

COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 42.074.728

OROZCO CORREA

APELLIDOS
GLORIA LORENA

CHIMES

Gloria Lorena Orozco C.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 07-MAR-1964

PEREIRA
(BISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

28-AGO-1983 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRACION NACIONAL
CARLOS ABEL GARCIA TORRES



A-2400100-00135374-F-0042074728-20081209 0007820318A.1 4570000238

VIGENCIA DESDE

19 07 2021

VIGENCIA HASTA

DÍA MES AÑO

CERTIFICADO N°
DATOS DEL TOMADOR

Tomador:	COASMEDAS	Número de Nit.	860.014.040-6
Cédula vendedor:	1094890240	Agencia Coasmedas:	Pereira

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre completo asegurado principal		Tipo de documento		Número de documento	Edad:
Gloria Lorena Orozco Correa		C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.S. <input type="checkbox"/>		42.074.728	57
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Ciudad	Dirección de residencia		
07 03 1964	Pereira	Pereira	M2 16 C 13 Poblado 2.		
Teléfono	Celular	Correo electrónico	Ocupación / cargo	Empresa	
326 5067	3217179854	glorinaoro@gmail.com	Asist. Contable	Independiente.	
Asociado	Nombre asociado titular		N° de cédula	Parentesco	
SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Patricia Gonzalez Brito		31.466.790	Amiga	

PLANES Y PRIMA ANUAL DEL SEGURO DE VIDA GRUPO
ASOCIADOS DE 18 A 60 AÑOS

COBERTURAS	PLAN 25	PLAN 50	PLAN 75	PLAN 100
Fallecimiento por cualquier causa	\$ 25.000.000	\$ 50.000.000	\$ 75.000.000	\$ 100.000.000
Indemnización adicional por muerte accidental	\$ 25.000.000	\$ 50.000.000	\$ 75.000.000	\$ 100.000.000
Incapacidad total y permanente	\$ 25.000.000	\$ 50.000.000	\$ 75.000.000	\$ 100.000.000
Auxilio funerario	\$ 1.000.000	\$ 1.500.000	\$ 2.000.000	\$ 2.500.000
Renta diaria por hospitalización	\$ 20.000	\$ 30.000	\$ 40.000	\$ 50.000
PRIMA ANUAL	\$ 89.600	\$ 179.200	\$ 268.800	\$ 358.400

ASOCIADOS DE 60 A 72 AÑOS

COBERTURAS	PLAN 25	PLAN 50	PLAN 75	PLAN 100
Fallecimiento por cualquier causa	\$ 25.000.000	\$ 50.000.000	\$ 75.000.000	\$ 100.000.000
Indemnización adicional por muerte accidental	\$ 25.000.000	\$ 50.000.000	\$ 75.000.000	\$ 100.000.000
Incapacidad total y permanente	\$ 25.000.000	\$ 50.000.000	\$ 75.000.000	\$ 100.000.000
Auxilio funerario	\$ 1.000.000	\$ 1.500.000	\$ 2.000.000	\$ 2.500.000
Renta diaria por hospitalización	\$ 20.000	\$ 30.000	\$ 40.000	\$ 50.000
PRIMA ANUAL	\$ 224.000	\$ 448.000	\$ 672.000	\$ 896.000

Inicio de vigencia: a las 24:00 horas de haber firmado el presente certificado, siempre y cuando el pago de la prima se produzca dentro de los treinta (30) días siguientes a la firma, lo anterior de conformidad con lo establecido en el artículo 1152 del código de comercio.

PRIMA A PAGAR DE ACUERDO A FORMA DE PAGO

\$ 268.800

ASIGNACION DE BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL

TIPO DOC.	N° DOC.	NOMBRE Y APELLIDO	PARENTESCO	(%)
CC	24.457.037	Marleny Correa de Orozco	Madre	50
CC	10.034.879	Cristian Andres Jimenez Orozco	Hijo	50

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

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

El asegurado principal declara que las personas del grupo familiar incluidas como aseguradas en esta póliza lo han autorizado para hacer su inclusión en la misma. Como asegurado principal, garantizo que en este momento de ingreso a la póliza o aumento de valor asegurado según corresponda, tanto mi grupo familiar asegurado como yo, nos encontramos en buen estado de salud y nuestra habilidad física no se encuentra en manera alguna reducida y no hemos padecido ni se nos ha sido diagnosticada ninguna enfermedad tal como: diabetes I y II, VIH positivo/sida, cáncer, afecciones cerebro-vasculares, afecciones cardiovasculares, insuficiencia renal crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica "EPOC", alcoholismo o tabaquismo; y en general cualquier tipo de enfermedad o patología preexistente a la fecha de firma de este certificado.

Autorizo expresamente a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros o cualquier otra organización o institución a suministrar a La Equidad Seguros, nuestra historia clínica y todos aquellos datos que en ella se registran o lleguen a ser registrados y obtener copia de ese documento y de sus anexos, incluso después de nuestro fallecimiento.

Declaro que mi actividad y la de mi grupo familiar se desarrolla dentro del marco de la ley, que ningún miembro del grupo familiar porta armas en el ejercicio normal de sus actividades y que no nos encontramos en servicio activo, ni en ejercicio de funciones como militar, policía, miembros de cuerpos de seguridad, inteligencia, guardaespaldas, vigilancia o autoridad. Tengo conocimiento, que el presente certificado de seguro, se expide a consideración de la veracidad de estas declaraciones hechas en el momento de la solicitud del seguro; que en el evento de no coincidir ellas estrictamente con la realidad, ésta queda violada de nulidad (art. 1058 y 1158 del Código del Comercio) y que La Equidad Seguros, se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso que antes o después de producirse el siniestro, se compruebe que estas declaraciones no son verídicas.

En mi calidad de tomador o asegurado de la póliza referenciada en esta carátula, manifiesto expresamente, que he tenido acceso permanente a las condiciones generales de la póliza a través de la página web de la aseguradora. Manifiesto además que me han sido explicadas las exclusiones y el alcance o contenido de la cobertura de la póliza y en virtud de tal entendimiento, las acepto y decido tomar la póliza de seguros aquí contenida.

*Declaro que la información suministrada en el momento de la solicitud es totalmente cierta y confirmable.

EN CONSTANCIA SE FIRMA EN Pereira A LOS 19 DEL MES Julio DEL AÑO 2021

FIRMA AUTORIZADA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

FIRMA ASEGURADO PRINCIPAL

C.C. 42074728

Huello Índice Derecho del asegurado

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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 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 límite 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 bases de datos de La Equidad; i) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las bases de datos de La Equidad; j) 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.

FIRMA DEL ASEGURADO:

3. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas. 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 a 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 hoy son objeto de tratamiento. 9. Que el responsable del tratamiento de la información es 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 10. Que con la suscripción del presente www.laequidadseguros.coop. 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:

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA PARA ASOCIADO Y CONYUGE

AMPARO	MÍNIMA	MÁXIMA	PERMANENCIA
Fallecimiento por cualquier causa.	18 años	72 años	ILIMITADA
Indemnización adicional por muerte accidental.	18 años	60 años	70 años
Incapacidad total y permanente.	18 años	60 años	70 años
Auxilio funerario.	14 años	70 años	ILIMITADA
Renta diaria por hospitalización.	14 años	64 años	70 años

EXTRACTO CONDICIONES GENERALES POLIZA VIDA GRUPO

1. COBERTURAS

1.1 AMPARO BASICO

1.1.1 FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA

Mediante el presente amparo La Equidad, se obliga a indemnizar la suma asegurada individual si durante la vigencia de la póliza ocurre el fallecimiento por cualquier causa del asegurado, incluida suicidio y homicidio a partir de las 24:00 horas de inicio de vigencia de la cobertura.

1.2 AMPAROS ADICIONALES

1.2.1 INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL

Si a consecuencia directa y exclusiva de un accidente cubierto por la presente póliza, el asegurado fallece o sufre una lesión corporal causada por un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza que tenga como consecuencia directa e independiente de otra causa, cualquiera de las pérdidas enumeradas en la tabla de indemnizaciones y manifestada dentro de los noventa (90) días siguientes a su ocurrencia.

TABLA DE INDEMNIZACIONES

- Por la pérdida de ambas manos: 100% de la suma asegurada
- Por la pérdida de ambos pies: 100% de la suma asegurada
- Por la pérdida de la visión de ambos ojos: 100% de la suma asegurada
- Por la pérdida de una mano o un pie y la visión de un ojo: 100% de la suma asegurada
- Por la pérdida de una mano o un pie o la visión de un ojo: 50% de la suma asegurada.

Conforme lo señalado en el presente amparo, por pérdida se entiende así:

Manos: amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radio carpiana.

Pies: amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana.

Ojos: la pérdida total e irreparable de la visión.

En todos los casos se entiende también por pérdida, la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado en forma tal, que no pueda desarrollar ninguna de sus funciones naturales.

1.2.2 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Para todos los efectos de este amparo se considera como inválido el asegurado que por cualquier causa, de cualquier origen, genere lesiones físicas orgánicas o alteraciones funcionales no preexistentes y no provocadas intencionalmente por éste donde hubiese perdido el 50% o más de su capacidad laboral, determinada de acuerdo con el manual único de calificación de invalidez de conformidad con la ley colombiana, siempre y cuando la fecha de estructuración se presente dentro de la vigencia del seguro. La indemnización por invalidez no es acumulable con el amparo básico, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicha invalidez, la póliza se dará por terminada en todos sus amparos.

1.2.3 AUXILIO FUNERARIO

En el evento de presentarse el fallecimiento del asegurado por cualquier causa, no excluida en el presente clausulado, la equidad reconocerá la suma indicada para este amparo en la carátula de la póliza a los beneficiarios designados o en su defecto a los de ley.

1.2.4 AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

La Equidad pagará al asegurado la suma establecida en la carátula de la póliza por cada día que permanezca recluido en un establecimiento hospitalario legalmente aprobado por las autoridades competentes, como consecuencia de una enfermedad o accidente. La indemnización se otorgará desde el tercer día de hospitalización y cubrirá un máximo de sesenta (60) días continuos o discontinuos por cada vigencia anual. El pago se producirá siempre y cuando la enfermedad o accidente haya ocurrido por lo menos treinta (30) días después del inicio de vigencia de la póliza.

2. EXCLUSIONES APPLICABLES A TODOS LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA.

La Equidad quedará liberada de responsabilidad, aplicable a todos los amparos, bajo el presente contrato de seguro cuando el evento se presente como consecuencia directa o indirecta de:

a) Alguna de las siguientes enfermedades: Diabetes I y II, VIH Positivo/ Sida, Cáncer, Afecciones Cerebro-Vasculares, Afecciones Cardiovasculares, Insuficiencia Renal Crónica, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica "EPOC", Alcoholismo O Tabaquismo. Esta exclusión opera así la causa del fallecimiento no tenga ninguna relación con las patologías citadas y sin que sea requisito que la equidad exija para su ingreso, el diligenciamiento de cuestionario o práctica de exámenes.

b) Enfermedades, accidentes, diagnósticos o tratamientos preexistentes al ingreso del asegurado a la póliza.

c) Suicidio o su tentativa en estado de cordura o demencia durante el primer año desde el inicio de vigencia de la póliza o cuando se realicen incrementos de valor asegurado.

d) Accidentes y/o lesiones sufridos por culpa grave del asegurado como consecuencia de estar bajo la influencia de bebidas embriagantes o de sustancias alucinógenas o cualquier sustancia ilegal, salvo que se demuestre prescripción médica.

e) Cualquier acto de guerra, declarada o sin declarar, revolución, sedición, rebelión, asonada, motines, huelgas, movimientos subversivos, actos violentos o en general conmociones de cualquier clase.

f) Actos terroristas o la participación en actividades terroristas o delincuenciales.

g) Eventos ocurridos a consecuencia de fisión o fusión nuclear, radioactividad o el uso de armas atómicas, bacteriológicas o químicas.

h) Fenómenos de la naturaleza, sísmicos, volcánicos o inundaciones; lesiones inmediatas o tardías causadas por energía atómica.

i) Mientras el asegurado se encuentre en servicio activo y ejerciendo funciones de tipo militar, policial, de inteligencia, guardaespaldas, vigilancia o miembro de organismo de seguridad.

j) Lesiones, hospitalización, incapacidad o muerte por dedicarse el asegurado a practicar o tomar parte en entrenamientos propios de deportes considerados en la literatura mundial como de alto riesgo, competencias de velocidad o resistencia o cualquier tipo de competencia peligrosa, o personas que se dediquen profesionalmente a cualquier deporte; así como la participación del asegurado en carreras, apuestas, competencias y desafíos remunerados o que sean la ocupación principal del asegurado.

k) La participación voluntaria en cualquier riña.

Sin perjuicio de las anteriores exclusiones, se aplicaran las exclusiones correspondientes a cada amparo descritas en el clausulado general de la presente póliza.

3. CONDICIONES APPLICABLES A TODO EL CONTRATO

Tomador: es la persona jurídica o nombre de quien se expide la presente póliza, para asegurar un número determinado de personas. El tomador es el responsable del pago de la totalidad de las primas causadas a través de la vigencia de la póliza.

Grupo asegurable: es el integrado como mínimo por diez (10) asegurados, vinculados bajo una misma personería jurídica, en virtud de una situación legal o reglamentaria, o que tengan con una tercera persona (tomador) relaciones estables de la misma naturaleza y cuyo vínculo no se presente con el propósito de contratar el seguro de vida. Dentro de este grupo también se puede incluir, al cónyuge o al compañero(a) permanente de los asegurados inicialmente vinculados, a sus familiares hasta primer grado de consanguinidad.

Accidente: es el hecho externo, imprevisto, ocasional, violento, súbito, visible, repentino e independiente de la voluntad del asegurado que lo sufra y que cause una lesión corporal o muerte.

Suma asegurada: es el valor aceptado por el asegurado bajo el pago de prima correspondiente, estipulado para cada cobertura descrita en la carátula de la póliza.

Revocación del contrato: el asegurado en cualquier momento podrá revocar el contrato de seguro mediante aviso escrito a la equidad. Este último, exceptuando la relacionado con las coberturas de vida podrá revocarlo unilateralmente, mediante notificación escrita al asegurado, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha del envío.

Pago de primas: El pago de la primera prima o cuota, es condición indispensable para el inicio de vigencia del seguro, para el pago de las demás primas mensuales, la equidad concede sin recargo de intereses un plazo de gracia de un mes a partir de la fecha de cada vencimiento.

Si las primas posteriores a la primera no fueren pagadas antes de vencerse el plazo de gracia se producirá la terminación automática del contrato y la equidad quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de dicho plazo. La mora en el pago de la prima se aplicará con base en los artículos 1151 y siguientes del código de comercio.

Certificado individual de seguro: La Equidad expide el presente certificado individual en aplicación a la póliza grupo, en caso de cambio de beneficiario o de valor asegurado, se expedirá un nuevo certificado que hará parte integral de la póliza.

Límite máximo de responsabilidad: el límite máximo que se otorga para esta póliza es de \$200.000.000 en uno o varios certificados expedidos para el mismo asegurado principal en el amparo básica.

Designación de beneficiarios: Los beneficiarios serán los designados por el asegurado principal o en su defecto los designados de ley.

Vigencia: El presente certificado otorga cobertura por el término de la vigencia de la póliza grupo, siempre y cuando se realice el pago oportuno de la prima.

4. OTRAS CONDICIONES

Las condiciones y exclusiones generales y particulares de los amparos aquí otorgados se describen en el clausulado 22122014-1439-P-34-00000000002030 entregado al Tomador.

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

Línea segura nacional
018000919538

En Bogotá
7460392

www.laequidadseguros.coop