

SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES

PÓLIZA
AA008452

FACTURA



NIT 830008686

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Renovación	PRODUCTO	VIDA GRUPO DEUDORES	ORDEN	1
CERTIFICADO	AA043148	FORMA DE PAGO	Contado	USUARIO	LETORRES
AGENCIA	NEIVA	TELÉFONO	6088713072	DIRECCIÓN	CALLE 7 NO. 7-20
FECHA DE EXPEDICIÓN	31/07/2020	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	DESDE 01/07/2020 HASTA 01/07/2021	FECHA DE IMPRESIÓN	27/08/2024

DATOS GENERALES

TOMADOR	COOPERATIVA LATINOAMERICANA DE AHORRO Y CREDITO UTRAHUILCA	NIT/CC	891100673
DIRECCIÓN	CARRERA 6 N° 5 - 37	TEL/MOVI	3158278866
ASEGURADO	COOPERATIVA LATINOAMERICANA DE AHORRO Y CREDITO UTRAHUILCA	NIT/CC	891100673
DIRECCIÓN	CARRERA 6 N° 5 - 37	TEL/MOVI	3158278866
BENEFICIARIO	COOPERATIVA LATINOAMERICANA DE AHORRO Y CREDITO UTRAHUILCA	NIT/CC	891100673
DIRECCIÓN	CARRERA 6 N° 5 - 37	TEL/MOVI	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 AA043148 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Renovacion **TEL:** 6088713072
AGENCIA NEIVA **DIRECCIÓN** CALLE 7 NO. 7-20

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN		
31	07	2020	DESDE	DD	01	MM	07	AAAA	2020	HORA	00:00
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	07	AAAA	2021	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

RENOVACION 2020-2021

ESTA PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 05082011-1429-P-34-00000000002031

CONDICIONES PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDOR
Equidad Seguros de Vida.

TOMADOR: COOPERATIVA LATINOAMERICANA DE AHORRO Y CREDITO UTRAHUILCA
ASEGURADO: LOS DESIGNADOS POR EL TOMADOR
BENEFICIARIO: COOPERATIVA LATINOAMERICANA DE AHORRO Y CREDITO UTRAHUILCA

Fecha de cotización: 31 de julio de 2020.
Nombre y NIT del cliente: COOPERATIVA LATINOAMERICANA DE AHORRO Y CREDITO UTRAHUILCA
Ramo / producto: 2031 vida deudor AA008452
Fecha de vigencia: 01 de julio de 2020 a 01 de julio de 2021.
Tipo de facturación: mensual
Asegurados: Los designados por el Tomador
Beneficiarios: COOPERATIVA LATINOAMERICANA DE AHORRO Y CREDITO UTRAHUILCA

COTIZACIÓN PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES

1. 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.

2. AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS CONTRATADOS:

COBERTURA VALOR ASEGURADO
AMPARO BASICO \$300.000.000
INVALIDEZ \$300.000.000
CEAR \$80.000.000
VIDA COMPLETA \$300.000.000

3. DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS

3.1 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.

3.2 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.

COTIZACIÓN PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES

3.3 VIDA COMPLETA

Esta cláusula tiene por objetivo otorgar la cobertura del Amparo Básico a los

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 AA043148 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Renovacion **TEL:** 6088713072
AGENCIA NEIVA **DIRECCIÓN** CALLE 7 NO. 7-20

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA							FECHA DE IMPRESIÓN				
31	07	2020	DESDE	DD	01	MM	07	AAAA	2020	HORA	00:00	27	08	2024
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	07	AAAA	2021	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

asegurados nuevos y antiguos mayores de setenta y cinco (75) años de edad y con límite de valor asegurado hasta \$ 300.000.000 durante todo el tiempo en que subsista la deuda pagando la tarifa correspondiente para este amparo

3. 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 préstamos que al momento del fallecimiento o la invalidez se encuentren en mora por 12 meses consecutivos o más.
 - 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 aplicaran las exclusiones correspondientes a cada amparo descritas en el clausulado general de la presente póliza.

4. EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA

COBERTURA EDAD MÍNIMA DE INGRESO
EDAD MÁXIMA DE INGRESO
EDAD DE PERMANENCIA
AMPARO BÁSICO 18 AÑOS 74 AÑOS Y 364 DÍAS 84 AÑOS Y 364 DÍAS
INVALIDEZ 18 AÑOS 63 AÑOS Y 364 DÍAS 69 AÑOS Y 364 DÍAS
VIDA COMPLETA 75 AÑOS CANCELACIÓN DE LA DEUDA

5. 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.

COTIZACIÓN PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES

6. 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.

7. AJUSTE POR SINIESTRALIDAD

La Equidad Seguros podrá revisar autónomamente el comportamiento siniestral (trimestral) de la póliza, con base en dicho resultado cuando este supere el 60% (siniestros incurridos / primas devengadas) podrá modificar los términos de amparo y condiciones económicas de la misma. Los nuevos términos serán informados al asegurado quien tendrá un plazo máximo de diez (10) días calendario para manifestar su aceptación o rechazo.

En caso de rechazo por parte del asegurado, La Equidad Seguros podrá revocar la póliza en los términos establecidos bajo el artículo 1071 del código de comercio colombiano.

8. REQUISITOS DE EXPEDICIÓN

- Formato de conocimiento de cliente ¿SARLAFT SUS-097 diligenciado por el tomador.
- Cotización presentada al tomador y aceptada por este donde se incluya la forma de pago.

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 AA043148 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Renovacion **TEL:** 6088713072
AGENCIA NEIVA **DIRECCIÓN** CALLE 7 NO. 7-20

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA							FECHA DE IMPRESIÓN				
31	07	2020	DESDE	DD	01	MM	07	AAAA	2020	HORA	00:00	27	08	2024
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	07	AAAA	2021	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

- 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.

COTIZACIÓN PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES

9. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Para el ingreso a la póliza todos los asociados deben diligenciar el Formato Sus 006- Solicitud de Seguro - Declaración de asegurabilidad, cuyo manejo será como se describe a continuación:

RIESGOS ASEGURABLES AUTOMATICAMENTE

Son automáticamente asegurados por Clausula Global de Preexistencias y a tasa normal aplicable a los asociados menores de 75 años y montos de crédito hasta \$ 80.000.000 (tasa mensual 0.60%) y asociados mayores de 75 años y cuantía de crédito hasta \$10.000.000 (tasa mensual 1.15%), siempre que en momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad (Formato SUS 006) se encuentre en estado de salud normal o que manifiesten y describan de manera clara la preexistencia de enfermedad o enfermedades.

ESTUDIO DEL RIESGO EN UTRAHUILCA CON APLICACION DE EXTRA-PRIMA

Se otorga la facultad de aplicar directamente extra-prima al personal designado por Utrahuilca, si en el Formato Sus 006 diligenciado por el asociado manifiesta padecer o haber padecido una de las siguientes enfermedades, siempre que el monto del crédito supere los \$80.000.000 y cualquiera que sea la edad del asociado o para asociados mayores de 75 años y cuantía de crédito hasta \$10.000.000.

*A Tasa mensual 0.60% o especial de mayores de 75 años (1.15%) se adicionará el porcentaje que se describe:

1.- INDICE DE MASA CORPORAL

De 30.1 - 34.9: extra-prima del 50%

2.- ENFERMEDADES DECLARADAS

-Hipertensión - Presión Arterial: Extra-prima del 25%

-Diabetes Tipo II: Extra-prima 50%

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

ESTUDIO EN EQUIDAD CON EVENTUAL ACEPTACIÓN DEL RIESGO CON APLICACIÓN DE EXTRA-PRIMA:

serán remitidos para estudio a Equidad Seguros las Declaraciones de Asegurabilidad diligenciadas para Créditos a partir de \$80.000.000 cualquiera que sea la edad del asociado solicitante del seguro, manifieste o no padecer o haber padecido alguna enfermedad.

COTIZACIÓN PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES

Igualmente, para asociados desde los 75 años y montos de crédito superiores a \$10.000.000 siempre deben enviar el formato SUS-006 a la Agencia Equidad para el respectivo análisis (con posible aceptación del riesgo y aplicación de extra-prima si hay manifestación de antecedentes clínicos).

Por lo tanto, deben suministrar historia clínica de los dos últimos años en los siguientes casos o n enfermedades aquí no descritas:

Índice de Masa Corporal:

Menor de 17 o del 35 en adelante

Enfermedades declaradas:

*Afecciones Cardiovasculares.

*Afecciones Cerebrovasculares

*Cáncer

*Otro tipo de Diabetes distinto a Tipo I o Tipo II

[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 AA043148 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Renovacion **TEL:** 6088713072
AGENCIA NEIVA **DIRECCIÓN** CALLE 7 NO. 7-20

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN		
31	07	2020	DESDE	DD	01	MM	07	AAAA	2020	HORA	00:00
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	07	AAAA	2021	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

*VIH positivo /Sida
*Insuficiencia Renal Crónica
*Epoc- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
*Artritis Reumatoidea
*Hepatitis
ENFERMEDADES ASEGURABLES "RIESGO NORMAL"
*Índice de Masa Corporal de 17.1 al 30
*Diabetes Tipo I (otorgando solo amparo de muerte)
*Hipotiroidismo
*Rinitis, asma
*Colon irritable
*Gastritis
*Gota (otorgando solo amparo de Muerte).
*Colesterol alto
*Hiperlipidemia
*Triglicéridos altos
*cirugías
*Estética
*Odontológicas
*Cometes
*Cataratas
*Apendicitis
*Extracción de amígdalas
*Extracción de vesícula
*Cesárea
*Pomeroy
*Vasectomía
*Hernia inguinal, hiatal, abdominal.

COTIZACIÓN PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES

10. 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.

11. 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.

12. TARIFAS

Tasa mensual para menores de 75 años 0.60%

Tasa mensual para mayores de 75 años 1.15%

13. COMISIÓN / RETORNO

Comisión de Intermediación NEGOCIO DIRECTO

Retorno Administrativo 12 + 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.

Se realizarán jornadas de capacitación para el manejo de la solicitud de seguro - Declaración de asegurabilidad dirigidas a que el personal de crédito lo maneje con el asociado de tal manera que logre la más amplia información en el momento en el que lo esté diligenciando en la solicitud del crédito.

Firma de quien realiza cotización: Andrea Catalina Peña

Cargo/ agencia: Técnico de suscripción Vida

Fecha de elaboración: 31 de julio de 2020.

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