

Fecha de solicitud DD **04** / **10** / **2022**

N° Solicitud _____

TOMADOR: Cooperativa Medica del valle y de Profesionales de Colombia COOMEVA NIT: 890.300.625-1

DATOS DEL ASEGURADO				
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS LIGIA GONZALEZ CASTANEDA		TIPO DE DOCUMENTO C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.S. <input type="checkbox"/>	N° DE DOCUMENTO 41731452	FECHA DE NACIMIENTO 06 02 1955^A
PESO (kg) 58	ESTATURA (m) 165	GENERO M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	OCUPACIÓN INDEPENDIENTE	
DIRECCION DE RESIDENCIA KR 15 N° 31-50 PENHOUSE 1301		CIUDAD BOGOTA D.C. (D.C)	DEPARTAMENTO BOGOT? D.C.	NACIONALIDAD COLOMBIANO
TELEFONOS FIJO Y CELULAR 3134233788 - 3134233788		CORREO ELECTRÓNICO LIGIA_GONZALEZ99@HOTMAIL.COM	VALOR ASEGURADO SOLICITADO \$14.850.000	NUEVO VALOR TOTAL ASEGURADO \$325.209.600

* Edad desconocida: cuando se ignore la edad de alguno de los integrantes del grupo, la prima básica de las edades desconocidas, se debe calcular aplicando la tasa correspondiente a la edad que se defina en la tarifa. En consecuencia, se advierte que su prima se liquidó con la tasa correspondiente a la definida en la tarifa, por desconocerse la edad real.

DATOS BENEFICIARIOS				
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	N° DE DOCUMENTO	% DE PARTICIPACION	ONEROSO O GRATUITO	EMAIL BENEFICIARIO
BANCOOMEVA	900.406.150-5		ONEROSO	

* La suma de los porcentajes de participación deben corresponder máximo 100%.

* Se deja expresa constancia que en caso de siniestro que afecte el seguro objeto de la cobertura: la entidad acreedora titular de la obligación obrará como beneficiario preferencial hasta por el respectivo monto de sus intereses y acreencias.

* Tipos de documento: Cedula (C.C), Cedula 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 reticencia, inexactitud, omisión 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 siguientes condiciones:

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

8. AFECCIONES RENALES ☐
9. ALCOHOLISMO ☐
10. TABAQUISMO / DROGADICCIÓN ☐
11. HIPERTENSIÓN ARTERIAL ☐
12. ENFERMEADES CONGÉNITAS ☐
13. ENFERMEADES DEL COLÁGENO ☐
14. ENFERMEADES HEMATOLÓGICAS ☐

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, afección o adicción favor explicar detalladamente: _____

Nota: La EQUIDAD a su discreción podrá requerir exámenes médicos adicionales para estudiar 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. Uso de la red de BANCOOMEVA S.A. 2., Barra Integral Coomeva Cooperativa. Estas empresas limitan su responsabilidad al correcto cumplimiento de las instrucciones debidamente impartidas por La Equidad Seguros De Vida O.C. para la prestación del servicio. BANCOOMEVA S.A. y Coomeva Cooperativa no actúan como intermediarios de seguros ni como compañía aseguradora

Coberturas	Eventos a indemnizar por cobertura	Minima Ingreso	Maxima Ingreso	Maxima Permanencia
BASICO 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 mas 364 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 periodo activo mínimo y no tiene periodo de carencia para ninguna de las coberturas.

VIGENCIA Y PRIMAS DEL SEGURO	
TASA MENSUAL SEGÚN RANGO DE EDAD 18 - 45 AÑOS TASA 0.67%° 46 - 70 AÑOS TASA 1.10 %° IGUAL O > 71 AÑOS TASA 4.38%°	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 causales de terminación. PAGO DE LA PRIMA: La prima corresponderá al resultado de multiplicar el valor asegurado, por la tasa del seguro incluido IVA fijada de acuerdo con la edad del asegurado. La tasa que rige para el presente seguro será la pactada y aceptada por el asegurado a la fecha de inicio de vigencia en la póliza. El asegurado tendrá un periodo de sesenta (60) días corridos para efectuar el pago de la prima, contados a partir del momento del inicio de vigencia del seguro. 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, PRODUCIRA LA TERMINACION 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 amparo 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 equidad, 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 IRREDUCTIBILIDAD: La imposibilidad que tiene la equidad despues de dos años de expedida la póliza, en caso de descubrir error o reticencia que no se relacionen con la edad, de convenir con el asegurado la inexistencia o la inexactitud al juez la nulidad del contrato, cuando se descubra dolo o fraude la compañía podra pedir en cualquier tiempo la nulidad del contrato.

INEXACTITUD 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:

1) Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa del asegurador, 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 asegurador, y

3) Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el ordinal segundo.

DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO: El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable 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 estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160.

Las sanciones consagradas 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 allana a subsanarlos o los acepta expresa o fácilmente.

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.Cuando el asegurado deje 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 Medica del valle y de Profesionales de Colombia COOMEVA ., Conozco 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 los condicionados generales depositados en la Súper Intendencia 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 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 procederá con la cancelación unilateral del seguro y no otorgara la cobertura inicialmente contratada.

No practico deportes que afecten mi integridad, como los coniderados 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 los fines y tratamiento descrito a continuación: 1. 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 técnico-actuariales, estadísticas, 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 ofertas 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 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 conforme al término de vigencia del tratamiento. 3. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: a) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados 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 terminación 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 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 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 d) 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. 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.

FIRMA DEL ASEGURADO _____

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 lei las condiciones que se encuentran en la página web www.laequidadseguro.coop. En virtud de tal entendimiento, acepto y decido tomar la póliza.

INFORMACIÓN 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 018000919538 #324

PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO, se le recomienda mantenerse informado al respecto consultando de forma periódica nuestra página web, <http://www.laequidadseguros.coop>, 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 COLOMBIA a los 04 días del mes de OCTUBRE del año 2022.

FIRMADO BIOMETRICAMENTE

NUT: 1SWUM7D37CBT

FECHA Y HORA: 4/10/2022 10:11:25 a. m.

Huella indice derecho del Asegurado

Firma y documento del Asegurado

LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. NIT 830.008.686-1

FIRMA AUTORIZADA

Nombre del asesor del ventas	Nº documento asesor de ventas	Nombre Oficina	Codigo de la oficina	Fecha de diligenciamiento
FABIAN CAMILO SARMIENTO RAMOS	1019074115	OFICINA GALERIAS - BOGOTA	502	2022 10 04

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**

<http://www.laequidadseguros.coop/>