

SEGURO VIDA GRUPO



CODIGO DE RECAUDO
3100900065600003

PÓLIZA
AA000656

FACTURA
AA025648

INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO 2030 **PRODUCTO** VIDA GRUPO
COD. AGENCIA 00009 **CERTIFICADO** AA021744 **DOCUMENTO** Renovacion **TEL:** 6063515303
AGENCIA PEREIRA **DIRECCIÓN** CALLE 14 # 13 - 52

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN		
27	08	2021	DESDE	DD	10	MM	08	AAAA	2021	HORA	00:00
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	10	MM	09	AAAA	2021	HORA	00:00
										05	05
										DD	MM
											AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COOPERATIVA DE LOS PROFESIONALES COASMEDAS **NIT/CC** 860014040
DIRECCIÓN CRA 67 # 100-20 PISO 7 **E-MAIL** FACTURACION@COASMEDAS.COOP **TEL/MOVIL** 8710307000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

A SOLICITUD ESCRITA DEL TOMADOR SE EXPIDE RENOVACION DE POLIZA PARA AMPARAR LOS ASEGURADOS DE LA COOPERATIVA DE LOS PROFESIONALES COASMEDAS

VIGENCIA ANUAL DE AGOSTO 10 DE 2021 A AGOSTO 10 DE 2022

COBRO MENSUAL DE AGOSTO 10 DE 2021 A SEPTIEMBRE 10 DE 2021

CONDICIONES PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO
Equidad Seguros de Vida.

Tomador: COOPERATIVA DE LOS PROFESIONALES
COASMEDAS
NIT del cliente: 860014040

Fecha de cotización: 22 junio de 2021
Fecha de vigencia: 10 agosto de 2021 a 10 agosto de 2022 Vigencia condiciones: condiciones pactadas por un año.
Póliza: Varias a nivel nacional
Forma de pago y vigencia: mensual
Asegurados: Los designados por el tomador
Beneficiarios: Los designados por el Asegurado St: 664025

OBJETIVO:

El objetivo de este seguro es brindar una protección económica a las familias frente al fallecimiento del asegurado o indemnizar al propio asegurado ante la ocurrencia de uno de los riesgos amparados.

Amparos y valor asegurado

COBERTURA ☐ PLAN 1 ☐ PLAN 2 ☐ PLAN 3 ☐ PLAN 4
Amparo básico ☐ 25.000.000 ☐ 50.000.000 ☐ 75.000.000 ☐ 100.000.000
Invalidez ☐ 25.000.000 ☐ 50.000.000 ☐ 75.000.000 ☐ 100.000.000
Amparo de indemnización adicional por muerte accidental y beneficios por
desmembración ☐ 25.000.000 ☐ 50.000.000 ☐ 75.000.000 ☐ 100.000.000
Amparo de rentas
diarias por
hospitalización 60 días 20.000 ☐ 30.000 ☐ 40.000 ☐ 50.000
Amparo de auxilio f
unerario ☐ 1.000.000 ☐ 1.500.000 ☐ 2.000.000 ☐ 2.500.000

PRIMA ANUAL
POR ASOCIADO
DE 18 A 60 AÑOS 98.560 ☐ 197.120 ☐ 295.680 ☐ 394.240
PRIMA ANUAL
POR ASOCIADO
DE 61 A 72 AÑOS ☐ 246.400 ☐ 492.800 ☐ 739.200 ☐ 985.600

FIRMA TOMADOR



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538
#324

SEGURO VIDA GRUPO

CODIGO DE RECAUDO
3100900065600003

PÓLIZA
AA000656

FACTURA
AA025648



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO 2030 **PRODUCTO** VIDA GRUPO
COD. AGENCIA 00009 **CERTIFICADO** AA021744 **DOCUMENTO** Renovacion **TEL:** 6063515303
AGENCIA PEREIRA **DIRECCIÓN** CALLE 14 # 13 - 52

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA					FECHA DE IMPRESIÓN		
27	08	2021	DESDE	DD	MM	AAAA	2021	HORA	00:00	05 05 2025
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	MM	AAAA	2021	HORA	00:00	DD MM AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COOPERATIVA DE LOS PROFESIONALES COASMEDAS **NIT/CC** 860014040
DIRECCIÓN CRA 67 # 100-20 PISO 7 **E-MAIL** FACTURACION@COASMEDAS.COOP **TEL/MOVIL** 8710307000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

Nota: Debido a la prórroga autorizada de un mes se modifica la vigencia de la póliza a 10 de agosto de 2021 a 10 agosto de 2022.

DESCRIPCIÓN DE AMPAROS

AMPARO BÁSICO

La Equidad Seguros se obliga a pagar la suma asegurada individual convenida en caso de fallecimiento por cualquier causa diferente a las excluidas en la presente póliza, de cualquiera de las personas naturales afiliadas o asociadas a la entidad que figura en la carátula de la presente póliza como entidad tomadora del seguro.

AMPAROS ADICIONALES

INVALIDEZ 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.

Los beneficios concedidos por el presente amparo, terminarán cuando finalice la anualidad de la póliza grupo en la cual el asegurado haya cumplido sesenta (60) años.

INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL

Se ampara la muerte causada por un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza.

La indemnización por muerte accidental no es acumulable con el amparo de beneficios por desmembración, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por muerte accidental, la póliza se dará por terminada en todos sus amparos.

BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN

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 ☐ Porcentaje

- A ☐ Por la pérdida de ambas manos ☐ 100% de la suma asegurada.
- B ☐ Por la pérdida de ambas Pies ☐ 100% de la suma asegurada.
- C ☐ Por la pérdida de la visión de ambos ojos ☐ 100% de la suma asegurada.
- D ☐ Por la pérdida de una mano o un pie y la visión de un ojo ☐ 100% de la suma asegurada.
- E ☐ Por la pérdida de una mano o un pie o la visión de un ojo ☐ 50%
- F ☐ Por pérdida de la mano izquierda ☐ 50%
- G ☐ Por pérdida de un pie o la visión de un ojo ☐ 50%

Conforme a lo señalado en el presente amparo, por pérdida se entiende con respecto de:

[Firma manuscrita]

FIRMA TOMADOR



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538
#324

SEGURO VIDA GRUPO

CODIGO DE RECAUDO
3100900065600003

PÓLIZA
AA000656

FACTURA
AA025648



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO 2030 **PRODUCTO** VIDA GRUPO
COD. AGENCIA 00009 **CERTIFICADO** AA021744 **DOCUMENTO** Renovacion **TEL:** 6063515303
AGENCIA PEREIRA **DIRECCIÓN** CALLE 14 # 13 - 52

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA				FECHA DE IMPRESIÓN		
27	08	2021	DESDE	DD	MM	AAAA	HORA	00:00	05 05 2025
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	MM	AAAA	HORA	00:00	DD MM AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COOPERATIVA DE LOS PROFESIONALES COASMEDAS **NIT/CC** 860014040
DIRECCIÓN CRA 67 # 100-20 PISO 7 **E-MAIL** FACTURACION@COASMEDAS.COOP **TEL/MOVIL** 8710307000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

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

AMPAROS POR RENTA DIARIA

AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

La Equidad Seguros pagará al asegurado la suma establecida en la carátula de la póliza por cada día que permanezca recluso 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.

AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS UCI

La Equidad Seguros pagará al asegurado la suma establecida en la carátula de la póliza por cada día que permanezca internado en una unidad de cuidados intensivos de un establecimiento hospitalario legalmente aprobado por las autoridades competentes, como consecuencia de una enfermedad o accidente. La indemnización se otorgará siempre y cuando el asegurado se encuentre por un periodo mínimo de veinticuatro (24) horas en esta unidad y por un máximo de diez (10) días continuos o discontinuos por cada vigencia anual.

La indemnización por esta renta no es acumulable con la renta por hospitalización.

AMPARO DE RENTA DIARIA POST- HOSPITALARIA

Si a consecuencia de haber estado hospitalizado por enfermedad o accidente cubierto por la presente póliza, el asegurado queda incapacitado en forma total temporal para continuar desempeñando sus labores habituales, La Equidad indemnizará el valor estipulado en la caratula de la póliza por cada día de incapacidad, por un máximo de diez (10) días por cada vigencia anual.

La incapacidad debe ser emitida por el médico tratante del establecimiento hospitalario legalmente aprobado por las autoridades competentes inmediatamente posterior a la salida del mismo.

AMPARO DE AUXILIO FUNERARIO

En el evento de presentarse el fallecimiento del asegurado por cualquier causa no excluida en el presente clausulado, La Equidad Seguros 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.

FIRMA TOMADOR



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538
#324

SEGURO VIDA GRUPO



CODIGO DE RECAUDO
3100900065600003

PÓLIZA
AA000656

FACTURA
AA025648

INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO 2030 **PRODUCTO** VIDA GRUPO
COD. AGENCIA 00009 **CERTIFICADO** AA021744 **DOCUMENTO** Renovacion **TEL:** 6063515303
AGENCIA PEREIRA **DIRECCIÓN** CALLE 14 # 13 - 52

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN		
27	08	2021	DESDE	DD	10	MM	08	AAAA	2021	HORA	00:00
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	10	MM	09	AAAA	2021	HORA	00:00
										05	05
										DD	MM
											AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COOPERATIVA DE LOS PROFESIONALES COASMEDAS **NIT/CC** 860014040
DIRECCIÓN CRA 67 # 100-20 PISO 7 **E-MAIL** FACTURACION@COASMEDAS.COOP **TEL/MOVIL** 8710307000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

- a) ☐ Trabajadores en actividades informales que no se encuentren inscritos en la cámara de comercio o en el Rut.
b) ☐ Incapacidades ☐ a consecuencia ☐ de ☐ actos ☐ delictivos ☐ o contravencionales.
c) ☐ Por encontrarse en estado de embriaguez o bajo el influjo de sustancias tóxicas, enervantes, estimulantes, psicoactivas o similares.
d) ☐ Incapacidades producidas por estar participando en pruebas o carreras de velocidad, alpinismo, paracaidismo o en general cualquier deporte de alto riesgo.
e) ☐ Incapacidades como consecuencia de intento de homicidio o suicidio.
f) ☐ Dictámenes médicos dados por personas que tengan parentesco con el asegurado hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y único civil.

COBERTURA ☐ EDAD MINÍMA EDAD MÁXIMA EDAD DE PERMANENCIA
DE INGRESO ☐ DE INGRESO
Amparo básico 14 años ☐ 72 años ☐ ILIMITADA
Invalidez ☐ 14 años ☐ 60 años ☐ 70 años
Amparo de indemnización adicional por muerte accidental y beneficios por desmembración 14 años ☐ 60 años ☐ 70 años
Amparo de rentas
diarias ☐ 14 años ☐ 64 años ☐ 70 años
Amparo de
auxilio funerario 14 años ☐ 72 años ☐ ILIMITADA

La equidad Seguros 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 Seguros 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 sufridas 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.

FIRMA TOMADOR



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538
#324

SEGURO VIDA GRUPO

CODIGO DE RECAUDO
3100900065600003

PÓLIZA
AA000656

FACTURA
AA025648



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO 2030 **PRODUCTO** VIDA GRUPO
COD. AGENCIA 00009 **CERTIFICADO** AA021744 **DOCUMENTO** Renovacion **TEL:** 6063515303
AGENCIA PEREIRA **DIRECCIÓN** CALLE 14 # 13 - 52

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN		
27	08	2021	DESDE	DD	10	MM	08	AAAA	2021	HORA	00:00
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	10	MM	09	AAAA	2021	HORA	00:00
										05	05
										DD	MM
											AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COOPERATIVA DE LOS PROFESIONALES COASMEDAS **NIT/CC** 860014040
DIRECCIÓN CRA 67 # 100-20 PISO 7 **E-MAIL** FACTURACION@COASMEDAS.COOP **TEL/MOVIL** 8710307000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

- 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.

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

Equidad Seguros revisará periódicamente el resultado siniestral del programa, con base en dicho resultado cuando este supere el 40% (siniestros incurridos / primas devengadas), podrá modificar las condiciones técnicas del negocio acorde a una negociación con el Tomador.

Formato de conocimiento de cliente - SARLAFT SUS-097 diligenciado por el tomador.
Relación de asegurados en archivo Excel indicando: nombre, identificación, fecha de nacimiento, y valor asegurado individual.

Cotización presentada al tomador y aceptada por este donde se incluya la forma de pago.
Slip para suscripción ramos de vida cuando se requiera reaseguro facultativo.
Para pólizas nuevas: (sin pólizas de otra compañía) Declaración de asegurabilidad Formato SUS 006 de cada uno de los asegurados.

Para pólizas con continuidad de otra compañía: Certificación de la anterior compañía, donde se especifiquen los datos de los asegurados, estado de salud y valor asegurado.

Mediante la presente cláusula, se otorga continuidad a la póliza vida grupo expedida por la anterior aseguradora, en cuanto estado de salud y edad, siempre y cuando el ingreso del asegurado a la póliza haya sido con anterioridad al diagnóstico de la enfermedad. La continuidad aplica solo para las coberturas que el asegurado tenga de la anterior compañía y hasta por el mismo valor asegurado individual que tuvieran vigente; por ende, no aplica para las nuevas coberturas otorgadas.

Es condición indispensable para otorgar este beneficio, que el Tomador suministre a La Equidad Seguros, dentro de los treinta (30) días siguientes a la expedición de la póliza; certificación de continuidad con copia del último listado emitido del grupo asegurado que se traslada con la siguiente información: nombre completo, documento de identidad, fecha de nacimiento, suma asegurada, coberturas, limitaciones de cobertura y extra primas por salud y/o actividad de cada uno de los asegurados. Así mismo el Tomador debe informar por escrito si tiene conocimiento de asegurados a los cuales se les hubiere diagnosticado alguna enfermedad grave de carácter terminal.

FIRMA TOMADOR



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538
#324

SEGURO VIDA GRUPO



CODIGO DE RECAUDO
3100900065600003

PÓLIZA
AA000656

FACTURA
AA025648

INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO 2030 **PRODUCTO** VIDA GRUPO
COD. AGENCIA 00009 **CERTIFICADO** AA021744 **DOCUMENTO** Renovacion **TEL:** 6063515303
AGENCIA PEREIRA **DIRECCIÓN** CALLE 14 # 13 - 52

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN		
27	08	2021	DESDE	DD	10	MM	08	AAAA	2021	HORA	00:00
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	10	MM	09	AAAA	2021	HORA	00:00
										05	05
										DD	MM
											AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COOPERATIVA DE LOS PROFESIONALES COASMEDAS **NIT/CC** 860014040
DIRECCIÓN CRA 67 # 100-20 PISO 7 **E-MAIL** FACTURACION@COASMEDAS.COOP **TEL/MOVIL** 8710307000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

Cualquier incremento de valor asegurado sobre el inicial requerirá del cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad establecidos.

Requisitos de asegurabilidad

- a) ☐ Para pólizas nuevas (sin pólizas de otra compañía):
- ☐ Declaración de asegurabilidad Formato SUS 006 de cada uno de los asegurados.
 - ☐ Exámenes médicos requeridos de acuerdo con las especificaciones establecidas para el producto.
 - ☐ Con base en los exámenes practicados, La Equidad Seguros podrá rechazar, extra primar o exceptuar coberturas según se considere.
- b) ☐ Para pólizas con continuidad de otra compañía:
- ☐ Certificación de la anterior compañía, donde se especifiquen los datos de los asegurados, estado de salud y valor asegurado.

Esta póliza tendrá vigencia por un año a partir de la fecha indicada en la carátula de la póliza. Salvo que se acuerde con el tomador una vigencia menor a un año, caso en el cual se incluirá el anexo aclaratorio correspondiente.

RENOVACIÓN DEL CONTRATO

El seguro es renovable a voluntad de las partes contratantes, en las condiciones técnicas y económicas acordadas según el resultado de la siniestralidad de la póliza en la vigencia inmediatamente anterior.

ESTA COTIZACIÓN SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 21/05/2021-1429-P-34-0000000000002030-D001 VIDA GRUPO TRADICIONAL

TIPO DE FACTURACIÓN

La presente póliza tendrá una facturación mensual /

Retorno Administrativo ☐ 10% + IVA

Las demás cláusulas no estipuladas en la presente cotización estarán regidas por el Clausulado General, las cuales deben cumplirse desde el primer día y durante la vigencia de la póliza. En caso de incumplimiento se dará aplicación al artículo 1061 del Código de Comercio.

Firma de quien realiza cotización: Andrea Catalina Peña Perez
Cargo/ agencia: Técnico de Suscripción Vida Fecha de elaboración: 22 junio de 2021

FIRMA TOMADOR



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538
#324

CODIGO DE RECAUDO
3100900065600003

PÓLIZA
AA000656

SEGURO
VIDA GRUPO

FACTURA
AA025648



equidad
seguros



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO 2030 **PRODUCTO** VIDA GRUPO
COD. AGENCIA 00009 **CERTIFICADO** AA021744 **DOCUMENTO** Renovacion **TEL:** 6063515303
AGENCIA PEREIRA **DIRECCIÓN** CALLE 14 # 13 - 52

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN		
27	08	2021	DESDE	DD	10	MM	08	AAAA	2021	HORA	00:00
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	10	MM	09	AAAA	2021	HORA	00:00
										05	05
										DD	MM
											2025
											AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COOPERATIVA DE LOS PROFESIONALES COASMEDAS **NIT/CC** 860014040
DIRECCIÓN CRA 67 # 100-20 PISO 7 **E-MAIL** FACTURACION@COASMEDAS.COOP **TEL/MOVIL** 8710307000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

FIRMA TOMADOR



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538
#324