

CONDICIONES PARTICULARES POLIZA VIDA GRUPO # AA007625 – AA007626**TOMADOR: COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y DE PROFESIONALES DE COLOMBIA COOMEVA****NIT: 890.300.625 – 1****ASEGURADOS: CLIENTE COOMEVA Y BANCOOMEVA****BENEFICIARIOS: LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO Y/O LOS DE LEY.****VIGENCIA: LA VIGENCIA DE LA POLIZA ES DEL 01 DE SEPTIEMBRE DE 2022 A LAS 00:00 HORAS HASTA EL 01 DE SEPTIEMBRE DE 2023 A LAS 00:00 HORAS****Estructura De La Póliza**

Amparar en caso de muerte o incapacidad total y permanente al grupo asegurable incluso cuando sean deudores de las líneas de créditos comerciales, créditos de vivienda y créditos de consumo y/o cualquier otra línea de crédito otorgados por Coomeva o Bancoomeva (GECC), en adelante El Tomador.

En el caso de respaldar una obligación el seguro entrará en vigor a partir del desembolso del préstamo al asegurado (para los nuevos créditos) y se entenderá vigente en las condiciones actuales para los créditos existentes que cuenten con dicha cobertura, de conformidad con lo establecido en la cláusula de extensión.

En los casos de respaldar una obligación, Entidad acreedora titular de la obligación adquiere la calidad de Primer Beneficiario del seguro hasta por el saldo de la obligación, el excedente si existiere se pagará al Asegurado o sus beneficiarios y en su defecto a sus herederos de ley.

Igualmente, la aseguradora dará cobertura automática en los términos de la póliza, a las compras de cartera que realice la entidad acreedora titular de la obligación y aceptará el formato de declaración de asegurabilidad de la anterior aseguradora.

En ningún caso La Aseguradora dará aplicación a lo establecido en el inciso segundo del artículo 1064 del Código de Comercio, relacionado con las sanciones de que tratan los artículos 1058 y 1060 ibidem.

1. Amparos

Muerte e Incapacidad Total y Permanente ambas por cualquier causa (incluye SIDA).

Se incluye la muerte o incapacidad total y permanente por suicidio, homicidio, terrorismo, embriaguez y encontrarse bajo el influjo de algún medicamento o droga enervante, estimulante o similar desde el inicio del crédito, es decir, por cualquier causa.

Se entenderá por incapacidad total y permanente la sufrida por el asegurado que se manifieste estando amparado bajo el presente anexo, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales, de acuerdo con la calificación de la entidad legalmente autorizada para expedirla (Administradora de Riesgos Laborales ARL, Fondo de Pensiones, EPS, Junta de Calificación o Médico Laboral o Especialista en Salud Ocupacional de la Red Médica de Coomeva), que le impida desempeñar cualquier trabajo remunerado acorde con su formación personal u ocupación habitual, siempre que dicha incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor a 120 días.

La fecha de siniestro será la de declaratoria de la pérdida de la capacidad laboral, independiente de la fecha de estructuración. Para el caso de la declaratoria por el Médico Laboral o Especialista en Salud Ocupacional de la Red Médica de Coomeva, será éste quien establezca la fecha, de acuerdo con la historia clínica y la valoración del paciente.

2. Valor Asegurado

El valor asegurado por persona corresponderá al monto inicial del crédito otorgado por El Tomador.

Siempre y cuando se pague prima correspondiente como saldo de la obligación contraída se entenderá, el capital no pagado más los intereses corrientes, intereses de mora si los hubiere, incluyendo las primas de seguros dejadas de pagar y otros conceptos imputados al crédito (por ejemplo, el pago de los honorarios y gastos judiciales en caso de que el crédito se encuentre en cobro jurídico).

El valor asegurado corresponde al valor desembolsado y antes del 3 de marzo de 2014 el valor asegurado corresponde al saldo insoluto de la obligación.



El corredor de seguros procederá con el ajuste de disminución de prima, siempre y cuando el asegurado solicite ajustar el valor desembolsado a valor endeudado.

2.1 Límite Máximo Por Asegurado

El límite máximo por asegurado es de 2.400 SMMLV.

3. Edades de ingreso Y Permanencia

COBERTURA	EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD DE PERMANENCIA
MUERTE	18 años	79 años y 364 días	Hasta la finalización de la vinculación del asegurado con el Tomador
INVALIDEZ	18 años	79 años y 364 días	Hasta la finalización de la vinculación del asegurado con el Tomador

4. Amparo Automático.

Se concede amparo automático cubriendo preexistencias y reticencias para personas que contraigan créditos hasta **\$130'000.000=** en una o varias obligaciones y edad hasta de 70 años + 364 días con la sola firma de la declaración de asegurabilidad.

También se concede amparo automático y no se exigirán requisitos adicionales de asegurabilidad para personas que contraigan créditos desde **\$130'000.001=** hasta **\$400'000.000=** y edad máxima de 70 años + 364 días con la sola firma de la declaración de asegurabilidad siempre y cuando el Asegurado no declare ninguna patología afirmativamente.

También se concede amparo automático y no se exigirán requisitos adicionales de asegurabilidad para personas que contraigan créditos desde **\$130'000.001=** hasta **\$400'000.000=** y edad máxima de 70 años + 364 días con la sola firma de la declaración de asegurabilidad y que declare alguna(s) de la(s) siguiente(s) patología(s):





- Cirugías estéticas.
- Cirugías de cornetes.
- Cirugías de cataratas.
- Procedimientos de infertilización masculina y femenina.
- Cirugía de amígdalas.
- Cesáreas.
- Cirugía por apendicitis.
- Procedimientos odontológicos.
- Artroscopias.
- Histerectomía.
- **Artritis.** Se excluye Artritis Reumatoidea, la cual si requiere de examen médico.
- **Fracturas.** Se excluyen fractura craneal o de columna las cuales si requieren de examen médico.
- **Afecciones respiratorias.** Se excluyen EPOC, Neumonía, Bronquitis, Cáncer las cuales si requieren de examen médico.
- **Hernia umbilical**
- **Cálculos renales**
- **Cirugía de vesícula**
- **Cirugía de corrección de miopía o estrabismo**
- **Cirugía de hallux valgus**
- **Hernia Inguinal**
- **Cirugía Inguinal**

La indemnización en caso de preexistencia y retenciones tendrá una cobertura máxima hasta **\$130'000.000**.

Para Créditos desembolsados a mayores de 70 años a partir del 14 de marzo de 2023, aplica lo siguiente:

Se concede amparo automático cubriendo preexistencias y retenciones para personas que contraigan créditos hasta **\$50'000.000=** en una o varias obligaciones y edad superior a 70 años con la sola firma de la declaración de asegurabilidad. Aplica únicamente para el amparo básico y solo para créditos nuevos.

Para personas con edad superior a 70 años y Créditos superiores a **\$50'000.001=** no aplica amparo automático, por lo cual se requiere realización de exámenes médicos y cumplimiento de requisitos de asegurabilidad para realizar estudio y aprobación por parte de la aseguradora.





5. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Monto a asegurar expresado en pesos	Edad límite del Asegurado	Requisitos asegurabilidad	Cobertura de patologías bajo el amparo automático (Mencionar patologías)
Hasta 130 MCOP	18 años hasta 70 años + 364 días	CA	Se cubren preexistencias y reticencias
Hasta 50 MCOP	Mayores de 70 años	CA	Se cubren preexistencias y reticencias
Más de 130 MCOP y hasta 400 MCOP	18 años hasta 70 años + 364 días	1 Para personas que marquen patologías diferentes a las nombradas aplicaran los requisitos del numeral 3	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugías estéticas. • Cirugías de cornetes. • Cirugías de cataratas. • Procedimientos de in fertilización masculina y femenina. • Cirugía de amígdalas. • Cesáreas. • Cirugía por apendicitis. • Procedimientos odontológicos. • Artroscopias. • Histerectomía. • Artritis. Se excluye Artritis Reumatoidea, la cual si requiere de examen médico. • Fracturas. Se excluyen fractura craneal o de columna las cuales si requieren de examen médico. • Afecciones respiratorias. Se excluyen EPOC, Neumonía, Bronquitis, Cáncer las cuales si requieren de examen médico. • Hernia umbilical • Cálculos renales • Cirugía de vesícula



			<ul style="list-style-type: none">• Cirugía de corrección de miopía o estrabismo• Cirugía de hallux valgus• Cirugía Inguinal• Hernia inguinal
Más de 400 MCOP y hasta (2.400 SMMLV)	18 años hasta 69 años + 364 días	1,2	
De 50 MCPOC a 240smmlv	Mas de 70 años	1,3	Independiente del estado de salud debe cumplir con los requisitos de asegurabilidad

CA: Cobertura Automática; todos los Asegurados son cubiertos (no se requiere declaración de salud) y las condiciones pre existentes son cubiertas

1: Declaración de Asegurabilidad: Si en la declaración el asegurado reconoce que tiene una buena condición en su salud y responde negativamente a las preguntas será asegurado de manera automática; si responde afirmativamente a alguna de las preguntas, Equidad se reserva el derecho de solicitar exámenes.

2: Examen médico y examen parcial de orina.

3: Examen médico, Perfil lipídico, Electrocardiograma, Parcial de orina, Creatinina, Cuadro hemático, Glicemia, VIH y electrocardiograma de esfuerzo.



5.1. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD ADICIONALES

Para Valores Asegurados desde **\$130'000.001=** hasta **\$400'000.000=** y cualquier edad, que declare afirmativamente alguna de las siguientes patologías, se requieren los siguientes exámenes:

5.1.1. Contesta Sí en Afecciones Cardiovasculares: Se solicita examen médico, EKG, glicemia, perfil lipídico, parcial de orina.

5.1.2. Contesta Sí en Hipertensión Arterial: Se solicita examen médico, química sanguínea, EKG.

5.1.3. Contesta Sí en Afecciones Cerebro vasculares: Se solicita examen médico, EKG, glicemia, perfil lipídico, parcial de orina.

5.1.4. Contesta Sí en Cáncer: Se solicita examen médico, EKG, glicemia, perfil lipídico, parcial de orina. Historia clínica, evolución y pronóstico diligenciado por médico tratante.

5.1.5. Contesta Sí en Diabetes: Se solicita examen médico, química sanguínea, EKG.

5.1.6. Contesta Sí en VIH / S.I.D.A: Se solicita examen médico, EKG, glicemia, perfil lipídico, parcial de orina, VIH, serología

5.1.7. Contesta Sí en Afecciones Renales: Se solicita examen médico, EKG, Glicemia, Perfil Lipídico, parcial de orina, BUN y Creatinina.

5.1.8. Índice de masa corporal:

- Si el índice de masa corporal está entre 25 a 30, no se solicitan exámenes complementarios.

El índice de masa corporal se calcula de la siguiente forma:

FORMULA INDICE DE MASA CORPORAL: $IMC = PESO / TALLA^2$

Ejemplo: 80 kilos, Estatura 1.65 Entonces $IMC = 80 / (1.65)^2 = 29.3$



Resumen exámenes médicos para patologías específicas:

Patologías declaradas por el Asegurado	Documento (s) solicitados (s)	Monto a asegurar expresado en pesos	Edad límite del Asegurado	Exámenes médicos solicitados
Cardio vascular	Declaración de Asegurabilidad: Si en la declaración el asegurado reconoce que tiene una buena condición en su salud y responde negativamente a las preguntas será asegurado de manera automática; si responde afirmativamente a alguna de patologías acá descritas, Equidad se reserva el derecho de solicitar exámenes médicos. En caso de siniestro Equidad puede rechazarlo por pre existencia si esta no fue declarada y era conocida por el asegurado.	Más de 130 MCOP y hasta 400 MCOP	18 años hasta 70 años + 364 días	EKG, glicemia, perfil lipídico y parcial de orina.
Hipertensión Arterial				Química sanguínea y EKG.
Cerebro vascular				EKG, glicemia, perfil lipídico y parcial de orina.
Cáncer				EKG, glicemia, perfil lipídico, parcial de orina, historia clínica, evolución y pronóstico diligenciado por médico tratante.
Diabetes				Química sanguínea y EKG.
VIH/ S.I.D.A.				EKG, glicemia, perfil lipídico, parcial de orina, VIH y serología.
Afecciones Renales				EKG, Glicemia, Perfil Lipídico, parcial de orina, BUN y Creatinina.
Masa corporal				<ul style="list-style-type: none"> • Si el índice de masa corporal está entre 25 a 30, no se solicitan exámenes complementarios. • Si el índice de masa corporal es superior a 30, se extra prima con un 30% si es mayor el IMC se aplica lo expuesto en el numeral 6.

*Para cualquier otra enfermedad diferente a las detalladas anteriormente, se requiere estudio y aprobación previa de la aseguradora.

5.2. VALORES ASEGURADOS IGUALES O MAYORES A \$400'000.001=

Para Valores Asegurados iguales o mayores a **\$400'000.001** en uno o varios créditos y hasta el límite máximo por asegurado, cualquier edad e independiente del estado de salud declarado, se requiere estudio y aprobación previa de la aseguradora.

6. Manejo del IMC (Índice de masa corporal)

Formula Índice de Masa Corporal:

Traducir la altura a metros. Ejemplo. 1.65 metros.

Multiplicarlo por sí mismo, es decir $1.65 \times 1.65 = 2.72$

Dividir el peso entre el resultado anterior, es decir: $\text{Peso } 70 \text{ kg} / 2.72 = 25.7$
IMC

Extra primas por índice de masa corporal

De 30.1 a 34.9 extra prima del 30%

De 35.1 a 39.9 se requiere resumen de la historia clínica últimos tres años y en facultad de la agencia extra primar 50%.

De 40 en adelante se requiere resumen de la historia clínica últimos tres años y enviar a la Gerencia de Vida de la Equidad Seguros quien determinara cobertura.

7. Red medica

Contamos con una Red Médica calificadora a nivel nacional quienes serán los encargados de otorgar las condiciones para los asegurados.

Procedimiento de atención:

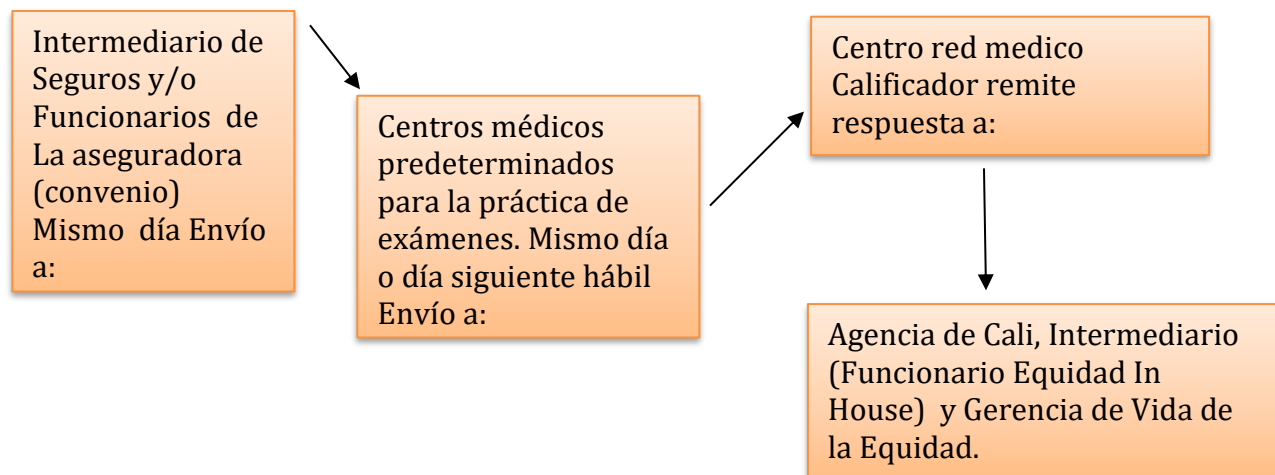
1. El intermediario de seguros en conjunto con los funcionarios de la aseguradora (Funcionario que asignará La Equidad seguros para el manejo del convenio In House) remitirán los asegurados a centros médicos predeterminados autorizados por la Equidad Seguros de Vida, para la práctica de los exámenes.

2. El centro médico debe enviar los resultados de exámenes al centro Red médico calificador quien a su vez determinará y confirmará viabilidad de asegurabilidad (condiciones), remitiendo respuesta a la Agencia, intermediario (In House), y a la Gerencia de Vida de La Equidad.



Según las patologías se informará el respectivo recargo si lo hay, para que sea aplicado al asegurado en la liquidación de las primas de seguro respectiva.

8. Flujograma



9. Definición Por Parte De La Aseguradora

La Equidad seguros se compromete a dar respuesta para la suscripción de los riesgos, el cual no podrá superar tres (3) días contados a partir del día hábil siguiente a la recepción de los documentos, inclusive los resultados médicos requeridos.

Se tiene en cuenta que el incumplimiento en el término de respuesta genera amparo automático, aún si el valor de la obligación excede el monto designado como amparo automático.

La custodia de los documentos físicos (Solicitud de seguro/declaración de asegurabilidad) es responsabilidad del Tomador y debe estar disponible para cuando la Aseguradora lo requiera dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la solicitud.

10. Permanencia

El término de cobertura, para todos los amparos será hasta la terminación de la Vinculación del asegurado con el Tomador.





11. Forma De Pago

La póliza se registrará bajo el sistema de declaraciones mensuales mes completo sin prorratas y pago mensual vencido 30 días fecha de factura definitiva. Al momento de pagar la prima mensual se descontará el valor por gastos administrativos y recaudo.

Para el pago de la prima, El Tomador o la entidad que esta designe entregara a la aseguradora el valor total de los saldos de cartera con su respectivo valor de prima a facturar, según quede estructurada la tarifa.

12. Tasas

Las tasas indicadas corresponden a las nuevas inclusiones, para la cartera vigente del Tomador, tendrá la protestad de mantener las tasas actuales o aplicar las nuevas tasas a la cartera vigente:

Se acepta la tasa actual para la cartera Vigente con un aumento en la base del 5%, con las condiciones de Comisión y Gastos De Administración y Recaudo que se definen en el presente documento, para las nuevas inclusiones así:

Las tasas para nuevos negocios son:

5% de recargo en la base de créditos antiguos

RANGOS DE EDAD	MENOR 45 AÑOS	ENTRE 46 Y 70 AÑOS	MAYORES 70 AÑOS	Mayores de 70 años Creditos nuevos desembolsados a partir del 14-03-2023
TASA POR MIL MENSUAL	0.35	0.57	2.17	2.60

En los casos que haya un deudor solidario las Tasas a aplicar serán las mismas del asegurado principal ya sea de la cartera vigente o de la nueva cartera.

TASAS ACTUALES

Base de Renovacion Vigencia 1 de Septiembre de 2020 a 1 de Septiembre de 2021				
RANGO DE EDAD	TASA GRUPO ETARIO 2020-2021 ‰	Prima Mensual por Millon 2020-2021	TASA GRUPO ETARIO 2021-2022 ‰	Prima Mensual por Millon 2021-2022
18 AÑOS - 45 AÑOS mas 364 días	0,3022	302	0,33	330
46 AÑOS - 70 AÑOS mas 364 días	0,4706	471	0,52	520
=o > 71	1,7337	1.734	1,91	1.910

13. Comisión De Intermediación

La comisión por intermediación será del **4% + IVA** sobre las primas totales facturadas en el cobro mensual para la cartera Vigente y nuevas inclusiones.

14. Gastos De Administración Y Recaudo

Los costos de administración y recaudo serán liquidados sobre las primas totales y serán descontados mensualmente por El Tomador al efectuar el pago de las primas.

Para la cartera Vigente El porcentaje establecido como gastos de administración y recaudo será del **32% + IVA**.

Para nuevas inclusiones según la tasa definida por los Gastos de Administración y Recaudo elegida por el Tomador

15. Participación de Utilidades

La fórmula de la PU es la siguiente, con un gasto compañía del 8%

(+)	Prima Devengada	\$ 46.897.114.893	
(-)	Siniestros Incurridos *	\$ 11.120.808.737	
(-)	Comisión	\$ 2.813.826.894	4,00%
(-)	Retorno	\$ 16.132.607.523	32,00%
(-)	IVA	\$ 3.599.822.539	
(-)	Fondo Mercadeo	\$ 234.485.574	0,50%
(-)	Gastos Compañía	\$ 3.751.769.191	10,00%

(=) Base PU \$ 9.243.794.434

PU= 50%*Base PU \$4.621.897.217

*Incluye IBNR 7%

16. Personal Apoyo Intermediario:

Se autoriza Una (1) Persona in house que apoye las funciones relacionadas con el objeto del contrato en las oficinas del intermediario para la administración y operación de la cuenta a nivel nacional (facturación, cierres, conciliaciones y Sinistros).

17. Procedimiento en caso de siniestro

Teniendo en cuenta el modelo establecido de reporte de riesgos vigentes (Base de Datos Neteada), reporte de recaudos y procesos de conciliación que pueden extenderse a 60 días fecha de cobro; y sabiendo que pueden ocurrir siniestros tempranos en el mismo mes de inclusión, en cuyo caso no estarían detallados en el neto de las bases de datos mensuales; se define que para los casos de siniestros reportados y que no aparezcan cargados en el sistema de la aseguradora, desde el área de indemnizaciones de la aseguradora se procederá a validar con el área de operaciones de Coomeva la existencia de la cobertura y con ello el suministro de los soportes necesarios para el cargue del registro y atención del siniestro.

Documentos necesarios base actual

Los documentos necesarios para la atención de siniestro serán:

- En Caso de respaldar una Obligación Certificación de la entidad especificando el saldo total de la deuda a la fecha en que será girado el pago a la entidad en el formato establecido por la entidad.
- Fotocopia de la cédula del fallecido.
- Registro de defunción expedido por la notaría.
- e. En los casos de Incapacidad Total y Permanente, se requerirá la confirmación de la declaratoria de Incapacidad.
- Resumen Historia Clínica para créditos superiores a **\$130.000.000**



Documentos Necesarios Nuevas Inclusiones Hasta Cúmulos De \$130'000.000

Los documentos necesarios para la atención de siniestro serán:

- a. En caso de respaldar una obligación Certificación de la entidad especificando el saldo total de la deuda a la fecha en que será girado el pago a la entidad en el formato establecido por la entidad.
- b. Fotocopia de la cédula del fallecido.
- c. Registro de defunción expedido por la notaría.
- d. En los casos de Incapacidad Total y Permanente, se requerirá la confirmación de la declaratoria de Incapacidad.

Documentos Necesarios Nuevas Inclusiones Cúmulos Mayores A \$130'000.000.

Los documentos necesarios para la atención de siniestro serán:

- a. En caso de respaldar una obligación Certificación de la entidad especificando el saldo total de la deuda a la fecha en que será girado el pago a la entidad en el formato establecido por la entidad.
- b. Copia de la solicitud del seguro de Vida.
- c. Fotocopia de la cédula del fallecido.
- d. Registro de defunción expedido por la notaría.
- e. En los casos de Incapacidad Total y Permanente, se requerirá la confirmación de la declaratoria de Incapacidad.
- f. Historia Clínica.

17.1 Notificación y trámite de siniestros.

La notificación de siniestros se comunicará a la aseguradora por correo electrónico. Los documentos requeridos para la atención de siniestros se remitirán por dicho medio.

17.2 Informe Mensual De Siniestralidad

La aseguradora entregará en medio electrónico (Excel) al corte de cada mes y dentro de los primeros diez (10) días de cada mensualidad, la información de los siniestros, la cual deberá contener la siguiente información (por cada siniestro):

- a. Numero de siniestro.
- b. Fecha del siniestro.
- c. Fecha de presentación del siniestro.
- d. Amparo afectado.





- e. Ciudad de ocurrencia.
- f. Valor pagado o en reserva.
- g. Nombre del asegurado.
- h. Cédula del asegurado.
- i. Causa de la muerte o de la incapacidad.

18. Pago de Siniestros

Los pagos por siniestros deberán ser girados por la Equidad seguros en el término máximo para el pago el cual se establece en treinta (30) días contados a partir de la entrega de la documentación exigida por la aseguradora.

La custodia de los documentos físicos y digitales es responsabilidad del Tomador y debe estar disponible para cuando la Aseguradora lo requiera dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes.

19. Clausulas Adicionales Y Condiciones Particulares

19.1 Revocación De La Póliza

Aviso con noventa (90) días calendario de anticipación por cualquiera de las partes.

19.2 Aviso De Siniestro

Se amplían los términos del periodo de aviso de siniestro a noventa (90) días hábiles.

19.3 Cláusula De Exclusiones

La aseguradora acepta que el reporte de exclusiones de asegurados se realice con noventa (90) días de retroactividad.

19.4 Error En La Declaración De La Edad Y/O Fecha De Nacimiento

Se deja establecido que, si la edad real es mayor que la declarada, la Aseguradora indemnizará el valor asegurado y el Tomador deberá pagar, si existiese, la diferencia de prima durante toda la vigencia del seguro, siempre y cuando no supere los límites de edad permitidos en la póliza.





19.5 Cláusula De Extensión / Continuidad De Cobertura

La póliza ampara a todos los Asegurados y demás personas que a la fecha de iniciación del seguro se encontraban amparados en las pólizas anteriores, concediendo automaticidad sin restricción en sus condiciones de salud o de edad y anulando la preexistencia y/o reticencias. Se incluye también bajo esta definición, la compra de cartera que se realice.

19.6 Extensión Solicitud De Seguro

Para la modalidad de crédito rotativo de cualquier línea, se extiende la solicitud inicial de seguro hasta por el tiempo en que dicho crédito se encuentre aprobado, así el Asegurado no haga utilización del mismo.

19.7 Incontestabilidad Y Conversión

Estos beneficios tienen efecto desde la iniciación de la póliza y desde el momento en que toda persona ingrese al grupo asegurado.

19.8 Errores U Omisiones Del Tomador

Los errores y/u omisiones por parte del Tomador en el reporte de los Asegurados y/o valores asegurados entregados a la Aseguradora, no serán tenidos en cuenta como causal de objeción. La Aseguradora emitirá la póliza, el Tomador pagará la prima correspondiente y se procederá con la indemnización.

20. Principio De Causalidad

En caso de inexactitud o reticencia del asegurado, la Compañía solo podrá aplicar las sanciones contempladas en el artículo 1058 del Código de Comercio y concordantes, si las causas que originaron directa o indirectamente el siniestro son coincidentes con la reticencia o la inexactitud en que incurrió el asegurado.

“Art. 1058.- 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 tácitamente".

21. Secuestro O Desaparecimiento

Se otorga cobertura de acuerdo con los amparos contratados en los casos en que se presenten desapariciones o secuestros de los asegurados incluidos en la póliza. En caso de adelantarse un proceso de muerte presunta por desaparecimiento y emitirse posteriormente una sentencia que así lo declare, la presente póliza dará cobertura al evento dentro de los límites contratados, aun después de finalizada la presente vigencia. El simple aviso a la aseguradora acerca de la desaparición o el secuestro de alguno de los asegurados en la póliza bastará para constituir la correspondiente reserva y posterior pago con la presentación del auto admisorio de la demanda, previo pago de la prima de la vigencia correspondiente a la desaparición o secuestro, que acrediten el derecho a la indemnización. El término de prescripción de la acción frente al contrato de seguro en estos eventos empezará a correr a partir de la fecha de la providencia notificada en que se declare oficialmente la muerte por desaparición en la sentencia emitida por un juez de la República.

22. Cláusula De Saldos En Mora

Se ampara la cartera con mora, siempre y cuando El Tomador pague la prima correspondiente a estos saldos.





23. Modificaciones En Contra Del Asegurado

Las condiciones de las pólizas expedidas no podrán ser objeto de modificación unilateral por parte de la aseguradora en contra del asegurado.

24. Declaración De Asegurabilidad

Los certificados de asegurabilidad permanecerán bajo custodia del Tomador, la copia de esta declaración de asegurabilidad sólo será enviada a la aseguradora cuando el Asegurado declare una patología en forma afirmativa o supere los límites automáticos establecidos para el respectivo estudio y aprobación.

En los casos de compra de cartera, la Aseguradora aceptara fotocopia de la declaración de asegurabilidad cuando se originó la obligación objeto de la negociación la cual igualmente será custodiada por El Tomador.

Se aclara que la vigencia de la Declaración De Asegurabilidad y Exámenes Médicos será de seis (6) meses a partir de su diligenciamiento.

25. Pagos Comerciales

La aseguradora establecerá al inicio de cada vigencia un determinado monto para el pago comercial de siniestros que será usado a discreción por El Tomador. El monto inicial se fija en una cuantía no inferior a \$200'000.000.

La solicitud del pago comercial será tramitada por la Dirección Técnica de Coomeva Corredores de Seguros.

Condicionado General

Versión Clausulado General 21/05/2021-1429-P-34-0000000000002030-D00I

Nota Técnica: 21/05/2021-1429-NT-P-34-0000000000002030

26. Exclusiones generales.

La aseguradora otorgará cobertura a los siguientes eventos tanto por vida (muerte natural o accidental) como por incapacidad total y permanente:

1. Enfermedad intencionalmente causada a sí mismo por el asegurado, ya sea en estado de cordura o de enajenación mental.





2. Lesiones sufridas por el asegurado a consecuencia de encontrarse bajo el influjo de bebida alcohólica, de algún medicamento o droga enervante, estimulante o similar, excepto si fueron prescritos por un médico.
3. Riña, cuando el asegurado sea el provocador, o alborotos populares.
4. Participación del asegurado en cualquier servicio o actividad en cualquier fuerza militar en tiempo de paz o guerra, de policía o armada de cualquier tipo, actos de guerra (interna o externa, declarada o no), acto de enemigo extranjero, rebelión, revolución, motín, conmoción civil, asonada, sedición o insurrección, invasión.
5. Actos terroristas.
6. Cualquier servicio o actividad en cualquier fuerza militar en tiempo de paz o guerra, de policía o armada de cualquier tipo, actos de guerra (interna o externa, declarada o no), acto de enemigo extranjero, rebelión, revolución, motín, conmoción civil, asonada, sedición o insurrección, invasión o usurpación ilegal del poder.
7. Viajes en cualquier medio de transporte aéreo, excepto cuando se realiza el viaje como pasajero en una aerolínea comercial debidamente autorizada por las autoridades respectivas.
8. Pruebas o carreras de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
9. Práctica de cualquier deporte en forma profesional o la práctica de deportes de alto riesgo de cualquier clase y la práctica de deportes que involucren el uso de equipos, medios o máquinas de vuelo o deportes con la intervención de algún animal.
10. Actividades peligrosas como la manipulación de explosivos o armas de fuego.
11. Cualquier enfermedad corporal o mental de cualquier tipo.
12. Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza.
13. Accidentes que se originen debido a que el asegurado estaba bajo la influencia de algún medicamento o droga enervante, estimulante o similar, excepto si fueron prescritos por un médico; así como los que se originen a consecuencia de encontrarse bajo los efectos del alcohol.

27. Manejo De Endosos

Conjuntamente se establecerá el proceso de manejo de endosos que se presenten en las pólizas incluidas en el presente acuerdo.

28. Cláusula De Primer Beneficiario

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





29. Expedición De Las Pólizas

Se expedirá una póliza matriz para el ramo, cuyas condiciones reposarán en las oficinas del Tomador y a cada asegurado se le entregará una copia del certificado de seguro.

La póliza carátula y sus anexos serán ser entregados al Tomador, dentro de los diez (10) días calendarios siguientes a la fecha de iniciación de la vigencia de la póliza.

Para el manejo operativo de la póliza, se entiende que con la presentación de la propuesta, la aseguradora permite la expedición delegada a Coomeva Corredores de Seguros S.A., para lo cual entregará la estructura de tarificación que se defina en cada una de las pólizas.

La Equidad acepta que dentro del proceso de administración de la póliza, de acuerdo con las fechas que El Tomador estipule, inicialmente se generará un pre cobro el cual será conciliado con el tomador y una vez aprobado, se generará el cobro definitivo el cual será la base para el pago de primas y los cálculos de comisiones y retornos.

En los cobros mensuales definitivos, serán descontadas las primas correspondientes a las exclusiones y/o ajustes, incluyendo las retroactivas generados por cualquier motivo.

30. Modelo de Operación:

El modelo de operación para la administración de la presente propuesta se ajustará basado el proceso vigente con el que opera la póliza en estos momentos, contando con el concurso de las siguientes áreas:

- Agencia Cali como primer contacto con La Compañía y 25 adicionales a nivel país para atender requerimientos en cada una de las ciudades
- Un (1) funcionario In House para realizar la operatividad de La póliza
- Vicepresidencia Técnica y Gerencia Técnica De Vida Para atender requerimientos técnicos de la póliza
- Médicos evaluadores para suscripción
- Gerencia de Indemnización para atender las reclamaciones

NINY JOHANA PRADA HERNANDEZ

Coordinador Productos De Vida

Fecha Ajuste condiciones: 31 de marzo de 2023 Diana Martinez – ST 1492223



CONDICIONES PARTICULARES POLIZA VIDA GRUPO # AA007625 – AA007626**TOMADOR: COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y DE PROFESIONALES DE COLOMBIA COOMEVA****NIT: 890.300.625 – 1****ASEGURADOS: CLIENTE COOMEVA Y BANCOOMEVA****BENEFICIARIOS: LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO Y/O LOS DE LEY.****VIGENCIA: LA VIGENCIA DE LA POLIZA ES DEL 01 DE SEPTIEMBRE DE 2022 A LAS 00:00 HORAS HASTA EL 01 DE SEPTIEMBRE DE 2023 A LAS 00:00 HORAS****Estructura De La Póliza**

Amparar en caso de muerte o incapacidad total y permanente al grupo asegurable incluso cuando sean deudores de las líneas de créditos comerciales, créditos de vivienda y créditos de consumo y/o cualquier otra línea de crédito otorgados por Coomeva o Bancoomeva (GECC), en adelante El Tomador.

En el caso de respaldar una obligación el seguro entrará en vigor a partir del desembolso del préstamo al asegurado (para los nuevos créditos) y se entenderá vigente en las condiciones actuales para los créditos existentes que cuenten con dicha cobertura, de conformidad con lo establecido en la cláusula de extensión.

En los casos de respaldar una obligación, Entidad acreedora titular de la obligación adquiere la calidad de Primer Beneficiario del seguro hasta por el saldo de la obligación, el excedente si existiere se pagará al Asegurado o sus beneficiarios y en su defecto a sus herederos de ley.

Igualmente, la aseguradora dará cobertura automática en los términos de la póliza, a las compras de cartera que realice la entidad acreedora titular de la obligación y aceptará el formato de declaración de asegurabilidad de la anterior aseguradora.

En ningún caso La Aseguradora dará aplicación a lo establecido en el inciso segundo del artículo 1064 del Código de Comercio, relacionado con las sanciones de que tratan los artículos 1058 y 1060 ibidem.

1. Amparos

Muerte e Incapacidad Total y Permanente ambas por cualquier causa (incluye SIDA).

Se incluye la muerte o incapacidad total y permanente por suicidio, homicidio, terrorismo, embriaguez y encontrarse bajo el influjo de algún medicamento o droga enervante, estimulante o similar desde el inicio del crédito, es decir, por cualquier causa.

Se entenderá por incapacidad total y permanente la sufrida por el asegurado que se manifieste estando amparado bajo el presente anexo, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales, de acuerdo con la calificación de la entidad legalmente autorizada para expedirla (Administradora de Riesgos Laborales ARL, Fondo de Pensiones, EPS, Junta de Calificación o Médico Laboral o Especialista en Salud Ocupacional de la Red Médica de Coomeva), que le impida desempeñar cualquier trabajo remunerado acorde con su formación personal u ocupación habitual, siempre que dicha incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor a 120 días.

La fecha de siniestro será la de declaratoria de la pérdida de la capacidad laboral, independiente de la fecha de estructuración. Para el caso de la declaratoria por el Médico Laboral o Especialista en Salud Ocupacional de la Red Médica de Coomeva, será éste quien establezca la fecha, de acuerdo con la historia clínica y la valoración del paciente.

2. Valor Asegurado

El valor asegurado por persona corresponderá al monto inicial del crédito otorgado por El Tomador.

Siempre y cuando se pague prima correspondiente como saldo de la obligación contraída se entenderá, el capital no pagado más los intereses corrientes, intereses de mora si los hubiere, incluyendo las primas de seguros dejadas de pagar y otros conceptos imputados al crédito (por ejemplo, el pago de los honorarios y gastos judiciales en caso de que el crédito se encuentre en cobro jurídico).

El valor asegurado corresponde al valor desembolsado y antes del 3 de Marzo de 2014 el valor asegurado corresponde al saldo insoluto de la obligación.

El corredor de seguros procederá con el ajuste de disminución de prima, siempre y cuando el asegurado solicite ajustar el valor desembolsado a valor endeudado.

2.1 Límite Máximo Por Asegurado

El límite máximo por asegurado es de 2.400 SMMLV.

3. Edades de ingreso Y Permanencia

COBERTURA	EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD DE PERMANENCIA
MUERTE	18 años	79 años y 364 días	Hasta la finalización de la vinculación del asegurado con el Tomador
INVALIDEZ	18 años	79 años y 364 días	Hasta la finalización de la vinculación del asegurado con el Tomador

4. Amparo Automático.

Se concede amparo automático cubriendo preexistencias y reticencias para personas que contraigan créditos hasta **\$130'000.000=** en una o varias obligaciones y edad hasta de 70 años + 364 días con la sola firma de la declaración de asegurabilidad.

También se concede amparo automático y no se exigirán requisitos adicionales de asegurabilidad para personas que contraigan créditos desde **\$130'000.001=** hasta **\$400'000.000=** y edad máxima de 70 años + 364 días con la sola firma de la declaración de asegurabilidad siempre y cuando el Asegurado no declare ninguna patología afirmativamente.

También se concede amparo automático y no se exigirán requisitos adicionales de asegurabilidad para personas que contraigan créditos desde **\$130'000.001=** hasta **\$400'000.000=** y edad máxima de 70 años + 364 días con la sola firma de la declaración de asegurabilidad y que declare alguna(s) de la(s) siguiente(s) patología(s):



- Cirugías estéticas.
- Cirugías de cornetes.
- Cirugías de cataratas.
- Procedimientos de infertilización masculina y femenina.
- Cirugía de amígdalas.
- Cesáreas.
- Cirugía por apendicitis.
- Procedimientos odontológicos.
- Artroscopias.
- Histerectomía.
- **Artritis.** Se excluye Artritis Reumatoidea, la cual si requiere de examen médico.
- **Fracturas.** Se excluyen fractura craneal o de columna las cuales si requieren de examen médico.
- **Afecciones respiratorias.** Se excluyen EPOC, Neumonía, Bronquitis, Cáncer las cuales si requieren de examen médico.
- **Hernia umbilical**
- **Cálculos renales**
- **Cirugía de vesícula**
- **Cirugía de corrección de miopía o estrabismo**
- **Cirugía de hallux valgus**
- **Hernia Inguinal**
- **Cirugía Inguinal**

La indemnización en caso de preexistencia y retenciones tendrá una cobertura máxima hasta **\$130'000.000**.

Para personas con edad superior a 70 años no aplica amparo automático por lo cual se requiere realización de exámenes médicos y cumplimiento de requisitos de asegurabilidad, para realizar estudio y aprobación por parte de la aseguradora.

5. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Monto a asegurar expresado en pesos	Edad límite del Asegurado	Requisitos asegurabilidad	Cobertura de patologías bajo el amparo automático (Mencionar patologías)
Hasta 130 MCOP	18 años hasta 70 años + 364 días	CA	Se cubren preexistencias y retenciones





Más de 130 MCOP y hasta 400 MCOP	18 años hasta 70 años + 364 días	1 Para personas que marquen patologías diferentes a las nombradas aplicaran los requisitos del numeral 2	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugías estéticas. • Cirugías de cornetes. • Cirugías de cataratas. • Procedimientos de in fertilización masculina y femenina. • Cirugía de amígdalas. • Cesáreas. • Cirugía por apendicitis. • Procedimientos odontológicos. • Artroscopias. • Histerectomía. • Artritis. Se excluye Artritis Reumatoidea, la cual si requiere de examen médico. • Fracturas. Se excluyen fractura craneal o de columna las cuales si requieren de examen médico. • Afecciones respiratorias. Se excluyen EPOC, Neumonía, Bronquitis, Cáncer las cuales si requieren de examen médico. • Hernia umbilical • Cálculos renales • Cirugía de vesícula • Cirugía de corrección de miopía o estrabismo • Cirugía de hallux valgus • Cirugía Inguinal • Hernia inguinal
Más de 400 MCOP y hasta (2.400 SMMLV)	18 años hasta 69 años + 364 días	1,2	
1 a (2.400 SMMLV)	Mas de 70 años	1,3	Independiente del estado de salud debe cumplir con los requisitos de asegurabilidad



CA: Cobertura Automática; todos los Asegurados son cubiertos (no se requiere declaración de salud) y las condiciones pre existentes son cubiertas

1: Declaración de Asegurabilidad: Si en la declaración el asegurado reconoce que tiene una buena condición en su salud y responde negativamente a las preguntas será asegurado de manera automática; si responde afirmativamente a alguna de las preguntas, Equidad se reserva el derecho de solicitar exámenes.

2: Examen médico y examen parcial de orina.

3: Examen médico, Perfil lipídico, Electrocardiograma, Parcial de orina, Creatinina, Cuadro hemático, Glicemia, VIH y electrocardiograma de esfuerzo.

5.1. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD ADICIONALES

Para Valores Asegurados desde **\$130'000.001=** hasta **\$400'000.000=** y cualquier edad, que declare afirmativamente alguna de las siguientes patologías, se requieren los siguientes exámenes:

5.1.1. Contesta Sí en Afecciones Cardiovasculares: Se solicita examen médico, EKG, glicemia, perfil lipídico, parcial de orina.

5.1.2. Contesta Sí en Hipertensión Arterial: Se solicita examen médico, química sanguínea, EKG.

5.1.3. Contesta Sí en Afecciones Cerebro vasculares: Se solicita examen médico, EKG, glicemia, perfil lipídico, parcial de orina.

5.1.4. Contesta Sí en Cáncer: Se solicita examen médico, EKG, glicemia, perfil lipídico, parcial de orina. Historia clínica, evolución y pronóstico diligenciado por médico tratante

5.1.5. Contesta Sí en Diabetes: Se solicita examen médico, química sanguínea, EKG.

5.1.6. Contesta Sí en VIH / S.I.D.A: Se solicita examen médico, EKG, glicemia, perfil lipídico, parcial de orina, VIH, serología

5.1.7. Contesta Sí en Afecciones Renales: Se solicita examen médico, EKG, Glicemia, Perfil Lipídico, parcial de orina, BUN y Creatinina.

5.1.8. Índice de masa corporal:

- Si el índice de masa corporal está entre 25 a 30, no se solicitan exámenes complementarios.

El índice de masa corporal se calcula de la siguiente forma:

FORMULA INDICE DE MASA CORPORAL: $IMC = PESO / TALLA^2$

Ejemplo: 80 kilos, Estatura 1.65 Entonces $IMC = 80 / (1.65)^2 = 29.3$

Resumen exámenes médicos para patologías específicas:

Patologías declaradas por el Asegurado	Documento (s) solicitados (s)	Monto a asegurar expresado en pesos	Edad límite del Asegurado	Exámenes médicos solicitados
Cardio vascular	Declaración de Asegurabilidad: Si en la declaración el asegurado reconoce que tiene una buena condición en su salud y responde negativamente a las preguntas será asegurado de manera automática; si responde afirmativamente a alguna de patologías acá descritas, Equidad se reserva el derecho de	Más de 130 MCOP y hasta 400 MCOP	18 años hasta 70 años + 364 días	EKG, glicemia, perfil lipídico y parcial de orina.
Hipertensión Arterial				Química sanguínea y EKG.
Cerebro vascular				EKG, glicemia, perfil lipídico y parcial de orina.
Cáncer				EKG, glicemia, perfil lipídico, parcial de orina, historia clínica, evolución y pronóstico diligenciado por médico tratante.
Diabetes				Química sanguínea y EKG.
VIH/ S.I.D.A				EKG, glicemia, perfil lipídico, parcial de orina, VIH y serología.
Afecciones Renales				EKG, Glicemia, Perfil Lipídico, parcial de orina, BUN y Creatinina.



Masa corporal	solicitar exámenes médicos. En caso de siniestro Equidad puede rechazarlo por pre existencia si esta no fue declarada y era conocida por el asegurado.		<ul style="list-style-type: none">• Si el índice de masa corporal está entre 25 a 30, no se solicitan exámenes complementarios.• Si el índice de masa corporal es superior a 30, se extra prima con un 30% si es mayor el IMC se aplica lo expuesto en el numeral 6.
---------------	--	--	---

*Para cualquier otra enfermedad diferente a las detalladas anteriormente, se requiere estudio y aprobación previa de la aseguradora.

5.2. VALORES ASEGURADOS IGUALES O MAYORES A \$400'000.001=

Para Valores Asegurados iguales o mayores a **\$400'000.001** en uno o varios créditos y hasta el límite máximo por asegurado, cualquier edad e independiente del estado de salud declarado, se requiere estudio y aprobación previa de la aseguradora.

6. Manejo del IMC (Índice de masa corporal)

Formula Índice de Masa Corporal:

Traducir la altura a metros. Ejemplo. 1.65 metros.

Multiplicarlo por sí mismo, es decir $1.65 \times 1.65 = 2.72$

Dividir el peso entre el resultado anterior, es decir: $\text{Peso } 70 \text{ kg} / 2.72 = 25.7$
IMC

Extra primas por índice de masa corporal

De 30.1 a 34.9 extra prima del 30%

De 35.1 a 39.9 se requiere resumen de la historia clínica últimos tres años y en facultad de la agencia extra primar 50%.

De 40 en adelante se requiere resumen de la historia clínica últimos tres años y enviar a la Gerencia de Vida de la Equidad Seguros quien determinara cobertura.

7. Red medica

Contamos con una Red Médica calificadora a nivel nacional quienes serán los encargados de otorgar las condiciones para los asegurados.

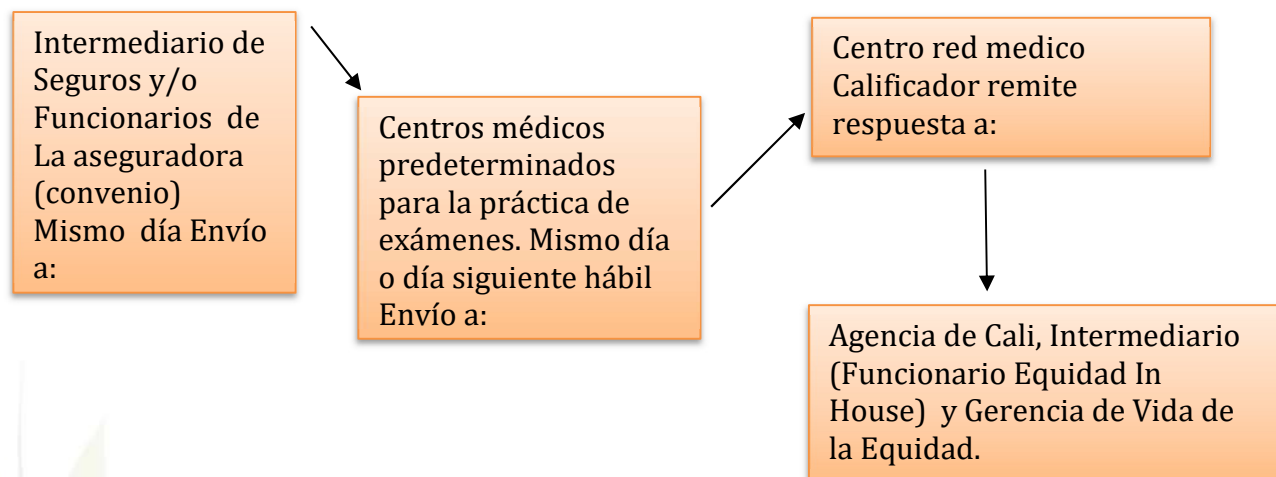


Procedimiento de atención:

1. El intermediario de seguros en conjunto con los funcionarios de la aseguradora (Funcionario que asignará La Equidad seguros para el manejo del convenio In House) remitirán los asegurados a centros médicos predeterminados autorizados por la Equidad Seguros de Vida, para la práctica de los exámenes.
2. El centro médico debe enviar los resultados de exámenes al centro Red médico calificador quien a su vez determinará y confirmará viabilidad de asegurabilidad (condiciones), remitiendo respuesta a la Agencia, intermediario (In House), y a la Gerencia de Vida de La Equidad.

Según las patologías se informará el respectivo recargo si lo hay, para que sea aplicado al asegurado en la liquidación de las primas de seguro respectiva.

8. Flujograma



9. Definición Por Parte De La Aseguradora

La Equidad seguros se compromete a dar respuesta para la suscripción de los riesgos, el cual no podrá superar tres (3) días contados a partir del día hábil siguiente a la recepción de los documentos, inclusive los resultados médicos requeridos.

Se tiene en cuenta que el incumplimiento en el término de respuesta genera amparo automático, aún si el valor de la obligación excede el monto designado como amparo automático.



La custodia de los documentos físicos (Solicitud de seguro/declaración de asegurabilidad) es responsabilidad del Tomador y debe estar disponible para cuando la Aseguradora lo requiera dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la solicitud.

10. Permanencia

El término de cobertura, para todos los amparos será hasta la terminación de la Vinculación del asegurado con el Tomador.

11. Forma De Pago

La póliza se regirá bajo el sistema de declaraciones mensuales mes completo sin prorratas y pago mensual vencido 30 días fecha de factura definitiva. Al momento de pagar la prima mensual se descontará el valor por gastos administrativos y recaudo.

Para el pago de la prima, El Tomador o la entidad que esta designe entregara a la aseguradora el valor total de los saldos de cartera con su respectivo valor de prima a facturar, según quede estructurada la tarifa.

12. Tasas

Las tasas indicadas corresponden a las nuevas inclusiones, para la cartera vigente del Tomador, tendrá la protestad de mantener las tasas actuales o aplicar las nuevas tasas a la cartera vigente:

Se acepta la tasa actual para la cartera Vigente con un aumento en la base del 5%, con las condiciones de Comisión y Gastos De Administración y Recaudo que se definen en el presente documento, para las nuevas inclusiones así:

Las tasas para nuevos negocios son:

5% de recargo en la base de créditos antiguos exceptuando el rango de edad de mayores de 70 años

RANGOS DE EDAD	MENOR 45 AÑOS	ENTRE 46 Y 70 AÑOS	MAYORES 70 AÑOS
TASA POR MIL MUERTE	0.30	0.49	1.87
TASA POR MIL INVALIDEZ	0.05	0.08	0.30
TASA POR MIL TOTAL MENSUAL	0.35	0.57	2.17



En los casos que haya un deudor solidario las Tasas a aplicar serán las mismas del asegurado principal ya sea de la cartera vigente o de la nueva cartera.

TASAS ACTUALES

RENOVACIONES (BASE) DE VIGENCIA 1 DE SEP. 2020 A 1 DE SEPT. 2021						
RANGO DE EDAD	TASA GRUPO ETARIO 2020-2021 %o	PRIMA MENSUAL POR MILLON 2020-2021	TASA GRUPO ETARIO 2021-2022 %o	PRIMA MENSUAL POR MILLON 2021-2022	TASA GRUPO ETARIO 2022-2023 %o	PRIMA MENSUAL POR MILLON 2022-2023
18 AÑOS - 45 AÑOS mas 364 dias	0,3022	302	0,33	330	0,35	350
46 AÑOS - 70 AÑOS mas 364 dias	0,4706	471	0,52	520	0,54	540
=o > 71	1,7337	1.734	1,91	1.910	1,91	1.910
RENOVACION (BASE) DE VIGENCIA 1 DE SEPT 2021 A 1 SEPT 2022 NUEVAS INCLUSIONES DE VIGENCIA 1 DE SEPT 2022 A 1 DE SEPT 2023						
RANGO DE EDAD	TASA GRUPO ETARIO 2021-2022 %o	PRIMA MENSUAL POR MILLON 2021-2022	TASA GRUPO ETARIO 2022-2023 %o	PRIMA MENSUAL POR MILLON 2022-2023		
18 AÑOS - 45 AÑOS mas 364 dias	0,33	330	0,35	350		
46 AÑOS - 70 AÑOS mas 364 dias	0,54	540	0,57	540		
=o > 71	2,17	2.170	2,17	2.170		

13. Comisión De Intermediación

La comisión por intermediación será del **4% + IVA** sobre las primas totales facturadas en el cobro mensual para la cartera Vigente y nuevas inclusiones.

14. Gastos De Administración Y Recaudo

Los costos de administración y recaudo serán liquidados sobre las primas totales y serán descontados mensualmente por El Tomador al efectuar el pago de las primas.

Para la cartera Vigente El porcentaje establecido como gastos de administración y recaudo será del **32% + IVA**.

Para nuevas inclusiones según la tasa definida por los Gastos de Administración y Recaudo elegida por el Tomador

15. Participación de Utilidades

La fórmula de la PU es la siguiente, con un gasto compañía del 8%

(+)	Prima Devengada	\$ 46.897.114.893	
(-)	Siniestros Incurridos *	\$ 11.120.808.737	
(-)	Comisión	\$ 2.813.826.894	4,00%
(-)	Retorno	\$ 16.132.607.523	32,00%
(-)	IVA	\$ 3.599.822.539	
(-)	Gastos Compañía	\$ 3.751.769.191	10,00%
(=)	Base PU	\$ 9.243.794.434	
PU=	50%*Base PU	\$4.621.897.217	

*Incluye IBNR 7%

16. Personal Apoyo Intermediario:

Se autoriza Una (1) Persona inhouse que apoye las funciones relacionadas con el objeto del contrato en las oficinas del intermediario para la administración y operación de la cuenta a nivel nacional (facturación, cierres, conciliaciones y Siniestros).

17. Procedimiento en caso de siniestro

Documentos necesarios base actual

Los documentos necesarios para la atención de siniestro serán:

- En Caso de respaldar una Obligación Certificación de la entidad especificando el saldo total de la deuda a la fecha en que será girado el pago a la entidad en el formato establecido por la entidad.
- Fotocopia de la cédula del fallecido.
- Registro de defunción expedido por la notaría.
- e. En los casos de Incapacidad Total y Permanente, se requerirá la confirmación de la declaratoria de Incapacidad.
- Resumen Historia Clínica para créditos superiores a **\$130.000.000**

Documentos Necesarios Nuevas Inclusiones Hasta Cúmulos De \$130'000.000

Los documentos necesarios para la atención de siniestro serán:

- a. En caso de respaldar una obligación Certificación de la entidad especificando el saldo total de la deuda a la fecha en que será girado el pago a la entidad en el formato establecido por la entidad.
- b. Fotocopia de la cédula del fallecido.
- c. Registro de defunción expedido por la notaría.
- d. En los casos de Incapacidad Total y Permanente, se requerirá la confirmación de la declaratoria de Incapacidad.

Documentos Necesarios Nuevas Inclusiones Cúmulos Mayores A \$130'000.000.

Los documentos necesarios para la atención de siniestro serán:

- a. En caso de respaldar una obligación Certificación de la entidad especificando el saldo total de la deuda a la fecha en que será girado el pago a la entidad en el formato establecido por la entidad.
- b. Copia de la solicitud del seguro de Vida.
- c. Fotocopia de la cédula del fallecido.
- d. Registro de defunción expedido por la notaría.
- e. En los casos de Incapacidad Total y Permanente, se requerirá la confirmación de la declaratoria de Incapacidad.
- f. Historia Clínica.

17.1 Notificación y trámite de siniestros.

La notificación de siniestros se comunicará a la aseguradora por correo electrónico. Los documentos requeridos para la atención de siniestros se remitirán por dicho medio.

17.2 Informe Mensual De Siniestralidad

La aseguradora entregará en medio electrónico (Excel) al corte de cada mes y dentro de los primeros diez (10) días de cada mensualidad, la información de los siniestros, la cual deberá contener la siguiente información (por cada siniestro):

- a. Numero de siniestro.
- b. Fecha del siniestro.
- c. Fecha de presentación del siniestro.



- d. Amparo afectado.
- e. Ciudad de ocurrencia.
- f. Valor pagado o en reserva.
- g. Nombre del asegurado.
- h. Cédula del asegurado.
- i. Causa de la muerte o de la incapacidad.

18. Pago de Siniestros

Los pagos por siniestros deberán ser girados por la Equidad seguros en el término máximo para el pago el cual se establece en treinta (30) días calendario contados a partir de la entrega de la documentación exigida por la aseguradora.

La custodia de los documentos físicos y digitales es responsabilidad del Tomador y debe estar disponible para cuando la Aseguradora lo requiera dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes.

19. Clausulas Adicionales Y Condiciones Particulares

19.1 Revocación De La Póliza

Aviso con noventa (90) días calendario de anticipación por cualquiera de las partes.

19.2 Aviso De Siniestro

Se amplían los términos del periodo de aviso de siniestro a noventa (90) días hábiles.

19.3 Cláusula De Exclusiones

La aseguradora acepta que el reporte de exclusiones de asegurados se realice con noventa (90) días de retroactividad.

19.4 Error En La Declaración De La Edad Y/O Fecha De Nacimiento

Se deja establecido que, si la edad real es mayor que la declarada, la Aseguradora indemnizará el valor asegurado y el Tomador deberá pagar, si existiese, la diferencia de prima durante toda la vigencia del seguro, siempre y cuando no supere los límites de edad permitidos en la póliza.





19.5 Cláusula De Extensión / Continuidad De Cobertura

La póliza ampara a todos los Asegurados y demás personas que a la fecha de iniciación del seguro se encontraban amparados en las pólizas anteriores, concediendo automaticidad sin restricción en sus condiciones de salud o de edad y anulando la preexistencia y/o reticencias. Se incluye también bajo esta definición, la compra de cartera que se realice.

19.6 Extensión Solicitud De Seguro

Para la modalidad de crédito rotativo de cualquier línea, se extiende la solicitud inicial de seguro hasta por el tiempo en que dicho crédito se encuentre aprobado, así el Asegurado no haga utilización del mismo.

19.7 Incontestabilidad Y Conversión

Estos beneficios tienen efecto desde la iniciación de la póliza y desde el momento en que toda persona ingrese al grupo asegurado.

19.8 Errores U Omisiones Del Tomador

Los errores y/u omisiones por parte del Tomador en el reporte de los Asegurados y/o valores asegurados entregados a la Aseguradora, no serán tenidos en cuenta como causal de objeción. La Aseguradora emitirá la póliza, el Tomador pagará la prima correspondiente y se procederá con la indemnización.

20. Principio De Causalidad

En caso de inexactitud o reticencia del asegurado, la Compañía solo podrá aplicar las sanciones contempladas en el artículo 1058 del Código de Comercio y concordantes, si las causas que originaron directa o indirectamente el siniestro son coincidentes con la reticencia o la inexactitud en que incurrió el asegurado.

"Art. 1058.- 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 tácitamente".

21. Secuestro O Desaparecimiento

Se otorga cobertura de acuerdo con los amparos contratados en los casos en que se presenten desapariciones o secuestros de los asegurados incluidos en la póliza. En caso de adelantarse un proceso de muerte presunta por desaparecimiento y emitirse posteriormente una sentencia que así lo declare, la presente póliza dará cobertura al evento dentro de los límites contratados, aun después de finalizada la presente vigencia. El simple aviso a la aseguradora acerca de la desaparición o el secuestro de alguno de los asegurados en la póliza bastará para constituir la correspondiente reserva y posterior pago con la presentación del auto admisorio de la demanda, previo pago de la prima de la vigencia correspondiente a la desaparición o secuestro, que acrediten el derecho a la indemnización. El término de prescripción de la acción frente al contrato de seguro en estos eventos empezará a correr a partir de la fecha de la providencia notificada en que se declare oficialmente la muerte por desaparición en la sentencia emitida por un juez de la República.

22. Cláusula De Saldos En Mora

Se ampara la cartera con mora, siempre y cuando El Tomador pague la prima correspondiente a estos saldos.

23. Modificaciones En Contra Del Asegurado

Las condiciones de las pólizas expedidas no podrán ser objeto de modificación unilateral por parte de la aseguradora en contra del asegurado.





24. Declaración De Asegurabilidad

Los certificados de asegurabilidad permanecerán bajo custodia del Tomador, la copia de esta declaración de asegurabilidad sólo será enviada a la aseguradora cuando el Asegurado declare una patología en forma afirmativa o supere los límites automáticos establecidos para el respectivo estudio y aprobación.

En los casos de compra de cartera, la Aseguradora aceptará fotocopia de la declaración de asegurabilidad cuando se originó la obligación objeto de la negociación la cual igualmente será custodiada por El Tomador.

Se aclara que la vigencia de la Declaración De Asegurabilidad y Exámenes Médicos será de seis (6) meses a partir de su diligenciamiento.

25. Pagos Comerciales

La aseguradora establecerá al inicio de cada vigencia un determinado monto para el pago comercial de siniestros que será usado a discreción por El Tomador. El monto inicial se fija en una cuantía no inferior a \$200'000.000.

La solicitud del pago comercial será tramitada por la Dirección Técnica de Coomeva Corredores de Seguros.

Condicionado General

Versión Clausulado General 21/05/2021-1429-P-34-0000000000002030-D001

Nota Técnica: 21/05/2021-1429-NT-P-34-0000000000002030

26. Exclusiones generales.

La aseguradora otorgará cobertura a los siguientes eventos tanto por vida (muerte natural o accidental) como por incapacidad total y permanente:

1. Enfermedad intencionalmente causada a sí mismo por el asegurado, ya sea en estado de cordura o de enajenación mental.
2. Lesiones sufridas por el asegurado a consecuencia de encontrarse bajo el influjo de bebida alcohólica, de algún medicamento o droga enervante, estimulante o similar, excepto si fueron prescritos por un médico.
3. Riña, cuando el asegurado sea el provocador, o alborotos populares.
4. Participación del asegurado en cualquier servicio o actividad en cualquier fuerza militar en tiempo de paz o guerra, de policía o armada de cualquier tipo, actos de guerra (interna o externa, declarada o no), acto de enemigo





extranjero, rebelión, revolución, motín, conmoción civil, asonada, sedición o insurrección, invasión.

5. Actos terroristas.

6. Cualquier servicio o actividad en cualquier fuerza militar en tiempo de paz o guerra, de policía o armada de cualquier tipo, actos de guerra (interna o externa, declarada o no), acto de enemigo extranjero, rebelión, revolución, motín, conmoción civil, asonada, sedición o insurrección, invasión o usurpación ilegal del poder.

7. Viajes en cualquier medio de transporte aéreo, excepto cuando se realiza el viaje como pasajero en una aerolínea comercial debidamente autorizada por las autoridades respectivas.

8. Pruebas o carreras de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.

9. Práctica de cualquier deporte en forma profesional o la práctica de deportes de alto riesgo de cualquier clase y la práctica de deportes que involucren el uso de equipos, medios o máquinas de vuelo o deportes con la intervención de algún animal.

10. Actividades peligrosas como la manipulación de explosivos o armas de fuego.

11. Cualquier enfermedad corporal o mental de cualquier tipo.

12. Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza.

13. Accidentes que se originen debido a que el asegurado estaba bajo la influencia de algún medicamento o droga enervante, estimulante o similar, excepto si fueron prescritos por un médico; así como los que se originen a consecuencia de encontrarse bajo los efectos del alcohol.

27. Manejo De Endosos

Conjuntamente se establecerá el proceso de manejo de endosos que se presenten en las pólizas incluidas en el presente acuerdo.

28. Cláusula De Primer Beneficiario

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

29. Expedición De Las Pólizas

Se expedirá una póliza matriz para el ramo, cuyas condiciones reposarán en las oficinas del Tomador y a cada asegurado se le entregara una copia del certificado de seguro.



La póliza carátula y sus anexos serán ser entregados al Tomador, dentro de los diez (10) días calendarios siguientes a la fecha de iniciación de la vigencia de la póliza.

Para el manejo operativo de la póliza, se entiende que con la presentación de la propuesta, la aseguradora permite la expedición delegada a Coomeva Corredores de Seguros S.A., para lo cual entregará la estructura de tarificación que se defina en cada una de las pólizas.

La Equidad acepta que dentro del proceso de administración de la póliza, de acuerdo con las fechas que El Tomador estipule, inicialmente se generará un pre cobro el cual será conciliado con el tomador y una vez aprobado, se generará el cobro definitivo el cual será la base para el pago de primas y los cálculos de comisiones y retornos.

En los cobros mensuales definitivos, serán descontadas las primas correspondientes a las exclusiones y/o ajustes, incluyendo las retroactivas generados por cualquier motivo.

30. Modelo de Operación:

El modelo de operación para la administración de la presente propuesta se ajustará basado el proceso vigente con el que opera la póliza en estos momentos, contando con el concurso de las siguientes áreas:

- Agencia Cali como primer contacto con La Compañía y 25 adicionales a nivel país para atender requerimientos en cada una de las ciudades
- Un (1) funcionario In House para realizar la operatividad de La póliza
- Vicepresidencia Técnica y Gerencia Técnica De Vida Para atender requerimientos técnicos de la póliza
- Médicos evaluadores para suscripción
- Gerencia de Indemnización para atender las reclamaciones

DIEGO ALBERTO LOPEZ RAMOS
Director Nacional Productos De Vida
27 de Mayo de 2022

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. ENFERMEDADES CONGÉNITAS ☐
13. ENFERMEDADES DEL COLÁGENO ☐
14. ENFERMEDADES 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 otorgará 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, 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 _____

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 recaudo de las prima del seguro. Así mismo y una vez efectuado el recaudo de la prima , autorizo a COOMEVA COOPERATIVA Y COOMEVA CORREDORES DE SEGURO para que efectué directamente el pago de la misma a LA EQUIDAD.

Autorizo a que mi información relacionada en el SARLAFT 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 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.

FIRMA DEL BIOMETRICAMENTE

NET: 1SWUM7D37CBT

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

Huella indice derecho 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/>

SUS-FO-0160(22-19)

Fecha de solicitud: 05/10/22

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 lgonzalez99@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 las 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
2. AFECIONES CEREBROVASCULARES
3. CANCER
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 HEMATOLOGICAS

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. otorga 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 BANCOOMÉVIA 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. BANCOOMÉVIA 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 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	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 periodo 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, y
- 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 hechos 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 sujeción a un cuestionario determinado, la retención o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha enmendado por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo. Si la inexactitud o la retención previene de enterarse de los hechos 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 oculta expresamente o tácitamente.

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

1. Por la falta de 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 Médica 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 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, 1158 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 incumplimiento contratado.

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 no he sido informado 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:

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 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 confidenciales 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 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, 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. Que son facultativos 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 1372 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 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.
10. 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

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

FIRMA AUTORIZADA

Nombre del asesor de ventas	Nº documento asesor de ventas	Nombre Oficina	Código de la oficina	Fecha de diligenciamiento
Camilo Sant	1019094005	Quilichao	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

**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: []

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

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 cedido a 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	52.429477	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, si padece alguna enfermedad aguda o crónica, afección o adicción favor explicar detalladamente: 1. Dysthymia Epilepsia 20mp.

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 todo diferencio sobre cualquier aspecto por parte del asegurado, se resolverá entre el mismo asegurado y La Equidad Seguros, sin responsabilidad alguna de BANCOOMEVA S.A. Este producto es ofrecido a través de la red de la red de BANCOOMEVA 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 de servicio de dicho red. BANCOOMEVA 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
VIDA: 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
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: 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

VALOR TASA MENSUAL 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 aquellas 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 o 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 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. 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 misma 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 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) ampagos 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



Una aseguradora cooperativa con sentido social

