro, por favor comunicarse con cualquiera de las agencias y representaciones de LA EQUIDAD SEGUROS O.C. en el país.

Asistencia 24 horas los  
365 días del año

#324

Línea segura nacional  
018000919538

En Bogotá  
7460392

[www.laequidadseguros.coop](http://www.laequidadseguros.coop)



Una aseguradora cooperativa con sentido social



SUS-FC-0151 (08-17)