

Fecha de solicitud: 05/10/2022

Nº Solicitud:

TOMADOR: Cooperativa Médica del Valle y de Profesionales de Colombia - COOMEVA						NIT: 890.300.625-1	
DATOS DEL ASEGURADO							
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS Lina Gonzalez Castañeda		TIPO DE DOCUMENTO C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.S. <input type="checkbox"/>		Nº DE DOCUMENTO 41231412		FECHA DE NACIMIENTO 09/01/1955	
PESO (kg) 75		ESTATURA (m) 1.67		GÉNERO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		CARGO Gerente	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Calle N° 3-50		CIUDAD Bogotá		DEPARTAMENTO Cundinamarca		PAÍS DE RESIDENCIA Colombia	
TELÉFONO Fijo y Celular 3134233788		CORREO ELECTRÓNICO lina.gonzalez99@hotmail.com		VALOR ASEGURADO ACUMULADO \$ 311.109.683		NITIVO VALOR TOTAL ASEGURADO \$ 319.709.608	
* Edad desconocida: cuando se ignore la edad de alguna de las integrantes del grupo, la prima básica de las edades desconocidas, se debe calcular aplicando la tasa correspondiente a la edad que se define en la tarifa. En consecuencia, se advierte que su prima se liquidará con la tasa correspondiente a la definida en la tarifa, por desconocerse la edad real.							
DATOS BENEFICIARIOS							
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS		Nº DE DOCUMENTO		% DE PARTICIPACIÓN		ONEROSO O GRATUITO	
Monica Vidal Gonzalez		52.429.477		70 %		Gratuito	
Manuela Zapata Vidal		1027660436		30 %		Gratuito	
Barralmen		9004061505		-		Oneroso	
* La suma de los porcentajes de participación deben corresponder máximo 100%.							
* Se deja expresa constancia que en caso de ausencia que afecte el seguro objeto de la cobertura la entidad acreedora titular de la obligación obrera como beneficiario preferencial hasta por el respectivo monto de sus intereses y acreencias.							
* Tipos de documento: Cédula (C.C.), Cédula de extranjería (C.E.), Pasaporte (P.S.), Tarjeta de Identidad (T.I.), Registro Civil (R.C.).							
DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD							

Con plena conciencia de que la retención, inexistencia, omisión o la falsedad dejan sin efecto al seguro, así como que éste se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal day respuesta de buena fe a las 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 siguientes condiciones:

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| 1. AFECIONES CARDIOVASCULARES | <input type="checkbox"/> | 8. AFECIONES RENALES | <input type="checkbox"/> |
| 2. CANCER | <input type="checkbox"/> | 9. ALCOHOLISMO | <input type="checkbox"/> |
| 3. DIABETES | <input type="checkbox"/> | 10. TABAQUEO / DROGADICCIÓN | <input type="checkbox"/> |
| 4. VIH POSITIVO / SIDA | <input type="checkbox"/> | 11. HIPERTENSIÓN ARTERIAL | <input type="checkbox"/> |
| 5. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA | <input type="checkbox"/> | 12. ENFERMEDADES CONGÉNITAS | <input type="checkbox"/> |
| 6. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA | <input type="checkbox"/> | 13. ENFERMEDADES DEL COLÁGENO | <input type="checkbox"/> |
| 7. BPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA | <input type="checkbox"/> | 14. ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS | <input type="checkbox"/> |

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

En caso de haber marcado alguna de las condiciones anteriores o si padece alguna enfermedad aguda o crónica, afeción o adicción favor explicar detalladamente:

Nota: La EQUIDAD a su solicitud podrá requerir exámenes médicos adicionales para evaluar el ingreso del asegurado a la póliza.
Nota: 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. Este producto es ofrecido a través de: 1. Lija de la red de BANCOOMEVA S.A. 2. Bono Integral Coomeva Cooperativa. Estas empresas limitan su responsabilidad al correcto cumplimiento de las instrucciones debidamente empañadas por La Equidad Seguros de Vida O.C. para la prestación del servicio. BANCOOMEVA S.A. y Coomeva Cooperativa no actúan como intermediarias de seguros ni como compañías aseguradoras.

Coberturas	Eventos a indemnizar por cobertura	Mínimo Ingreso	Máximo Ingreso	Máximo Permanencia
BÁSICO MUERTE: En caso de fallecimiento por cualquier causa del asegurado, LA EQUIDAD 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.	1 evento	18 años	79 años más 344 días	Hasta la finalización de la vinculación del asegurado con el Tomador
INVALIDEZ: En caso de una invalidez total y permanente superior al 50%, LA EQUIDAD pagará el valor asegurado al beneficiario(s), siempre y cuando la causa de la invalidez no sea ocasionada por una causa preexistente al inicio de vigencia de la póliza.				

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

VIGENCIA Y PRIMAS DEL SEGURO	
TASA MENSUAL SEGÚN RANGO DE EDAD	La vigencia de la póliza inicia en la fecha pactada con el asegurado y tendrá una duración de un (1) año con pago de prima mensual. Termina con el vencimiento del plazo inicialmente pactado o con el cumplimiento de cualquiera de las causas de terminación.
18 - 45 AÑOS TASA 0.35%	PAGO DE LA PRIMA: La prima corresponderá al resultado de multiplicar el valor asegurado, por la tasa del seguro incluida IVA fijada de acuerdo con la edad del asegurado. La tasa que figa para el presente seguro será la pactada y aceptada por el asegurado a la fecha de inicio de vigencia en la póliza.
46 - 70 AÑOS TASA 0.87 %	El asegurado tendrá un período de sesenta (60) días contados para efectuar el pago de la prima, contados a partir del momento del inicio de vigencia del seguro.
IGUAL O > 71 AÑOS TASA 2.17%	El asegurado estará en libre decisión de contratar otro seguro en caso de no aceptar las condiciones de la presente póliza.
EL NO PAGO DE LAS PRIMAS DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DE CONTRATO SIN QUE LA EQUIDAD SEGUROS TENGA DERECHO PARA EXIGIRLAS	

DEFINICIONES

CLAUSULA DE CONVERTIBILIDAD: Los asegurados que se separen del grupo después de permanecer en él por lo menos durante un año continuo, siempre que medie solicitud escrita y pago de la prima, tendrán derecho a ser asegurados por el plan de vida sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tenga bajo la póliza de vida grupo pero sin beneficios ni amparos adicionales, en cualquiera de los planes de seguro individual de vida que emita la entidad, siempre y cuando lo solicite dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de retiro del grupo. El seguro individual se emitirá de acuerdo con las condiciones y tarifas del respectivo plan elegido.

CLAUSULA DE IRREDUCIBILIDAD: La imposibilidad que tiene la entidad después de dos años de expedida la póliza, en caso de descubierto error o referencia que no se relacionen con la edad, de convenir con el asegurado la inexistencia del seguro o solicitar al juez la nulidad del contrato, cuando se descubre solo a fraude la compañía podrá pedir en cualquier tiempo la nulidad del contrato.

INEXACTITUD EN LA DECLARACION DE EDAD: Si respecto a la edad del asegurado se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, se aplicarán las siguientes normas:

- 1) Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa del asegurado, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el Artículo 1058.
- 2) 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 el asegurado.
- 3) Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el ordinal segundo.

DECLARACION DEL ESTADO DEL RIESGO: El tomador está obligado a declarar sinceramente las hechas o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La retención o la inexactitud sobre hechas o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retenido de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. Si la declaración no se hace con intención o a un cuestionario determinado, la retención o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha incurrido por culpa, hechas o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo. Si la inexactitud o la retención previene de estar inculpa del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipuladas en el contrato representan respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160. Las sanciones contempladas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se alista o subsanados o los acepta expresamente o tácitamente.

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

1. Por la muerte del asegurado.
2. Cuando el asegurado cumple la edad máxima de permanencia en el seguro.
3. Cuando el asegurado deja de tener vínculo con el tomador.
4. Revocación unilateral mediante aviso escrito o verbal por parte del asegurado dirigido a LA EQUIDAD.

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 COOMEVA, con sede en Bogotá, D.C., y acepto que las condiciones generales del seguro son las pactadas al ingreso de la póliza. Respecto de todo aquello que no se encuentre pactado en el condicionado general del seguro habrá de tenerse en cuenta las condiciones generales de pólizas emitidas en la Superintendencia Financiera de Colombia.

Declaro que soy mayor de 18 años y menor de 79 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, mis actividades económicas son legales y lícitas.

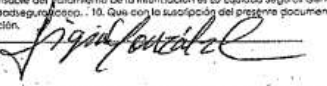
Declaro que las manifestaciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas y por lo tanto cualquier omisión, error u omisión en la información suministrada tendrá las consecuencias estipuladas en el artículo 1058, 1160 y 1161 del código de comercio. He sido informado que en el caso en que incurra en retención, error u omisión en la información suministrada para la adquisición del seguro, LA EQUIDAD procederá con la cancelación unilateral del seguro y no otorgará la cobertura incumplida contratada.

No practico deportes que afecten mi integridad, como las actividades 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 S.A., y/o LA EQUIDAD Seguros de Vida S.A., en adelante LA EQUIDAD, declaro que he suministrado datos personales para la finalidad de tratamiento descritos en la presente autorización. Al mismo tiempo, autorizo y declaro que he sido informado que durante la etapa precontractual y contractual, LA EQUIDAD puede acceder a otros bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento, para los fines y tratamiento descrito a continuación:

- a) Que 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 técnicos-actuariales, estadísticos, encuestas, verificación, actualización de datos y órbita de tenencia del riesgo; g) El envío de información de actualización en las pólizas de tratamiento de datos y alertas comerciales de seguros de LA EQUIDAD; h) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente confiables referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial; i) Cuando así lo requiera, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguros Social Integral 2 que, para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse en el caso de que no se logre a formar una relación contractual con LA EQUIDAD, o que ella ya hubiere terminado y conforme al término de vigencia del tratamiento.
2. Que los datos podrán ser compartidos, transferidos, enlazarlos, enlazarlos, 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, col centes, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, gestores de cartera, entre otros; b) Las intermediarias de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro; c) Las entidades jurídicas con las cuales LA EQUIDAD ostenta gestiones para efectos de Coaseguro o Reaseguro; d) A las personas jurídicas que administran 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 Seguros Social Integral y la selección de riesgos, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.
3. Que para las finalidades indicadas en esta autorización, LA EQUIDAD podrá consultar las bases de datos a que hace referencia el literal c) del numeral 3 de este documento.
4. Que son facultativos 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.
5. Que autorizo expresamente para que se le vea a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, si la información suministrada es relativa a la salud y a los datos biométricos.
6. Que por facultativos las respuestas a las preguntas sobre datos de niños, niñas y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
7. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1372 de 2013. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hayan sido objeto de tratamiento.
8. Que el responsable del tratamiento de la información es LA EQUIDAD Seguros Generales S.A., y/o LA EQUIDAD Seguros de Vida S.A., cuya dirección es Carrera 9 A No. 99-07 Piso 12, el teléfono es 5922929 y su página web es www.laequidadseguros.com.co.
9. Que con la suscripción del presente documento, autorizo el tratamiento de los datos personales, para las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en esta autorización.

FIRMA DEL ASEGURADO: 

Acepto voluntariamente las condiciones de prima del seguro señaladas en el presente certificado de seguro. Autorizo a COOMEVA COOPERATIVA y COOMEVA CORREDORES DE SEGUROS a efectuar el recibo de la prima del seguro. Al mismo y una vez efectuado el recibo de la prima, autorizo a COOMEVA COOPERATIVA y COOMEVA CORREDORES DE SEGUROS para que efectúe directamente el pago de la prima a LA EQUIDAD. Autorizo a que mi información relacionada en el SAEPLAN y que reposa en el formulario y documentos suministrados a BANCOOMEVA o COOMEVA cooperativa pueda ser compartida por dicha entidad con LA EQUIDAD para los fines relacionados con el presente contrato de seguro. 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.

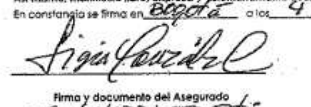
Manifiesto libre, expresa y voluntariamente que durante el proceso de negociación me han sido informadas de manera anticipada las condiciones del contrato de seguro, sus exclusiones y del mismo modo certifico que las condiciones que se encuentran en la página web www.laequidadseguros.com.co. En virtud de tal entendimiento, acepto y decido tomar la póliza.


INFORMACION IMPORTANTE

Para resolver inquietudes acerca del seguro o del trámite de una solicitud de reclamación, favor comunicarse con la línea de atención al cliente: Bogotá DC, 7460392 y a nivel nacional 0180009119338 8324

PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO, se le recomienda mantenerse informado al respecto consultando de forma periódica nuestra página web, <http://www.laequidadseguros.com.co>, ingresando al enlace Consumidor Financiero.

Así mismo, manifiesto libre, expresa y voluntariamente que durante el proceso de negociación me han sido informadas de manera anticipada las condiciones del contrato de seguro y que en virtud de tal en constancia se firma en Bogotá a los 4 días del mes de octubre del año 2022.

Firma y documento del Asegurado:  CC # 41.731.982 TOTA

Huella índice derecho del Asegurado: 

LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA S.A. NIT 830.806.886-1
PRIMA AUTORIZADA

Nombre del asesor de ventas	Nº documento asesor de ventas	Nombre Oficina	Código de la oficina	Fecha de diligenciamiento
Camilo Sant	1019094005	Quelente	802	6-10-2022

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

Asistencia 24 horas los 365 días del año # 324

Línea seguro nacional 018009119338

En Bogotá 7460392

<http://www.laequidadseguros.com.co/>

SUS-FO-01-60/22-001