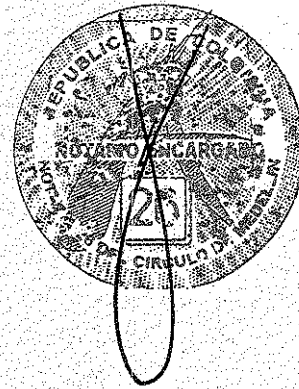


REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



Ca459720382



Ca459720382

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo
Serial

10650511

Datos de la oficina de registro									
Clase de oficina:	Registraduría	Notaría	X	Consulado	Corregimiento	Insp. de Policía	Código	A	6 M
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía									
COLOMBIA - ANTIOQUIA - MEDELLIN NOTARIA 26 MEDELLIN * * * * *									

Datos del inscrito									
Apellidos y nombres completos									
GONZALEZ CASTAÑEDA LIGIA * * * * *									
Documento de identificación (Clase y número)					Sexo (en Letras)				
CC No. 41731452 * * * * *					FEMENINO * * * * *				

Datos de la defunción												
Lugar de la Defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía												
COLOMBIA - ANTIOQUIA - MEDELLIN * * * * *												
Fecha de la defunción				Hora		Número de certificado de defunción						
Año	2	0	2	Mes	E	N	E	Día	2	5	05:30	24017720475942 * * * * *

Presunción de muerte														
Juzgado que profiere la sentencia					Fecha de la sentencia									
* * * * *					Año					Mes		Día		
Documento presentado					Nombre y cargo del funcionario									
Autorización judicial <input type="checkbox"/>					Certificado Médico <input checked="" type="checkbox"/>					LAURA NATALY HIGUITA DUQUE - RM: 1020454464 * * * * *				

Datos del denunciante									
Apellidos y nombres completos									
ZAPATA CASTAÑEDA ESTEFANIA * * * * *									
Documentos de Identificación (Clase y número)					Firma				
CC No. 1128403589 * * * * *					Estefania Zapata Castañeda				

Primer testigo									
Apellidos y nombres completos									
* * * * *									
Documentos de Identificación (Clase y número)					Firma				
* * * * *					* * * * *				

Segundo testigo									
Apellidos y nombres completos									
* * * * *									
Documentos de Identificación (Clase y número)					Firma				
* * * * *					* * * * *				

Fecha de inscripción					Nombre y firma del funcionario que autoriza						
Año	2	0	2	Mes	E	N	E	Día	2	6	LELIA VEROLIA RIVERA FUENTES

ESPACIO PARA NOTAS									

Cadena S.A.

cadena. No. 890305390 01-12-23

118828UEUC8DEEaA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 41.731.452

GONZALEZ CASTANEDA
APELLIDOS

LIGIA
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-ENE-1955
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

30-MAY-1977 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALMABETH RENGIFO LOPEZ



R-1500113-45147758-F-0041731452-20060829
REGISTRADOR NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

0220806241A-02-203585222

**Servicio de Cobertura Créditos****Certificación de saldos**

Datos generales del asociado					Ciudad y fecha de certificación Cali, Febrero 20/ 2024		
Apellido(s) y nombre(s) del asociado			No. Identificación (C.C)		Fecha ingreso a la Cooperativa		
GONZALEZ CASTANEDA LIGIA			41731452		Año	Mes	Día
					2005	8	12
Fecha Evento	25/01/2024		Tipo Evento:	FALLECIDO		No , crédito	742581-01
Crédito 1	Descripción		Valor total del crédito		Fecha de desembolso		
	Crédito Patrimonial		138.909.254		Año	Mes	Día
					2022	7	18
Saldo sin facturar	Saldo Vencido	Cuota Mes	Intereses		Total		
98.397.408					98.397.408		
Crédito No. 2	Descripción		Valor total del crédito		Fecha de desembolso		
					Año	Mes	Día
Saldo sin facturar	Saldo Vencido	Cuota Mes	Intereses		Total		
					\$0		
Crédito No. 3	Descripción		Valor total del crédito		Fecha de desembolso		
					Año	Mes	Día
Saldo sin facturar	Saldo Vencido	Cuota Mes	Intereses		Total		
					\$0		
Crédito No. 4	Descripción		Valor total del crédito		Fecha de desembolso		
					Año	Mes	Día
Saldo sin facturar	Saldo Vencido	Cuota Mes	Intereses		Total		
					\$0		
Total Creditos					98.397.408		
<hr/>							
Geovanna Reina							
Analista Facturación Centro de Operaciones							
El Centro de Operaciones certifica que los datos anteriores son los mismos que existen en los registros de la Cooperativa a la fecha en que se presentó el evento (fallecimiento o incapacidad permanente total), datos que pueden ser confrontados en nuestros controles.							



Elaboró: MARIA VICTORIA CUADROS PINZON

Analista Nal Operaciones Crédito y Cartera

SF-FT-654 V4

Fecha de solicitud: 09/01/2012

N° Solicitud: 74258100

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

DATOS DEL ASEGURADO				
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS <u>Hela Gonzalez Castañeda</u>		TIPO DE DOCUMENTO C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.S. <input type="checkbox"/>	N° DE DOCUMENTO <u>41731412</u>	FECHA DE NACIMIENTO <u>09/01/1951</u>
PESO (kg) <u>77</u>	ESTATURA (m) <u>1.65</u>	GENERO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	OCCUPACION <u>Pensionada</u>	CARGO
DIRECCION DE RESIDENCIA <u>Carrera # 31-50 PH 1301</u>		CIUDAD <u>Bogota D.C.</u>	DEPARTAMENTO <u>Cundinamarca</u>	NACIONALIDAD <u>Colombiana</u>
TELÉFONOS FIJO Y CELULAR <u>6015206446 / 3134235722</u>		CORREO ELECTRÓNICO <u>hela-gonzalez79@hotmail.com</u>	VALOR ASEGURADO SOLICITADO <u>138.909.254</u>	NUEVO VALOR TOTAL ASEGURADO <u>138.909.254</u>

* 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 define 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 PARTICIPACIÓN	ONEROSO O GRATUITO	EMAIL BENEFICIARIO
<u>Mouira Alexandra Vidal Gonzalez</u>	<u>52.429.477</u>	<u>100</u>		

* 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 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	8. AFECIONES RENALES
2. AFECIONES CEREBROVASCULARES	9. ALCOHOLISMO
3. CANCER	10. TABAQUISMO / DROGADICCIÓN
4. DIABETES	11. HIPERTENSIÓN ARTERIAL
5. VIH POSITIVO / SIDA	12. ENFERMEDADES CONGÉNITAS
6. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	13. ENFERMEDADES DEL COLÁGENO
7. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	14. ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS

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

Hace 35 años

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 discreción podrá requerir exámenes médicos adicionales para evaluar el ingreso del asegurado a la póliza.
Nota: La Equidad Seguros De Vida O.C. asume exclusivamente la responsabilidad del cumplimiento de las obligaciones relacionadas con el presente contrato frente al consumidor financiero, dado lo anterior toda diferencia sobre cualquier aspecto por parte del asegurado, se resolverá entre el mismo asegurado y LA EQUIDAD. Este producto es ofrecido a través de: 1. Uso de la red de BANCOOMEVA S.A. 2. Bana 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 gozan como intermediarios de seguros ni como compañía aseguradora.

Coberturas	Eventos a indemnizar por cobertura	Mínimo Ingreso	Máximo Ingreso	Máxima 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 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 0.33%* 46 - 70 AÑOS TASA 0.54 %* IGUAL O > 71 AÑOS TASA 2.17%*	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 de la póliza. 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. 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 separan 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 después de dos años de expedida la póliza, en caso de descubrirse error o retención que no se relacionen con la edad, de convenir con el asegurado la inexistencia del seguro a solicitud al juez la nulidad del contrato, cuando se descubre dolo o fraude la compañía podrá pedir en cualquier tiempo la nulidad del contrato.

INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE EDAD: Si respecto a la edad del asegurado se comprueba 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 retención o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren llevado a celebrar el contrato, o inducida 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 encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo. Si la inexactitud o la retención provienen de error inculparable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador solo 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 debió conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana o subsanar o los acepta expresa o tácitamente.

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

1. Muerte 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 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 los condicionados generales depositados 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 retención, 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 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 los fines y tratamiento descrito a continuación: 1. Que mis datos personales serán tratados por La Equidad, para las siguientes finalidades: a) El trámite de vinculación como consumidor financiero; b) Todas las actividades referentes al proceso de negociación contractual, su ejecución, cumplimiento y en general, la gestión integral del seguro contratado; c) Verificación del estado del riesgo en cualquier tiempo; d) El control y la prevención del fraude; e) La liquidación y pago de siniestros; f) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, verificación, actualización de datos y análisis de tendencias del mercado; g) Envío de información de actualización en las políticas de tratamiento de datos y ofertas comerciales de seguros de La Equidad; h) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial; i) Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral; 2. Que, para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegare a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ella ya hubiere terminado y conforme al término de vigencia del tratamiento; 3. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas; a) a los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones 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 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 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; 6. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas; 7. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que heyan sido objeto de tratamiento; 8. 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 57202929 y su página web es www.laequidadseguros.coop; 9. 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 recibo de la prima del seguro. Así mismo y una vez efectuado el recibo de la prima, autorizo a COOMEVA COOPERATIVA Y COOMEVA CORREDORES DE SEGURO para que efectúe directamente el pago de la prima a LA EQUIDAD.

Autorizo a que mi información relacionada en el SARLAFI y que reposa en el formulario y documentos suministrados a BANCOMEVA 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 el mismo modo certifico que lee las condiciones que se encuentran en la página web www.laequidadseguros.coop. En virtud de tal entendimiento, acepto y decido formar 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 Bogotá a los 1 días del mes de julio del año 2022

[Firma]

Firma y documento del Asegurado

LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. NIT 630.005.636-1
FIRMA AUTORIZADA

Huella índice
derecho del
Asegurado



Nombre del asesor de ventas	Nº documento asesor de ventas	Nombre Oficina	Código de la oficina	Fecha de diligenciamiento
Rafael Lopez Barón	51623553	Galeras	502	8/07/2022

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/>

Fecha de solicitud: 05/10/2022

Nº Solicitud:

TOMADOR: Cooperativa Médica del Valle y de Profesionales de Colombia - COOMEVA						NIT: 890.300.625-1	
DATOS DEL ASEGURADO							
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS Lina Gonzalez Castañeda		TIPO DE DOCUMENTO C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.S. <input type="checkbox"/>		Nº DE DOCUMENTO 41231412		FECHA DE NACIMIENTO 09/01/1955	
PESO Real 75		ESTATURA (m) 1.67		GÉNERO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		CARGO Gerente	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Calle N° 3-50		CIUDAD Bogotá		DEPARTAMENTO Cundinamarca		PAÍS DE RESIDENCIA Colombia	
TELÉFONO Fijo y Celular 3134233788		CORREO ELECTRÓNICO lina.gonzalez99@hotmail.com		VALOR ASEGURADO APLICADO \$ 319.709.600		NITIVO VALOR TOTAL ASEGURADO \$ 319.709.600	
* Edad desconocida: cuando se ignore la edad de alguna de las integrantes del grupo, la prima básica de las edades desconocidas, se debe calcular aplicando la tasa correspondiente a la edad que se define en la tarifa. En consecuencia, se advierte que su prima se liquidará con la tasa correspondiente a la definida en la tarifa, por desconocerse la edad real.							
DATOS BENEFICIARIOS							
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS		Nº DE DOCUMENTO		% DE PARTICIPACIÓN		ONEROSO O GRATUITO	
Monica Vidal Gonzalez		52.429.477		70 %		Gratuito	
Manuela Zapata Vidal		1027660436		30 %		Gratuito	
Barralmen		9004061505		-		Oneroso	
* La suma de los porcentajes de participación deben corresponder máximo 100%.							
* Se deja expresa constancia que en caso de ausencia que afecte el seguro objeto de la cobertura la entidad acreedora titular de la obligación obrera como beneficiario preferencial hasta por el respectivo monto de sus intereses y acreencias.							
* Tipos de documento: Cédula (C.C), Cédula de extranjería (C.E), Pasaporte (P.S), Tarjeta de Identidad (T.I), Registro Civil (R.C).							
DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD							

Con plena conciencia de que la retención, inexistencia, omisión o la falsedad dejan sin efecto al seguro, así como que éste se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal day respuesta de buena fe a las siguientes interrogantes:
Goza usted de buen estado de salud? SI ☐ NO ☒

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

1. AFECIONES CARDIOVASCULARES
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 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 período activo mínimo y no tiene período de carencia para ninguna de las coberturas.

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

DEFINICIONES

CLAUSULA DE CONVERTIBILIDAD: Los asegurados que se separen del grupo después de permanecer en él por lo menos durante un año continuo, siempre que medie solicitud escrita y pago de la prima, tendrán derecho a ser asegurados por el mismo grupo 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 hechas o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retado 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, hechas o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo. Si la inexactitud o la retención previene de una incapacidad del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurado 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 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 subsanaron a los ocultos expresos o tácitamente.

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

1. Por no pago de la prima.
2. Cuando el asegurado cumple la edad máxima de permanencia en el seguro.
3. Cuando el asegurado deja de tener vínculo con el tomador.
4. Revocación unilateral mediante aviso escrito o verbal por parte del asegurado dirigido a LA EQUIDAD.

DECLARACIONES

Por medio de la presente declaración, manifiesto expresamente mi deseo de adherirme al contrato de seguro firmado entre LA EQUIDAD y Cooperativa Médica del Valle y de Profesionales de Colombia COOMEVA, 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 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.

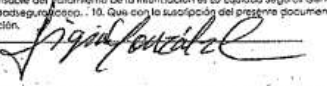
Declaro que las manifestaciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas y por lo tanto cualquier omisión, error u omisión en la información suministrada tendrá las consecuencias estipuladas en el artículo 1058, 1158 y 1161 del código de comercio. He sido informado que en el caso 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 he sido informado que durante la etapa precontractual y contractual, LA EQUIDAD puede acceder a otros bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento, para los fines y tratamiento descrito a continuación:

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 tendencias del mercado; 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 ostente 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 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 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 misma 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.

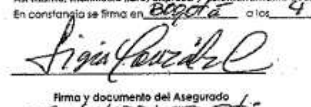
Manifiesto libre, expresa y voluntariamente que durante el proceso de negociación me han sido informadas de manera anticipada las condiciones del contrato de seguro, sus exclusiones y del mismo modo certifico que las condiciones que se encuentran en la página web www.laequidadseguros.com.co. En virtud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

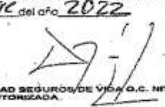
INFORMACION IMPORTANTE


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 FOLIO AUTORIZADO: 

Huella índice derecho del Asegurado: 

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 0180009119338

En Bogotá 7460392

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

SUS-FO-01-60/22-001