

SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES

PÓLIZA
AA008452

FACTURA



NIT 830008686

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Renovacion	PRODUCTO	VIDA GRUPO DEUDORES				ORDEN	1						
CERTIFICADO	AA045191	FORMA DE PAGO	Contado				USUARIO	SALVARADO						
AGENCIA	NEIVA		TELEFONO 6088713072											
			DIRECCIÓN CALLE 7 NO. 7-20											
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN					
16	07	2021	DESDE	DD	01	MM	07	AAAA	2021	HORA	00:00	27	08	2024
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	07	AAAA	2022	HORA	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	COOPERATIVA LATINOAMERICANA DE AHORRO Y CREDITO UTRAHUILCA	NIT/CC	891100673
DIRECCIÓN	CARRERA 6 N° 5 - 37	TEL/MOVL	3158278866
ASEGURADO	COOPERATIVA LATINOAMERICANA DE AHORRO Y CREDITO UTRAHUILCA	NIT/CC	891100673
DIRECCIÓN	CARRERA 6 N° 5 - 37	TEL/MOVL	3158278866
BENEFICIARIO	COOPERATIVA LATINOAMERICANA DE AHORRO Y CREDITO UTRAHUILCA	NIT/CC	891100673
DIRECCIÓN	CARRERA 6 N° 5 - 37	TEL/MOVL	3158278866

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
Ciudad del Asegurado Departamento Dirección del Asegurado Deudor Actividad	NEIVA HUILA CARRERA 6 NO 5-37 BANCOS, SEGUROS, COOPERATIVAS

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DETALLE	VALOR ASEGURADO
Muerte por Cualquier Causa Invalidez	\$300,000,000.00 \$300,000,000.00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
\$300,000,000.00	\$0.00		\$0.00	\$0.00

COASEGURO	
COMPañIA	PARTICIPACIÓN
	%

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN
000000000001	AGENTE DIRECTO	%

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporáneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar.

Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad <http://www.laequidadseguros.coop/>, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; Información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR



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

SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES

PÓLIZA
AA008452

FACTURA



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO Contado **PRODUCTO** VIDA GRUPO DEUDORES
COD. AGENCIA AA045191 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Renovación **TEL:** 6088713072
AGENCIA NEIVA **DIRECCIÓN** CALLE 7 NO. 7-20

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN		
16	07	2021	DESDE	DD	01	MM	07	AAAA	2021	HORA	00:00
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	07	AAAA	2022	HORA	00:00

DATOS GENERALES

TOMADOR COOPERATIVA LATINOAMERICANA DE AHORRO Y CREDITO UTRAHUILCA **NIT/CC** 891100673
DIRECCIÓN CARRERA 6 N° 5 - 37 **E-MAIL** UTRAHUILCA@UTRAHUILCA.COM **TEL/MOVIL** 3158278866

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

ESTA PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 21/05/2021-1429-P-34-0000000000002031-D001, EL CUAL SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE REGISTRADO POR LA EQUIDAD SEGUROS O.C ANTE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA. PARA SU CONSULTA FAVOR INGRESAR A www.laequidadseguros.coop

Tomador: COOPERATIVA LATINOAMERICANA DE AHORRO Y CREDITO UTRAHUILCA
NIT del cliente: 891100673
Asegurados: Deudores de la entidad
Beneficiarios: COOPERATIVA LATINOAMERICANA DE AHORRO Y CREDITO UTRAHUILCA

Nuestras coberturas y amparos

OBJETIVO

El objetivo de este seguro es garantizar el pago del saldo de la deuda a favor de la entidad de crédito amparada, en caso de muerte o incapacidad del empleado o asociado deudor.

Para los efectos de la presente póliza se consideran deudores las personas naturales que hubieren sido aceptadas como deudores por el Tomador y que a tiempo de entrar en vigencia este seguro o al efectuar una nueva operación de préstamo reúna los requisitos de asegurabilidad.

Valor asegurado

COBERTURA	VALOR ASEGURADO	VALOR ASEGURADO
MAXIMO INDIVIDUAL		
AMPARO BASICO	Saldo Insoluto de la deuda	\$ 300.000.000
INVALIDEZ	Saldo Insoluto de la deuda	\$ 300.000.000
VIDA COMPLETA	Saldo Insoluto de la deuda	\$ 150.000.000
CEAR	Saldo Insoluto de la deuda	\$ 80.000.000
CEAR MAYORES 75 AÑOS	Saldo Insoluto de la deuda	\$ 10.000.00

Nota: Se podrá otorgar cobertura a mayores de 86 años, con límite máximo de \$10.000.000 con tasa de 9.0%, previo diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad Sus 006 y el suministro de la historia clínica para estudio a la EQUIDAD con o sin preexistencia.

1. DEFINICIONES DE AMPAROS:

1.1 AMPARO BÁSICO

La Equidad Seguros en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro presentada por el Tomador y las solicitudes individuales de los asegurados, las cuales se incorporan a este contrato para todos sus efectos, se obliga a pagar la correspondiente suma asegurada al fallecimiento de cualquiera de las personas amparadas, incluyendo el suicidio y homicidio desde el primer día de vigencia.

1.2 INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Para todos los efectos de este amparo se considera como inválido el asegurado que por cualquier causa, de cualquier origen, sufra lesiones físicas orgánicas o alteraciones funcionales no preexistentes y no provocadas intencionalmente, donde hubiese perdido el cincuenta por ciento (50%) o más de su capacidad laboral, determinada por el manual único de calificación de invalidez de acuerdo con la jurisdicción colombiana, siempre y cuando la fecha de estructuración se presente dentro de la vigencia del seguro y persista por un período continuo no menor a ciento ochenta (180) días, contados a partir del primer diagnóstico médico de la invalidez.

La indemnización de esta cobertura no es acumulable con el amparo básico, por lo tanto, una vez pagada dicha la indemnización, la póliza se dará por terminada en todos sus amparos.

1.3 VIDA COMPLETA

Esta cláusula tiene por objetivo otorgar la cobertura del Amparo Básico a los asegurados nuevos y antiguos mayores de setenta y cinco (75) años de edad y con límite de valor hasta \$ 150.000.000 durante todo el tiempo en que subsista la deuda pagando la tarifa correspondiente para este amparo

[Firma Autorizada]



FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

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

SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES

PÓLIZA
AA008452

FACTURA



equidad
seguros



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO Contado **PRODUCTO** VIDA GRUPO DEUDORES
COD. AGENCIA AA045191 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Renovacion **TEL:** 6088713072
AGENCIA NEIVA **DIRECCIÓN** CALLE 7 NO. 7-20

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA							FECHA DE IMPRESIÓN				
16	07	2021	DESDE	DD	01	MM	07	AAAA	2021	HORA	00:00	27	08	2024
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	07	AAAA	2022	HORA	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COOPERATIVA LATINOAMERICANA DE AHORRO Y CREDITO UTRAHUILCA **NIT/CC** 891100673
DIRECCIÓN CARRERA 6 N° 5 - 37 **E-MAIL** UTRAHUILCA@UTRAHUILCA.COM **TEL/MOVIL** 3158278866

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

1.4 CLAUSULA ESPECIAL DE ATENCION DE RECLAMOS (CEAR) MUERTE:

Para reclamos con saldos de deuda hasta el valor descrito en la caratula de la poliza, se debera demostrar la ocurrencia del siniestro y su cuantia, con la presentacion unicamente de la siguiente documentacion:

- . Certificado individual o notarial de defuncion.
- . Fotocopia de la cedula de ciudadanía o registro civil de nacimiento.
- . Certificación del revisor fiscal y de la gerencia de la entidad acreedora donde conste el saldo de la deuda.
- . Movimiento contable o tarjeta del credito hasta el momento de fallecimiento del asegurado.
- . Para reclamos con saldos de deuda superiores al valor contratado de acuerdo con la caratula de la poliza al momento del fallecimiento del asegurado, deberan cumplir con la totalidad de requisitos para el pago de indemnizacion

1.5 EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA.

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

- Enfermedades, accidentes, diagnósticos o tratamientos preexistentes al ingreso del asegurado a la póliza.
- 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.
- Actos terroristas o la participación en actividades terroristas o delincuenciales.
- Eventos ocurridos a consecuencia de fisión o fusión nuclear, radioactividad o el uso de armas atómicas, bacteriológicas o químicas.
- Fenómenos de la naturaleza, sísmicos, volcánicos o inundaciones; lesiones inmediatas o tardías causadas por energía atómica.
- 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.
- Los saldos que excedan la mayor suma que, de acuerdo con los reglamentos del tomador, se pueden conceder al deudor en calidad de préstamos.

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

Edad de ingreso y permanencia

COBERTURA EDAD MÍNIMA DE INGRESO

AMPARO BÁSICO 18 años
INVALIDEZ 18 años
VIDA COMPLETA 75 años

COBERTURA EDAD MÁXIMA DE INGRESO

AMPARO BÁSICO 74 años y 364 días
INVALIDEZ 63 años y 364 días
VIDA COMPLETA 85 años y 364 días

COBERTURA EDAD DE PERMANENCIA

AMPARO BÁSICO 84 años y 364 días
INVALIDEZ 69 años y 364 días
VIDA COMPLETA Hasta la cancelación de la deuda.

Nota: Se podrá otorgar cobertura a mayores de 86 años, con límite máximo de \$10.000.000 con tasa de 9.0%, previo diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad Sus 006 y el suministro de la historia clínica para estudio a la EQUIDAD con o sin preexistencia.

[Firma Autorizada]

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR



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

SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES

PÓLIZA
AA008452

FACTURA



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO Contado **PRODUCTO** VIDA GRUPO DEUDORES
COD. AGENCIA AA045191 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Renovacion **TEL:** 6088713072
AGENCIA NEIVA **DIRECCIÓN** CALLE 7 NO. 7-20

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN		
16	07	2021	DESDE	DD	01	MM	07	AAAA	2021	HORA	00:00
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	07	AAAA	2022	HORA	00:00

DATOS GENERALES

TOMADOR COOPERATIVA LATINOAMERICANA DE AHORRO Y CREDITO UTRAHUILCA **NIT/CC** 891100673
DIRECCIÓN CARRERA 6 N° 5 - 37 **E-MAIL** UTRAHUILCA@UTRAHUILCA.COM **TEL/MOVIL** 3158278866

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

2. GRUPO ASEGURABLE

Quedarán amparados todos los asegurados que hayan contraído deudas con el tomador, que sean reportadas por el tomador y cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos.

3. SUMA ASEGURADA

Será el saldo insoluto de la totalidad de las obligaciones que tenga el asegurado con el tomador y comprenderá el capital no pagado más los intereses corrientes calculados hasta la fecha de la ocurrencia del fallecimiento o estructuración de la invalidez del asegurado.

4. REVISIÓN SINIESTRALIDAD

Equidad Seguros revisará periódicamente el resultado siniestral del programa, con base en dicho resultado cuando este supere el 60% (siniestros incurridos / primas devengadas), podrá modificar las condiciones técnicas del negocio acorde a una negociación con el Tomador.

5. REQUISITOS DE EXPEDICIÓN

- a) Formato de conocimiento de cliente ¿ SARLAFT SUS-097 diligenciado por el tomador.
b) Cotización presentada al tomador y aceptada por este donde se incluya la forma de pago.
c) Listado en Excel de los asegurados que contenga la siguiente información:

- ¿ Nombre completo
- ¿ Tipo y numero de documento
- ¿ Genero
- ¿ Fecha de nacimiento
- ¿ Dirección de residencia
- ¿ Fecha de inicio del crédito
- ¿ Fecha fin del crédito
- ¿ Numero de crédito
- ¿ Saldo insoluto de la deuda
- ¿ Extra-primas

d) Para pólizas nuevas: (sin pólizas de otra compañía) Declaración de asegurabilidad Formato SUS 006 de cada uno de los asegurados.

e) 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.

6. CONTINUIDAD DE COBERTURA

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

Requisitos de asegurabilidad

a) Para asegurados nuevos:

- ¿ Declaración de asegurabilidad Formato SUS 006 de cada uno de los asegurados.
- ¿ Exámenes médicos requeridos de acuerdo con las especificaciones establecidas para el producto.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR



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

SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES

PÓLIZA
AA008452

FACTURA



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO Contado **PRODUCTO** VIDA GRUPO DEUDORES
COD. AGENCIA AA045191 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Renovacion **TEL:** 6088713072
AGENCIA NEIVA **DIRECCIÓN** CALLE 7 NO. 7-20

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN		
16	07	2021	DESDE	DD	01	MM	07	AAAA	2021	HORA	00:00
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	07	AAAA	2022	HORA	00:00
										27	08
										DD	MM
											AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COOPERATIVA LATINOAMERICANA DE AHORRO Y CREDITO UTRAHUILCA **NIT/CC** 891100673
DIRECCIÓN CARRERA 6 N° 5 - 37 **E-MAIL** UTRAHUILCA@UTRAHUILCA.COM **TEL/MOVIL** 3158278866

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

¿ Con base en los exámenes practicados, La Equidad Seguros podrá rechazar, extra primar o exceptuar coberturas según se considere.

EXTRAPRIMA AUTOMÁTICA:

LA EQUIDAD SEGUROS acepta que en los casos donde los solicitantes manifiesten padecer alguna y solo una de las siguientes enfermedades, la entidad tomadora aplicará automáticamente una extra - prima así:

ENFERMEDAD	EXTRA PRIMA	IMC	OBSERVACION
HIPERTENSIÓN	25%	ENTRE 17 Y 28	APLICA
PRESIÓN ARTERIAL	25%	ENTRE 17 Y 28	APLICA
SOBRE PESO	0%	ENTRE 28,1 Y 30	APLICA
OBESIDAD	50%	ENTRE 30,1 Y 34.9	APLICA

HIPOTIROIDISMO	0%	ENTRE 17 Y 28	RIESGO NORMAL
RINITIS,	0%	ENTRE 17 Y 28	RIESGO NORMAL
ASMA	0%	ENTRE 17 Y 28	RIESGO NORMAL
COLON IRRITABLE	0%	ENTRE 17 Y 28	RIESGO NORMAL
GASTRITIS	0%	ENTRE 17 Y 28	RIESGO NORMAL
COLESTEROL ALTO	0%	ENTRE 17 Y 28	RIESGO NORMAL
HIPERLIPIDEMIA	0%	ENTRE 17 Y 28	RIESGO NORMAL
TRIGLICÉRIDOS ALTOS	0%	ENTRE 17 Y 28	RIESGO NORMAL
BIABETES TIPO II	50%	ENTRE 17 Y 28	SOLO AMPARO DE MUERTE
GOTA	0%	ENTRE 17 Y 28	SOLO AMPARO DE MUERTE

CIRUGIAS

ESTÉTICA	0%	ENTRE 17 Y 28	RIESGO NORMAL
ODONTOLÓGICAS	0%	ENTRE 17 Y 28	RIESGO NORMAL
CORNETES	0%	ENTRE 17 Y 28	RIESGO NORMAL CATARATAS 0%
ENTRE 17 Y 28	RIESGO NORMAL		
APENDICITIS	0%	ENTRE 17 Y 28	RIESGO NORMAL
EXTR AMIGDALAS	0%	ENTRE 17 Y 28	RIESGO NORMAL
EXTR DE VESICULA	0%	ENTRE 17 Y 28	RIESGO NORMAL
CESAREA	0%	ENTRE 17 Y 28	RIESGO NORMAL
POMEROY	0%	ENTRE 17 Y 28	RIESGO NORMAL
VASECTOMIA	0%	ENTRE 17 Y 28	RIESGO NORMAL
HERNIA INGUINAL			
HIATAL ABDOMINAL	0%	ENTRE 17 Y 28	RIESGO NORMAL
HALLUX VALGUS		RIESGO NORMAL	
HISTERECTOMIA		RIESGO NORMAL	

Nota: Se otorga la facultad de aplicar directamente extra-primar al personal designado por Utrahuilca, si en el Formato Sus 006 diligenciado por el asociado manifiesta padecer o haber padecido una de las enfermedades descritas anteriormente, siempre que el monto del crédito supere los \$80'000.000 y hasta el límite de \$300.000.000 hasta la edad de 74 años y 364 días o para asociados mayores de 75 años y cuantía de crédito superior a \$10'000.000 y el límite de \$150.000.000. a la tasa aplicable según edad se adicionará el porcentaje que se describe.

Nota: Si el asociado manifiesta padecer más de una de las enfermedades descritas se aplicará la extra-primar que resulte de la sumatoria de los porcentajes asignados a cada patología.

Nota: Pasan a estudio en Equidad las Declaraciones de Asegurabilidad diligenciadas para créditos superior a \$80'000.000 cualquiera que sea la edad del asociado solicitante del seguro y manifieste padecer o haber padecido alguna enfermedad, Igualmente, para asociados desde los 75 años y montos de crédito superiores a \$10.000.000. Para todos los casos aquí expresados, en que el asociado solicitante del crédito manifieste padecer una o varias enfermedades diferentes a las extra-primadas en UTRAHUILCA, pasa a estudio con base en los exámenes practicados, La Equidad Seguros podrá rechazar, extra primar o exceptuar coberturas según se considere.

Por lo tanto, pasa a estudio en Equidad para eventual aceptación del riesgo y aplicación de extra prima, con el suministro la historia clínica de los dos últimos años en los siguientes casos:

- . Índice de Masa Corporal: Menor de 17 o del 35 en adelante
- . Enfermedades declaradas:

[Firma Autorizada]

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR



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

SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES

PÓLIZA
AA008452

FACTURA



equidad
seguros



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO Contado **PRODUCTO** VIDA GRUPO DEUDORES
COD. AGENCIA AA045191 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Renovacion **TEL:** 6088713072
AGENCIA NEIVA **DIRECCIÓN** CALLE 7 NO. 7-20

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN		
16	07	2021	DESDE	DD	01	MM	07	AAAA	2021	HORA	00:00
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	07	AAAA	2022	HORA	00:00

DATOS GENERALES

TOMADOR COOPERATIVA LATINOAMERICANA DE AHORRO Y CREDITO UTRAHUILCA **NIT/CC** 891100673
DIRECCIÓN CARRERA 6 N° 5 - 37 **E-MAIL** UTRAHUILCA@UTRAHUILCA.COM **TEL/MOVIL** 3158278866

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

- . Afecciones Cardiovasculares
- . Afecciones Cerebrovasculares
- . Cancer
- . VIH positivo / Sida
- . Insuficiencia Renal Cronica
- . Epoc . Enfermedad pulmonar obstructiva cronica.
- . Artritis Reumatoidea
- . Hepatitis
- . Diabetes tipo I.

y en todas aquellas enfermedades no extra primadas.

Nota: Se podrá otorgar cobertura a mayores de 86 años, con límite máximo de \$10.000.000 con tasa de 9.0%, previo diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad Sus 006 y el suministro de la historia clínica para estudio a la EQUIDAD con o sin preexistencia.

IMC: índice de masa muscular, para su cálculo:
Traducir altura a metros Ej: 1.65 metros
Multiplicarlo por si mismo $1.65 \times 1.65 = 2.72$
Dividir el peso entre el resultado anterior $\text{peso} / 2.72 = 27.7 \text{ IMC}$.

Dado que la condición de esta cláusula se encuentra bajo la administración del tomador, en caso de que por responsabilidad de este se incluyan dentro de la póliza personas que excedan los límites de esta cláusula, la responsabilidad de La Aseguradora se limitará a la devolución de las primas por concepto de este ingreso.

VIGENCIA

La vigencia de la póliza y de cada uno de sus amparos, iniciará al momento del desembolso del crédito, siempre y cuando haya sido expresamente aceptado por La Equidad Seguros y estará vigente hasta su cancelación total del crédito y sujeta a la terminación de la vigencia de la póliza grupo.

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.

TARIFAS

Tasa mensual para menores de 75 años 0.65%
Tasa mensual para mayores de 75 años 1.19%
Tasa mensual a partir de los 86 años 9.0%

RETORNO

Retorno Administrativo 12%

[Firma Autorizada]

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR



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