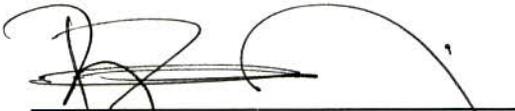




CERTIFICADO DE RECLAMACIÓN EQUIDAD SEGUROS O.C.

| | | | | | | | |
|--|--|--------------------------------------|---------------|---------------------------|-----------------------------------|----------------------|------------------------------|
| CIUDAD Y FECHA | | | | | | | |
| BOGOTA 10 DE FEBRERO 2025 | | | | | | | |
| TOMADOR: | | | | NIT. | | | |
| COOPERATIVA DEL MAGISTERIO CODEMA | | | | 860025596-6 | | | |
| ASEGURADO | | | | CC. | | | |
| JUDITH DE JESUS PINTO TAPIAS / | | | | 23763796 / | | | |
| DIRECCIÓN | | | CIUDAD | | TELÉFONO | | |
| CALLE 39 B No. 19-15 | | | BOGOTA | | 3237505 | | |
| SEGURO DE VIDA DEUDORES | | | | | | | |
| PÓLIZA No. | | FECHA DE INGRESO A LA PÓLIZA | | | FECHA INICIAL DEL PRÉSTAMO | | |
| | | AÑO | MES | DÍA | AÑO | MES | |
| | | | | | 2021 | 12 | |
| | | | | | 01 | | |
| PLAZO | | FORMA DE PAGO | | VALOR | | FECHA DE PAGO | |
| 108 | | NOMINA | | \$61.732.254 | | AÑO | MES |
| | | | | | | 2025 | 01 |
| | | | | | | 30 | |
| MONTO DEL PRÉSTAMO | | FECHA ULTIMA AMORTIZACIÓN | | | TOTAL PAGADO | | INVERSIÓN DEL CRÉDITO |
| 80.000.000 / | | AÑO | MES | DÍA | | | |
| | | 2024 | 12 | 20 | \$ 18.267.746 / | | |
| SALDO QUE SE RECLAMA ➔ | | | | | \$61.732.254 / | | |
| SEGURO DE VIDA APORTACIONES Y DEPÓSITOS | | | | | | | |
| PÓLIZA No. | | FECHA DE INGRESO A LA ENTIDAD | | | FECHA ÚLTIMO AHORRO | | |
| | | AÑO | MES | DÍA | AÑO | MES | DÍA |
| | | | | | | | |
| VALOR ÚLTIMO AHORRO | | SALDO EN AHORROS | | | SALDO EN APORTES | | |
| \$ | | \$ | | | \$ | | |
| TOTAL AHORRO Y APORTES | | | | SALDO A INDEMNIZAR | | | |
| | | | | % | | | |
| | | | | | | \$ | |
| SALDO QUE SE RECLAMA ➔ | | | | | \$61.732.254 | | |
| TOTAL, A RECLAMAR POR VIDA DEUDORES Y VIDA APORTACIONES ➔ | | | | | \$ | | |

Calderón


FIRMA Y SELLO REVISOR FISCAL / CONTADOR


FIRMA Y SELLO GERENTE

CERTIFICAMOS QUE LOS DATOS ANTERIORES SON LOS MISMOS QUE EXISTEN EN LOS REGISTROS DE LA ENTIDAD A LA FECHA DEL SINIESTRO Y QUE NO TENEMOS NINGUNA INFORMACIÓN ADICIONAL QUE PUEDA ALTERAR DE NINGUNA MANERA LA INFORMACIÓN AQUÍ REGISTRADA, LO CUAL PUEDE SER CONFRONTADO CON NUESTROS CONTROLES.



CERTIFICADO DE RECLAMACIÓN EQUIDAD SEGUROS O.C.

| | |
|-----------------------------------|--------|
| CIUDAD Y FECHA | |
| BOGOTA 10 DE FEBRERO 2025 | |
| TOMADOR: | |
| COOPERATIVA DEL MAGISTERIO CODEMA | |
| NIT. | |
| 860025596-6 | |
| ASEGURADO | |
| JUDITH DE JESUS PINTO TAPIAS / | |
| CC. | |
| 23763796 | |
| DIRECCIÓN | CIUDAD |
| CALLE 39 B No. 19-15 | BOGOTA |
| TELÉFONO | |
| 3237505 / | |

| SEGURO DE VIDA DEUDORES | | | | | | |
|-------------------------|------------------------------|--------------|-----|----------------------------|-----|-----------------------|
| PÓLIZA No. | FECHA DE INGRESO A LA PÓLIZA | | | FECHA INICIAL DEL PRÉSTAMO | | |
| | AÑO | MES | DÍA | AÑO | MES | DÍA |
| | | | | 2021 | 09 | 02 |
| PLAZO | FORMA DE PAGO | VALOR | | FECHA DE PAGO | | |
| 108 | NOMINA | \$60.659.600 | | AÑO | MES | DÍA |
| | | | | 2025 | 01 | 30 |
| MONTO DEL PRÉSTAMO | FECHA ULTIMA AMORTIZACIÓN | | | TOTAL PAGADO | | INVERSIÓN DEL CRÉDITO |
| 81.000.000 / | AÑO | MES | DÍA | \$20.340.400 / | | |
| | 2024 | 12 | 20 | | | |
| SALDO QUE SE RECLAMA → | | | | \$60.659.600 / | | |

| SEGURO DE VIDA APORTACIONES Y DEPÓSITOS | | | | | | |
|---|-------------------------------|-----|-----|---------------------|-----|-----|
| PÓLIZA No. | FECHA DE INGRESO A LA ENTIDAD | | | FECHA ÚLTIMO AHORRO | | |
| | AÑO | MES | DÍA | AÑO | MES | DÍA |
| | | | | | | |
| VALOR ÚLTIMO AHORRO | SALDO EN AHORROS | | | SALDO EN APORTES | | |
| \$ | \$ | | | \$ | | |
| TOTAL AHORRO Y APORTES | | | | SALDO A INDEMNIZAR | | |
| | | | | % | | |
| | | | | | \$ | |

2/7
Caunanto

SALDO QUE SE RECLAMA →

\$60.659.600

TOTAL, A RECLAMAR POR VIDA
DEUDORES Y VIDA APORTACIONES →

\$

CERTIFICAMOS QUE LOS DATOS ANTERIORES SON LOS MISMOS QUE EXISTEN EN LOS REGISTROS DE LA ENTIDAD A LA FECHA DEL SINIESTRO Y QUE NO TENEMOS NINGUNA INFORMACIÓN ADICIONAL QUE PUEDA ALTERAR DE NINGUNA MANERA LA INFORMACIÓN AQUÍ REGISTRADA. LO CUAL PUEDE SER CONFRONTADO CON NUESTROS CONTROLES.

FIRMA Y SELLO REVISOR FISCAL / CONTADOR

FIRMA Y SELLO GERENTE



CERTIFICADO DE RECLAMACIÓN EQUIDAD SEGUROS O.C.

| | | |
|-----------------------------------|--|---------------------------|
| TOMADOR: | | CIUDAD Y FECHA |
| COOPERATIVA DEL MAGISTERIO CODEMA | | BOGOTA 10 DE FEBRERO 2025 |
| ASEGURADO | | NIT. |
| JUDITH DE JESUS PINTO TAPIAS | | 860025596-6 |
| DIRECCIÓN | | CIUDAD |
| CALLE 39 B No. 19-15 | | BOGOTA |
| TELÉFONO | | 3237505 |

SEGURO DE VIDA DEUDORES

| PÓLIZA No. | FECHA DE INGRESO A LA PÓLIZA | | | FECHA INICIAL DEL PRÉSTAMO | | |
|-------------------------------|------------------------------|---------------|-----|----------------------------|-----------------------|-----|
| | AÑO | MES | DÍA | AÑO | MES | DÍA |
| | | | | 2023 | 02 | 28 |
| PLAZO | FORMA DE PAGO | VALOR | | FECHA DE PAGO | | |
| | | | | AÑO | MES | DÍA |
| 60 | VENTANILLA | \$ 14.365.899 | | 2025 | 01 | 01 |
| MONTO DEL PRÉSTAMO | FECHA ULTIMA AMORTIZACIÓN | | | TOTAL PAGADO | INVERSIÓN DEL CRÉDITO | |
| | AÑO | MES | DÍA | | | |
| 20.000.000 | 2025 | 01 | 07 | \$ 5.634.101 | | |
| SALDO QUE SE RECLAMA → | | | | \$ 14.365.899 | | |

SEGURO DE VIDA APORTACIONES Y DEPÓSITOS

| PÓLIZA No. | FECHA DE INGRESO A LA ENTIDAD | | | FECHA ÚLTIMO AHORRO | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-----|-----|---------------------|-----|-----|
| | AÑO | MES | DÍA | AÑO | MES | DÍA |
| | | | | | | |
| VALOR ÚLTIMO AHORRO | SALDO EN AHORROS | | | SALDO EN APORTES | | |
| \$ | \$ | | | \$ | | |
| TOTAL AHORRO Y APORTES | | | | SALDO A INDEMNIZAR | | |
| | | | | % | | |
| SALDO QUE SE RECLAMA → | | | | \$ 14.365.899 | | |

TOTAL, A RECLAMAR POR VIDA DEUDORES Y VIDA APORTACIONES →

\$

CERTIFICAMOS QUE LOS DATOS ANTERIORES SON LOS MISMOS QUE EXISTEN EN LOS REGISTROS DE LA ENTIDAD A LA FECHA DEL SINIESTRO Y QUE NO TENEMOS NINGUNA INFORMACIÓN ADICIONAL QUE PUEDA ALTERAR DE NINGUNA MANERA LA INFORMACIÓN AQUÍ REGISTRADA, LO CUAL PUEDE SER CONFRONTADO CON NUESTROS CONTROLES.

FIRMA Y SELLO REVISOR FISCAL / CONTADOR

FIRMA Y SELLO GERENTE



CERTIFICADO DE RECLAMACIÓN EQUIDAD SEGUROS O.C.

| | | | | | | | |
|--|--|--------------------------------------|---------------|---------------------------|-----------------------------------|------------------------------|------------|
| CIUDAD Y FECHA | | | | | | | |
| BOGOTA 10 DE FEBRERO 2025 | | | | | | | |
| TOMADOR: | | | | | | | |
| COOPERATIVA DEL MAGISTERIO CODEMA | | | | | | | |
| ASEGURADO | | | | | | | |
| JUDITH DE JESUS PINTO TAPIAS | | | | | | | |
| DIRECCIÓN | | | CIUDAD | | TELÉFONO | | |
| CALLE 39 B No. 19-15 | | | BOGOTA | | 3237505 | | |
| SEGURO DE VIDA DEUDORES | | | | | | | |
| PÓLIZA No. | | FECHA DE INGRESO A LA PÓLIZA | | | FECHA INICIAL DEL PRÉSTAMO | | |
| | | AÑO | MES | DÍA | AÑO | MES | |
| | | | | | 2024 | 10 | |
| | | | | | 02 | | |
| PLAZO | | FORMA DE PAGO | | VALOR | | FECHA DE PAGO | |
| 96 | | NOMINA | | \$ 24.736.039 | | AÑO | MES |
| | | | | | | 2025 | 01 |
| | | | | | | 30 | |
| MONTO DEL PRÉSTAMO | | FECHA ULTIMA AMORTIZACIÓN | | | TOTAL PAGADO | INVERSIÓN DEL CRÉDITO | |
| 25.000.000 | | AÑO | MES | DÍA | | | |
| | | 2024 | 12 | 20 | \$ 263.961 | | |
| SALDO QUE SE RECLAMA | | | | | \$ 24.736.039 | | |
| SEGURO DE VIDA APORTACIONES Y DEPÓSITOS | | | | | | | |
| PÓLIZA No. | | FECHA DE INGRESO A LA ENTIDAD | | | FECHA ÚLTIMO AHORRO | | |
| | | AÑO | MES | DÍA | AÑO | MES | DÍA |
| | | | | | | | |
| VALOR ÚLTIMO AHORRO | | SALDO EN AHORROS | | | SALDO EN APORTES | | |
| \$ | | \$ | | | \$ | | |
| TOTAL AHORRO Y APORTES | | | | SALDO A INDEMNIZAR | | | |
| | | | | % | | | |
| | | | | \$ | | | |
| SALDO QUE SE RECLAMA | | | | | \$ 24.736.039 | | |
| TOTAL, A RECLAMAR POR VIDA DEUDORES Y VIDA APORTACIONES | | | | | \$ | | |

24 Calles


FIRMA Y SELLO REVISOR FISCAL / CONTADOR


FIRMA Y SELLO GERENTE



CERTIFICADO DE RECLAMACIÓN EQUIDAD SEGUROS O.C.

| | | |
|-----------------------------------|---------------|-----------------|
| CIUDAD Y FECHA | | |
| BOGOTA 10 DE FEBRERO 2025 | | |
| TOMADOR: | | NIT. |
| COOPERATIVA DEL MAGISTERIO CODEMA | | 860025596-6 |
| ASEGURADO | | CC. |
| JUDITH DE JESUS PINTO TAPIAS | | 23763796 |
| DIRECCIÓN | CIUDAD | TELÉFONO |
| CALLE 39 B No. 19-15 | BOGOTA | 3237505 |

| SEGURO DE VIDA DEUDORES | | | | | | |
|-------------------------------|------------------------------|---------------|-----|----------------------------|-----------------------|-----|
| PÓLIZA No. | FECHA DE INGRESO A LA PÓLIZA | | | FECHA INICIAL DEL PRÉSTAMO | | |
| | AÑO | MES | DÍA | AÑO | MES | DÍA |
| | | | | 2024 | 10 | 10 |
| PLAZO | FORMA DE PAGO | VALOR | | FECHA DE PAGO | | |
| | | AÑO | MES | DÍA | | |
| 96 | NOMINA | \$ 19.788.831 | | 2025 | 01 | 30 |
| MONTO DEL PRÉSTAMO | FECHA ULTIMA AMORTIZACIÓN | | | TOTAL PAGADO | INVERSIÓN DEL CRÉDITO | |
| | AÑO | MES | DÍA | | | |
| 20.000.000 | 2024 | 12 | 20 | \$ 211.169 | | |
| SALDO QUE SE RECLAMA ➔ | | | | \$ 19.788.831 | | |

| SEGURO DE VIDA APORTACIONES Y DEPÓSITOS | | | | | | |
|---|-------------------------------|-----|-----|---------------------|-----|-----|
| PÓLIZA No. | FECHA DE INGRESO A LA ENTIDAD | | | FECHA ÚLTIMO AHORRO | | |
| | AÑO | MES | DÍA | AÑO | MES | DÍA |
| | | | | | | |
| VALOR ÚLTIMO AHORRO | SALDO EN AHORROS | | | SALDO EN APORTES | | |
| \$ | \$ | | | \$ | | |
| TOTAL AHORRO Y APORTES | | | | SALDO A INDEMNIZAR | | |
| | | | | % | | |
| SALDO QUE SE RECLAMA ➔ | | | | \$ 19.788.831 | | |

TOTAL, A RECLAMAR POR VIDA DEUDORES Y VIDA APORTACIONES ➔ \$

24 Casavato

CERTIFICAMOS QUE LOS DATOS ANTERIORES SON LOS MISMOS QUE EXISTEN EN LOS REGISTROS DE LA ENTIDAD A LA FECHA DEL SINIESTRO Y QUE NO TENEMOS NINGUNA INFORMACIÓN ADICIONAL QUE PUEDA ALTERAR DE NINGUNA MANERA LA INFORMACIÓN AQUÍ REGISTRADA, LO CUAL PUEDE SER CONFRONTADO CON NUESTROS CONTROLES.

FIRMA Y SELLO REVISOR FISCAL / CONTADOR

FIRMA Y SELLO GERENTE



ESTADO DE CUENTA ASOCIADO FALLECIDO

| | |
|---------|------------------------------|
| Fecha: | 10-feb-25 |
| Nombre: | JUDITH DE JESUS PINTO TAPIAS |
| Cédula: | 23763796 |
| Edad: | 66 AÑOS |

**Relación de Créditos a cubrir con Póliza "Vida de Grupo Deudores"
Seguros La Equidad**

| Pagaré | Fecha Aprobacion | Saldo Capital |
|--------------------|-----------------------|----------------------|
| 371153 | DICIEMBRE 01 DE 2021 | \$61.732.254 |
| 367010 | SEPTIEMBRE 02 DE 2021 | \$60.659.600 |
| 415285 | OCTUBRE 02 DE 2024 | \$24.736.039 |
| 415848 | OCTUBRE 10 DE 2024 | \$19.788.831 |
| 391991 | FEBRERO 28 DE 2023 | \$14.365.899 |
| Total Saldo | | \$181.282.623 |

Elaboro: YADY ESTEFANIA NIÑO GRISALES

Jefe Departamento de Cartera



SOLICITUD DE SEGURO - DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Vida Grupo Grupo Deudores Protección Familiar
Grupo Apatos Grupo Directivos Plan A B C

Form fields: TOMADOR (COOPERATIVA DEL MAGISTERIO), DIRECCIÓN (C/059 A N°70D-15), CIUDAD (Bogotá), TELEFONO (8007924), ASEGURADO PRINCIPAL (Judith de Jesús Pinto Tapias), C.C. (23763796), ESTADO CIVIL (Casada), PESO (56-K), ESTATURA (166), TRABAJA USTED ACTUALMENTE? (Pensionado), OCUPACIÓN (Pensionado), CARGO (—), FECHA DE NACIMIENTO (29-11-58), CORREO ELECTRÓNICO (judith07@hotmail.com), VALOR ASEGURADO (80'000.000)

Para Protección Familiar hacer diligenciar al respecto la declaración asegurabilidad por el padre y la madre

ESCRIBA EL NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS DE ESTE SEGURO Y SU RESPECTIVO PORCENTAJE

Table with 6 columns: NOMBRE APELLIDO, Documento (C.C.-C.E.-I.L.-R.C), N° DE DOCUMENTO, APELLINSCO, EDAD, %

* Si es póliza de Vida Deudores el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda.
Complena conciencia que la retención o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como que éste se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal doy respuesta de buena fe a los siguiente interrogantes:

Favor marque con una X si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguiente condiciones:

- 1. AFECCIONES CARDIOVASCULARES
2. AFECCIONES CEREBROVASCULARES
3. CANCER
4. DIABETES
5. VIH POSITIVO / SIDA
6. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
7. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA
8. CIRUGIA
9. ALCOHOLISMO
10. TABAQUISMO / DROGADICCIÓN
11. HIPERTENSIÓN ARTERIAL
12. ENFERMEDADES CONGENITAS
13. ENFERMEDADES DEL COLÁGENO
14. ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS
15. NINGUNA DE LAS ANTERIORES

EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS CONDICIONES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE:

Autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de hospital o persona que me haya atendido a suministrar a La Equidad Seguros de Vida copia de la historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.
En caso del seguro de Protección Familiar es la declaración se extiende al grupo familiar relacionado en la solicitud (cónyuge e hijos). Los padres deben diligenciar cada uno por separado esta declaración.

AUTORIZACIÓN 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 Generales O.C., yo 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 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 fámile de vinculación como consumidor inlander; b) Todas las actividades referentes al proceso de negociación contractual, su ejecución, cumplimiento y en general, la gestión integral del seguro contratado; c) Verificación de 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 otras comerciales de seguros de La Equidad; h) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las e 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. 4. Que, para las finalidades mencionadas, a) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos de seguro celebrados con La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de seguros, 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 Reseguro; 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 hacen 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 leve 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 niñas niños 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 hayan sido objeto de tratamiento. 9. 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. 89-07 Piso 12, el teléfono es 5922929 y su página web es www.laequidadseguros.coop. 10. 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.

Así mismo, manifiesto expresamente que durante el proceso de negociación me han sido informados de manera anticipada las condiciones del contrato de seguro y que en virtud de tal entendimiento, acepto y decido tomar la póliza.

En constancia se firma en Bogotá a los 07 días del mes de Diciembre del año 2021

FIRMA ASEGURADO Judith de J. Pinto

Autorizo Ingreso: Si No
Nombre y firma de quien autoriza



Huella del índice de la mano asegurada

SOICITUD DE SEGURO - DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Vida Grupo Grupo Deudores Protección Familiar
 Grupo Apartes Grupo Directivos Plan A B C

TOMADOR: COOPERATIVA DEL MAGISTERIO C.C./NIT: 860025596
 DIRECCIÓN: Cra 59A No 70A-15 CIUDAD: Bogotá TELEFONO: 314 4651200
 ASEGURADO PRINCIPAL: Judith de Jesús Pinto Tapias C.C.: 23763796 ESTADO CIVIL: Casada
 PESO (KG): 50 ESTATURA (MIS): 1.62 2ª BAJA USTED ACTUALMENTE: No OCUPACIÓN: Pensionada CARGO: Pensionada
 FECHA DE NACIMIENTO: 29 NOV. 1958 CORREO ELECTRONICO: lupita_07@hotmail.com VALOR ASEGURADO: 81.000.000

Para Protección Familiar/hacer diligenciar al respaldo la declaración asegurabilidad por el padre y la madre

ESCRIBA EL NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS DE ESTE SEGURO Y SU RESPECTIVO PORCENTAJE

| NOMBRE APELLIDO | Documento (C.C.-C.E.-T.I.-R.C) | Nº DE DOCUMENTO | PARENTESCO | EDAD | % |
|-----------------|--------------------------------|-----------------|------------|------|-----|
| N/A | X | N/A | N/A | X | N/A |
| N/A | X | N/A | N/A | X | N/A |
| N/A | X | N/A | N/A | X | N/A |
| N/A | X | N/A | N/A | X | N/A |
| N/A | X | N/A | N/A | X | N/A |

* Si es póliza de Vida Deudores el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda. Con plena conciencia que la retención o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como que éste se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal hoy respuesta de buena fe a los siguiente interrogantes:

Favor marque con una X si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguiente condiciones:

- | | |
|--|---|
| 1. AFECIONES CARDIOVASCULARES <input type="checkbox"/> | 8. CIRUGIA <input type="checkbox"/> |
| 2. AFECIONES CEREBROVASCULARES <input type="checkbox"/> | 9. ALCOHOLISMO <input type="checkbox"/> |
| 3. CANCER <input type="checkbox"/> | 10. TABAQUISMO / DROGADICCIÓN <input type="checkbox"/> |
| 4. DIABETES <input type="checkbox"/> | 11. HIPERTENSIÓN ARTERIAL <input type="checkbox"/> |
| 5. VIH POSITIVO / SIDA <input type="checkbox"/> | 12. ENFERMEDADES CONGENITAS <input type="checkbox"/> |
| 6. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA <input type="checkbox"/> | 13. ENFERMEDADES DEL COLÁGENO <input type="checkbox"/> |
| 7. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA <input type="checkbox"/> | 14. ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS <input type="checkbox"/> |
| | 15. NINGUNA DE LAS ANTERIORES <input type="checkbox"/> |

EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS CONDICIONES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPlicAR DETALLADAMENTE:

Autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de hospital o persona que me haya atendido a suministrar a La Equidad Seguros de Vida copia de la historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento. En caso del seguro de Protección Familiar esta declaración se extiende al grupo familiar relacionado en la solicitud (cónyuge o hijos). Los padres deben diligenciar cada uno por separado esta declaración.

AUTORIZACIÓN 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 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 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 contratada; 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 pólizas 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 debidamente constituidas referentes al comportamiento administrativo 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 de 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) 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 adelanta gestiones para efectos de Coaseguro o Reseguro; 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 niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas; 8. Que como titular de la información, 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 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 5922929 y su página web es www.laequidadseguros.coop; 10. 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.

Así mismo, manifiesto expresamente que durante el proceso de negociación me han sido informados de manera anticipada las condiciones del contrato de seguro y que en virtud de tal entendimiento, acepto y decido tomar la póliza.

En constancia se firma en Bogotá a los 2 días del mes de Sep del año 2021

FIRMA ASEGURADO: Judith de J. Pinto
 Autoriza ingreso: Si No
 Nombre y firma de quien autoriza: _____



Huella del índice derecho del asegurado

35



SOLICITUD DE SEGURO - DECLARACION DE ASEGURABILIDAD

Vida Grupo Grupo Deudores Protección Familiar
Grupo Aportes Grupo Directivos

Plan A B C

Form fields: TOMADOR (COOPERATIVA DEL MAGISTERIO), DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO, ASEGURADO PRINCIPAL (Judith de Jesús Pinto Tapras), PESO (54), ESTATURA (1.62), TRABAJA LISTO ACTUALMENTE (SI), OCUPACION (Pensionada), ESTADOS CIVIL (Casada), CARGO (Pensionada), FECHA DE NACIMIENTO (29 Nov 1958), CORREO ELECTRONICO (judith.pinto@hotmail.com), VALOR ASEGURADO (185.963.798)

ESCRIBA EL NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS DE ESTE SEGURO Y SU RESPECTIVO PORCENTAJE

Table with 6 columns: NOMBRE Y APELLIDO, Documento (C.C., C.E., T.I., R.C.), N° DE DOCUMENTO, FARMACEO, EDAD, %

*Si es poliza de Vida Deudores el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda. Con plena conciencia que la renuncia o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como que éste se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal hoy respueste de buena fe a los siguiente interrogantes:

- Favor marque con una X si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguiente condiciones:
1. AFECIONES CARDIOVASCULARES
2. AFECIONES CEREBROVASCULARES
3. CANCER
4. DIABETES
5. VIH POSITIVO / SIDA
6. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
7. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA
8. CIRUGÍA
9. ALCOHOLISMO
10. TABAQUISMO / DROGADICCIÓN
11. HIPERTENSIÓN ARTERIAL
12. ENFERMEDADES CONGENITAS
13. ENFERMEDADES DEL COLÁGENO
14. ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS
15. NINGUNA DE LAS ANTERIORES

EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS CONDICIONES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE:

Autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de hospital o persona que me haya atendido o suministrado la Equidad Seguros de Vida copia de la historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento. En caso del seguro de Protección Familiar esta declaración se extiende al grupo familiar relacionado en la solicitud (cónyuge e hijos). Los padres deben diligenciar cada uno por separado esta declaración.

AUTORIZACIÓN 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 Generales O.C., y/o La Equidad Seguros de Vida O.C., (En Adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales para la finalidades y tratamiento descritos en la presente autorización. Asimismo, autorizo y declaro que he sido informado que durante la etapa precontractual y contractual, La Equidad puede acceder a otros bases de datos para el fin de información no suministrado en el presente documento, para los fines y tratamiento descritos a continuación: 1. Que mis datos personales serán tratados por La Equidad para las siguientes finalidades: a) El trámite de vinculación como consumidor finalista; 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, estadísticas, encuestas, verificación, actualización de datos y análisis de tendencias del mercado; g) Envío de información de actualización, en los procesos de tratamiento de datos y normas empobres de seguro de La Equidad; h) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las bases Centrales de Información o bases de datos debidamente consultadas 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 logre a formalizar una relación contractual 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, emisión y liquidación del contrato de seguro; c) Las entidades jurisdiccionales tales como la Fiscalía de la Equidad asistiendo a las acciones de Coaseguro o Reseguro; 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; 3. 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; 4. 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; 5. 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 niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas; 8. Que como titular de la información, me reservo los derechos previstos en la ley 1581 de 2012 y el decreto 3377 de 2013. En consecuencia, me reservo 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 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 2922929 y su página web es www.laequidadseguros.coop; 10. 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.

Así mismo, manifiesto expresamente 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 entendimiento, acepto y declaro tomar la póliza. En constancia se firmó en Bogotá a los 10 días del mes de Octubre del año 2024

FIRMA ASEGURADO Judith de J Pinto
Autorizo Ingresar: SI [] NO []
Nombre y Firma de quien declara



Hydria del Índice de credibilidad asegurado

34

415 285



SOLICITUD DE SEGURO - DECLARACION DE ASEGURABILIDAD

Vida Grupo Grupo Deudores Proteccion Familiar
Grupo Apatos Grupo Directivos
Plan A B C

Form fields: TOMADOR (COOPERATIVA DEL MAGISTERIO), D.C./NIT (880025596), DIRECCION, CIUDAD, TELEFONICO, ASEGURADO PRINCIPAL (Judith de Jesus Pinto T), C.C. (23763796), ESTADO CIVIL (Casada), PESO (54), ESTATURA (162), TRABAJA LISTO AGUALMENTE (NO), OCUPACION (Pensionada), CARGO (Pensionada), FECHA DE NACIMIENTO (29 Nov 1958), CORREO ELECTRONICO (jupita02@hotmail.com), VALOR ASEGURADO (166'254'797)

Para Proteccion Familiar hacer diligencia al respecto de la declaracion de asegurabilidad por el padre y la madre

ESCRIBA EL NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS DE ESTE SEGURO Y SU RESPECTIVO PORCENTAJE

Table with 6 columns: NOMBRE Y APELLIDO, Documento (C.C.-C.E.-I.I.-R.C.), Nº DE DOCUMENTO, PARENTESCO, EDAD, %

*Si es poliza de Vida Deudores el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda.

Con plena conciencia que la falsedad o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como que éste se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal hoy respuesta de buena fe a los siguientes interrogantes:

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

- 1. AFECCIONES CARDIOVASCULARES
2. AFECCIONES CEREBROVASCULARES
3. CANCER
4. DIABETES
5. VIH POSITIVO / SIDA
6. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
7. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA
8. CIRUGÍA
9. ALCOHOLISMO
10. TABAQUISMO / DROGADICCIÓN
11. HIPERTENSIÓN ARTERIAL
12. ENFERMEDADES CONGENITAS
13. ENFERMEDADES DEL COLÁGENO
14. ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS
15. NINGUNA DE LAS ANTERIORES

EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS CONDICIONES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE:

Autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de hospital o persona que me haya atendido a suministrar a La Equidad Seguros de Vida copia de la historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.

En caso del seguro de Protección Familiar esta declaración se extiende al grupo familiar relacionado en la solicitud (cónyuge e hijos). Los padres deben diligenciar cada uno por separado esta declaración.

AUTORIZACIÓN 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 Generales S.A.S., y/o La Equidad Seguros de Vida S.A.S., (En adelante 'La Equidad'), de aquí en adelante se suministrarán 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 referencias 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, estadísticos, 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 otras Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referencias al comportamiento crediticio, financiero y comercial; i) Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral; j) 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. 2. Que los datos podrán ser compartidos, tramitados, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: a) Los operadores necesarios para el cumplimiento, los derechos y obligaciones derivados 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 intervienen en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro; c) Las entidades jurídicas con las cuales La Equidad adelanta gestiones para efectos de Conseguro o Reseguro; 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. 3. 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. 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 niñas, niños 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 hayan sido objeto de tratamiento. 9. Que el responsable del tratamiento de la información es La Equidad Seguros Generales S.A.S., y/o La Equidad Seguros de Vida S.A.S., cuya dirección es Carrera 9ª No. 99-07 Piso 12, el teléfono es 5922929 y su página web es www.laequidadseguros.coop. 10. 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.

Así mismo, manifiesto expresamente que durante el proceso de negociación me han sido informados de manera anticipada las condiciones del contrato de seguro y que en virtud de tal entendimiento, acepto y decido tomar la póliza.

En constancia se firma en: Bogotá a los 02 días del mes de octubre del año 2014

FIRMA ASEGURADO Judith de J Pinto T

Autorizo Ingreso: SI [] NO []

Nombre y firma de quien autoriza



Huella del índice de identificación del asegurado

204

391991



SOLICITUD DE SEGURO - DECLARACION DE ASEGURABILIDAD

Vida: Grupo Grupo Aportes [X] Grupo Deudores [] Grupo Directivos [] Proteccion Familiar [] Plan A [] B [] C []

Form fields: TOMADOR: COOPERATIVA DEL MAGISTERIO, C.C./NIT: 860026598, DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO, ASEGURADO PRINCIPAL: Judith de Jesus Pinto Tapias, C.C.: 23763796, ESTADO CIVIL: Casada, PESO (KGS): 51 kilos, ESTATURA (MIS): 1.66, ¿TRABAJA USTED AGUALMENTE?: NO, OCUPACION, CARGO, FECHA DE NACIMIENTO: 29-NOV-1958, CORREO ELECTRONICO: jupinto_07@hotmail.com, VALOR ASEGURADO: 20.000.000

Para Proteccion Familiar hacer diligenciar al respaldo la declaracion de asegurabilidad por el padre y la madre

ESCRIBA EL NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS DE ESTE SEGURO Y SU RESPECTIVO PORCENTAJE

Table with 6 columns: NOMBRE Y APELLIDO, Documento (C.C.-C.E.-T.I.-R.G.), N° DE DOCUMENTO, YARENESGO, EDAD, %

* Si es poliza de Vida Deudores el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda.

Complena conciencia que la veracidad o la falsedad de esta declaracion de asegurabilidad por el padre y la madre de un estado de salud normal hoy respuesta de buena fe a las siguientes interrogantes:

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

- 1. AFECIONES CARDIOVASCULARES []
2. AFECIONES CEREBROVASCULARES []
3. CANCER []
4. DIABETES []
5. VIH POSITIVO Y SIDA []
6. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA []
7. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA []
8. CIRUGIA []
9. ALCOHOLISMO []
10. TABAGUISMO / BROBADICION []
11. HIPERTENSION ARTERIAL []
12. ENFERMEDADES CONGENITAS []
13. ENFERMEDADES DEL COLAGEN []
14. ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS []
15. NINGUNA DE LAS ANTERIORES [X]

EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS CONDICIONES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRONICA, AFECION O ADICION FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE:

Empty box for medical conditions explanation

Autorizo expresamente a cualquier medico, funcionario de hospital o persona que me haya atendido a suministrar a La Equidad Seguros de Vida copia de la historia clinica. Esta autorización se hace extensiva a un despues de mi fallecimiento.

En caso del seguro de Proteccion Familiar esta declaracion se extiende al grupo familiar relacionado en la solicitud (cónyuge e hijos). Los padres deben diligenciar cada uno por separado esta declaracion.

AUTORIZACION 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 prestacion de servicios por parte de La Equidad Seguros Generales S.O., 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 autorizacion. A la misma, autorizo y declaro que he sido informado que durante la etapa precontractual y contractual, La Equidad puede acceder a esos datos para obtener informacion no suministrada en el presente documento, para los fines y tratamiento descrito a continuacion: 1. Que mis datos personales suministrados por La Equidad, para las siguientes finalidades: a) B) tramite de vinculacion como consumidor financiero; b) todas las actividades referentes al proceso de negociacion contractual, su ejecucion, cumplimiento y en general, la gestion integral del seguro contratado; c) verificación del estado del riesgo en cualquier tiempo; d) El control y la prevencion del fraude; e) La liquidacion y pago de siniestros; f) La elaboracion de estudios técnicos-solvencia, estadísticas, encuestas, verificación, actualización de datos y análisis de tendencias del mercado, transferencia, procesamiento y reporte de informacion a las bases de informacion o bases de datos debidamente convalidadas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial; g) Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral; 2. Que, para efectos de cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse en el caso de que no se logre a formalizar una relacion contractual con La Equidad, o que ella ya hubiere terminado y concluido el término de vigencia del tratamiento. 3. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, transferidos o divulgados para los finalidades mencionadas, a) a los operadores necesarios para el cumplimiento de deberes y obligaciones derivadas de los contratos de seguro celebrados con La Equidad, (así como, pero no limitado a: aseguradoras, cedentes, intermediarios, compañías de seguros, 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 mantiene relaciones para efectos de Coaseguro o Reseguro; 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 cuantitativos. 4. Que, para las finalidades indicadas en esta autorizacion, 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 responderle, 6. Que autorizo expresamente para que se revea a cargo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, si la informacion 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 informacion, me existen los derechos previstos en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013. En especial, me asiste el derecho a conocer, responderlas; 9. Que como titular de la informacion, me existen los derechos previstos en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013. En especial, me asiste el derecho a conocer, responderlas; 10. 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 autorizacion.

Así mismo, manifiesto expresamente que durante el proceso de negociacion, acepto y decido tomar la poliza condiciones del contrato de seguro y que en virtud de tal entendimiento, acepto y decido tomar la poliza.

En constancia se firma en: Bogota a los 28 dias del mes de Febrero del año 2023

FIRMA ASEGURADO: Judith de J. Pinto E

Autorizo ingreso: Si [] No []
Nombre y firma de quien autoriza:



Fuente del Índice Estadístico del Asegurado

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO

LA NOTARIA SETENTA Y UNA DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ, D.C. ENCARGADA

NOTARIA 71 26 DIC 2024 NOTARIA 71

Certifico que la presente fotocopia coincide con el original que reposa en esta Notaría

ADRIANA MARGARITA GUERRERO MARTINEZ
ESTE REGISTRO TIENE VIGENCIA PERMANENTE
ART. 2-DECRETO 2.189 DE 1983



REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial

11242599

Datos de la oficina de registro

| | | | | | | | | |
|-------------------|---------------|---------|-------------------------------------|-----------|---------------|------------------|--------|-------|
| Clase de oficina: | Registraduría | Notaría | <input checked="" type="checkbox"/> | Consulado | Corregimiento | Insp. de Policía | Código | D U C |
|-------------------|---------------|---------|-------------------------------------|-----------|---------------|------------------|--------|-------|

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 71 BOGOTA DC * * * * *

Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos

PINTO TAPIAS JUDITH DE JESUS * * * * *

| | |
|--|--------------------|
| Documento de identificación (Clase y número) | Sexo (en Letras) |
| CC No. 23763796 * * * * * | FEMENINO * * * * * |

Datos de la defunción

Lugar de la Defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. * * * * *

| | | | |
|-----------------------|-----|------|------------------------------------|
| Fecha de la defunción | | Hora | Número de certificado de defunción |
| Año | Mes | Día | |
| 2024 | DIC | 20 | 24124120758114 * * * * |

Presunción de muerte

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| Lugar de la defunción | Fecha de la sentencia |
| | Año Mes Día |

Documento presentado

Autorización judicial Certificado Médico

NELSON EDUARDO MURCIA CAICEDO - MEDICO * * * * *

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos

~~TORRES CAICEDO CARLOS ENRIQUE~~ * * * * *

Documentos de identificación (Clase y número)

CC No. 79584635 * * * * *

Firma

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 apellido del funcionario que autoriza |
| Año Mes Día | |
| 2024 DIC 23 | ADRIANA MARGARITA GUERRERO MARTINEZ |

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

LA COPIA DEL PRESENTE REGISTRO CIVIL CUMPLE CON LOS REQUISITOS LEGALES PARA SER FIRMADO POR EL NOTARIO



Colombia

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **23.763.796**

PINTO TAPIAS
APELLIDOS

JUDITH DE JESUS
NOMBRES

Judith de Tapias
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **29-NOV-1958**

MONGUA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

15-JUL-1977 MONGUA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALMIRANTE RENEGIFO LOPEZ



A-1500114-42115443-F-0023763796-20030804 00360 032180 01 145928182

Vida Grupo Deudores

La Equidad Seguros O.C.

Condiciones Generales
de Cotización.

VIGILADO | SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA



Experiencia cooperativa

Equidad Seguros es una organización 100% colombiana propiedad del sector solidario, nuestra esencia cooperativa nos permite enfocar la gestión de responsabilidad social a través de los programas de la Fundación Equidad Seguros, las Escuelas de Formación del Club Deportivo y el compromiso ambiental con el proyecto Cooperación Verde.

Nos sentimos orgullosos de nuestros orígenes, de los valores y principios solidarios que nos caracterizan con el fin de demostrar que este sector tiene gran trascendencia en el desarrollo del país, brindando más y mejores oportunidades a la población que más lo necesita.



Club Deportivo

Con gran sentido social, el **Club Deportivo Equidad Seguros** desde su nacimiento ha sido el vehículo ideal para expandir y contagiar la filosofía del cooperativismo en Colombia. En su trayectoria de vida ha logrado ser un modelo de organización y un ejemplo de estructura seria en el Fútbol Profesional Colombiano.

En la actualidad, el club cuenta con una escuela de fútbol para niños y jóvenes de 5 a 18 años, quienes participan en los diferentes campeonatos organizados por la Liga de fútbol de Bogotá. Mientras que las Fuerzas Básicas están conformadas por jugadores Sub-15, Sub-17 y Sub-20, quienes participan en torneos a nivel nacional.



Responsabilidad y balance social

Extendemos el brazo social de la aseguradora por medio de **Fundación Equidad Seguros, Fundequidad**, la cual a lo largo de sus más de 3 décadas, ha diseñado programas orientados en la promoción de los valores y principios cooperativos con el fin de ofrecer herramientas para el cambio.

Cada uno de los programas reconoce el liderazgo, el talento artístico, creativo, oral e intelectual; principalmente de los niños y jóvenes, quienes representan a las nuevas generaciones de las entidades asociadas. Así, hemos ha diversificado el alcance por medio de cinco líneas de acción: juventud, cultura, género, medio ambiente y educación; siendo esta última un elemento fundamental para aportar a la transformación del país.

Somos Equidad Seguros,

una aseguradora cooperativa con sentido social, con más de 50 años de trayectoria y experiencia en el sector asegurador colombiano, ofrecemos a las personas, sus familias, sus bienes y sus empresas más de 50 productos en los ramos de Seguros Generales, Seguros de Vida y Riesgos Laborales.

Contamos con 24 agencias en todo el país, una amplia red de intermediarios, más de 1.000 entidades cooperativas asociadas y estamos certificados en la Norma de calidad ISO 9001:2015 en todos nuestros procesos.

Estamos comprometidos con la generación de calidad de vida en todos los colombianos por medio de la previsión, por eso presentamos esta propuesta competitiva, innovadora e integral para ofrecer las mejores soluciones en seguros y comprometidos a brindar seguimiento oportuno para las renovaciones y atención de las necesidades de protección de su entidad.

Una aseguradora cooperativa con sentido social

COTIZACIÓN PÓLIZA VIDA GRUPO DEUDORES

CONDICIONES PÓLIZA SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES

Equidad Seguros de Vida



Tomador: COOPERATIVA DEL MAGISTERIO CODEMA
ID del cliente: 860025596



Condiciones Administrativas

Fecha de cotización: 28 de noviembre de 2024

Póliza: AA003059

Fecha de vigencia: 01 de diciembre de 2024 a 2025

Tipo de facturación: Mensual

Asegurados: Deudores de la entidad

Beneficiarios: Tomador

ST: 2489297

Agencia: BOG.CALLE100



Objetivo

El objetivo de este seguro es garantizar el pago del saldo de la deuda a favor del tomador amparado, en caso de muerte o invalidez del asegurado 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 vigor este seguro o al efectuar una nueva operación de préstamo reúna los requisitos de asegurabilidad.

Una aseguradora cooperativa con sentido social

COTIZACIÓN PÓLIZA VIDA GRUPO DEUDORES



Amparos y valor asegurado

| COBERTURA | VALOR ASEGURADO | VALOR ASEGURADO MÁXIMO INDIVIDUAL |
|---|----------------------------|-----------------------------------|
| AMPARO BÁSICO | Saldo Insoluto de la deuda | 330 SMMLV |
| VIDA COMPLETA DESDE 71 AÑOS | Saldo Insoluto de la deuda | 80 SMMLV |
| VIDA COMPLETA DESDE 86 AÑOS | Saldo Insoluto de la deuda | 10 SMMLV |
| PREEXISTENCIAS HASTA 85 AÑOS Y 364 DIAS | Saldo Insoluto de la deuda | \$ 80.000.000 |

***Nota 1:** las declaraciones de asegurabilidad se deben diligenciar con la sumatoria de los créditos desembolsados a la fecha de la firma del documento declaración de asegurabilidad y deben estar en custodia del tomador de la póliza y estas deben ser suministradas al momento de una reclamación de acuerdo con los requisitos de asegurabilidad pactados.

En caso de no aportar el cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad, se procederá con la objeción del siniestro.



DEFINICIONES DE AMPAROS

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.

VIDA COMPLETA MENORES DE 86 AÑOS

Esta cláusula tiene por objetivo otorgar la cobertura del Amparo Básico a los asegurados nuevos y antiguos mayores de setenta (70) años y 364 días y menores de ochenta y cinco (85) años y 364 días, con un límite de valor asegurado hasta **80 SMMLV** durante todo el tiempo en que subsista la deuda pagando la tarifa correspondiente para este amparo.

VIDA COMPLETA DE 86 AÑOS EN ADELANTE

Esta cláusula tiene por objetivo otorgar la cobertura del Amparo Básico a los asegurados nuevos y antiguos mayores de ochenta y cinco (85) años y 364 días y con un límite de valor asegurado hasta **10 SMMLV** durante todo el tiempo en que subsista la deuda pagando la tarifa correspondiente para este amparo.

Aplican condiciones del 21/05/2021-1429-P-34-000000000002031-D001

Una aseguradora cooperativa con sentido social

COTIZACIÓN PÓLIZA VIDA GRUPO DEUDORES

CLAUSULA GLOBAL DE PREEXISTENCIA

Con la contratación de la cláusula global de preexistencia tendrán cobertura todos los siniestros presentados a partir de la contratación de la póliza y de este anexo especial, cuya descripción se fundamenta en que, para la atención de cualquier siniestro presentado, tendrá cobertura completa sin presentar objeción alguna a las mismas hasta \$80.000.000 y aportes hasta \$10.000.000 para asegurados con edad hasta los 85 años y 364 días.

Para asegurados mayores de 85 años y/o con un valor asegurado mayor a \$80.000.000 se regirán con las condiciones particulares de la póliza y podrán ser objetadas de no cumplir con los requisitos de asegurabilidad.

Se establece que para reclamaciones hasta los \$80.000.000 y aportes hasta \$10.000.000 los asegurados con edad hasta los 85 años y 364 días, al momento de demostrar la ocurrencia del siniestro y su cuantía, deberá aportar únicamente la siguiente documentación:

- Certificado individual o notarial de defunción
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía o registro civil de nacimiento
- Certificado del revisor fiscal y de la gerencia de la entidad acreedora donde conste el saldo de la deuda
- Movimiento contable o tarjeta del crédito hasta el momento de fallecimiento del asegurado.
- Reporte de aportes a descontar.

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:

- a) Participación del asegurado en 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
- b) Participación del asegurado en actividades terroristas o delincuenciales
- c) Eventos ocurridos a consecuencia de fisión o fusión nuclear, radioactividad o el uso de armas atómicas, bacteriológicas o químicas.
- d) Fenómenos de la naturaleza, sísmicos, volcánicos o inundaciones; lesiones inmediatas o tardías causadas por energía atómica.
- e) 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.
- f) 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.

Aplican condiciones del 21/05/2021-1429-P-34-000000000002031-D001

Una aseguradora cooperativa con sentido social

COTIZACIÓN PÓLIZA VIDA GRUPO DEUDORES



Edad de ingreso y permanencia

| COBERTURA | EDAD MÍNIMA DE INGRESO | EDAD MÁXIMA DE INGRESO | EDAD DE PERMANENCIA |
|---------------|------------------------|------------------------|---------------------|
| AMPARO BÁSICO | 18 años | 85 años y 364 días | ILIMITADA |

NOTA: No obstante Para asegurados con edad superior a 85 años y 364 días se otorga cobertura hasta el límite de valor asegurado de 10 SMMLV con cláusula de preexistencias, tasa única de 0.45% mensual y mismos requisitos de asegurabilidad (no diligencian declaración de asegurabilidad)

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.

SUMA ASEGURADA

Para el amparo básico **hasta 330 SMMLV** 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; para vida competa desde 71 años, preexistencia hasta 85 años y 364 días y vida completa desde 85 años, 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 interés corrientes restando los aportes comprometidos que tenga el asegurado a la fecha de la ocurrencia del fallecimiento del asegurado.

Este valor asegurado se toma del reporte mensual que hace el tomador a la compañía de seguros de acuerdo con las condiciones pactadas en el presente contrato



Revisión de siniestralidad

Equidad Seguros podrá revisar periódicamente de manera **semestral** el resultado siniestral del programa, con base en dicho resultado cuando este supere el 50% (siniestros incurridos / primas devengadas), podrá modificar las condiciones técnicas del negocio acorde a una negociación con el Tomador.

Aplican condiciones del 21/05/2021-1429-P-34-000000000002031-D001

Una aseguradora cooperativa con sentido social

COTIZACIÓN PÓLIZA VIDA GRUPO DEUDORES



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
 - Fecha de nacimiento
 - Fecha de desembolso del crédito
 - Numero de crédito
 - Saldo insoluto de la deuda
 - Extra-primas



Requisitos de asegurabilidad

Para los asociados y/o deudores que soliciten un nuevo préstamo o para aquellos asociados y/o deudores que solicite incremento al monto adeudado, se deben cumplir con los siguientes requisitos:

- Para los asociados con edad hasta los 85 años y 364 días, cuando el crédito o sumatoria de sus créditos sea hasta \$80.000.000 más un máximo de aportes de \$10.000.000 no requieren diligenciar formato declaración de asegurabilidad
- Los asociados con edad hasta los 71 años, cuando al solicitar un nuevo crédito o la sumaria de sus créditos sea superior a \$ 80.000.000 más un máximo de aportes de \$10.000.000 y hasta 330 SMMLV requiere diligenciar formato de declaración de asegurabilidad que se enviará a la equidad para su aprobación o rechazo por parte de la compañía.
- Para los asociados con edad desde 71 años hasta los 85 años y 364 días, el límite máximo asegurado es de 80 SMMLV
- Para los asociados con edad desde 86 años, cuando el crédito o sumatoria de sus créditos sea desde 10 SMMLV más aportes de \$5.000.000 requiere diligenciar formato de declaración de asegurabilidad que se enviará a la equidad para su aprobación o rechazo por parte de la compañía.

Nota: La entidad debe enviar las declaraciones de asegurabilidad diariamente y la equidad dará respuesta en un término no mayor a 24 horas

Aplican condiciones del 21/05/2021-1429-P-34-000000000002031-D001

Una aseguradora cooperativa con sentido social

COTIZACIÓN PÓLIZA VIDA GRUPO DEUDORES

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD FORMATO SUS-006

Esta incluye declaración sobre estado de salud, se aceptará la inclusión a la póliza siempre y cuando haya contestado en forma negativa las preguntas de la 1 a la 7, su Índice de Masa Corporal se encuentre en obesidad mórbida decir que se encuentre del 35 en adelante, para estos casos puede ser extra primado en un 60% directamente por CODEMA. De igual forma Si responde SI a una o varias de las siguientes enfermedades la extraprima se entenderá incluida dentro de la tasa; hipertensión, diabetes, hipotiroidismo, rinitis, asma, colon, gastritis, cirugías estéticas, odontológicas, cornetes cataratas, apendicitis, extracción de amígdalas, vesícula, cesaría, pomey, vasectomía, hernia inguinal, hiatal y abdominal.

Cálculo del Índice de Masa Corporal

Traducir la altura en metros, ejemplo 1,65

Multiplicar por sí mismo $1,65 \times 1,65 = 2,72$, dividir el peso en el resultado anterior $70 \text{ kg} / 2,72 = 25,7$ de IMC



DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACION

Para reclamos con saldos de deuda hasta el valor descrito en el anexo de la cobertura de CLAUSULA GLOBAL DE PREEXISTENCIAS \$80.000.001, se deberá demostrar la ocurrencia del siniestro y su cuantía, con la presentación únicamente de la siguiente documentación.

- Certificado individual o notarial de defunción.
- 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 de crédito hasta el momento de fallecimiento del asegurado.
- En caso de reclamación para los montos menores o iguales a \$80.000.000 y asegurados con edad hasta los 85 años y 364 días, no se requiere presentar historia clínica.
- Para reclamos con deuda superior a \$ 80.000.001 al momento del fallecimiento del asegurado, adicionalmente a los documentos anteriormente mencionados, se deberá cumplir con los requisitos de asegurabilidad y presentar la historia clínica
- Extracto de la cuenta del asociado fallecido donde se evidencia el valor insoluto de la deuda y los aportes que serán deducidos.



Condiciones particulares

REVOCACIÓN: El asegurado en cualquier momento podrá revocar el contrato de seguro mediante aviso escrito a la equidad. Este último, exceptuando lo relacionado con las coberturas de vida podrá revocarlo unilateralmente, mediante notificación escrita al

Aplican condiciones del 21/05/2021-1429-P-34-000000000002031-D001

Una aseguradora cooperativa con sentido social

COTIZACIÓN PÓLIZA VIDA GRUPO DEUDORES

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.

PERIODICIDAD DEL COBRO: Mensual vencido sin recargo

PAGO DE SINIESTRO: La equidad seguros pagará los siniestros durante los 30 días siguientes a la presentación completa de los documentos de reclamación.



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 única

0.45 %

Nota: 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.

Aplican condiciones del 21/05/2021-1429-P-34-000000000002031-D001

Una aseguradora cooperativa con sentido social

COTIZACIÓN PÓLIZA VIDA GRUPO DEUDORES

PARTICIPACION DE UTILIDADES:

Se ofrece participación de utilidades sobre este seguro cuando la siniestralidad incurrida esté por debajo del 50% de las primas totales, la cual se liquidará a los ciento ochenta (180) días de finalizada la vigencia así:

La fórmula de la PU es la siguiente, con un gasto compañía del 15%

- (+) Prima Devengada
- (-) Siniestros Incurridos *
- (-) Comisión
- (-) Retorno
- (-) IVA + Impuestos
- (-) Gastos Compañía
- (=) Base PU

$$PU = 10\% * \text{Base PU}$$

*Incluye IBNR 10%



Clausulado

ESTA COTIZACIÓN SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 21/05/2021-1429-P-34-000000000002031-D001 VIDA GRUPO DEUDORES

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.

Elisa Fernanda Marconi Vergel
Técnico de Suscripción Vida - DG
28 de noviembre de 2024

COTIZACIÓN PÓLIZA VIDA GRUPO DEUDORES

VALIDEZ DE LA OFERTA

VALIDEZ DE LA OFERTA 15 DIAS CALENDARIO

Aplicar las garantías del condicionado general de la póliza, 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.

Nota: Esta cotización no compromete a la compañía al otorgamiento del amparo Respectivo hasta tanto la compañía lo haya manifestado expresamente, indicando la fecha de iniciación de vigencia y análisis del riesgo, con posterioridad de la aceptación escrita por parte del tomador.

La presente cotización está sujeta a la no existencia de siniestros conocidos o Reportados antes del inicio de vigencia, diferentes a los informados anteriormente y que fueron base para iniciar el proceso de cotización, de lo contrario la compañía se reserva el derecho de retirar y/o modificar la cotización.

SAC Sistema de atención al consumidor financiero

Escribanos



Desde la cooperativa

servicio.cliente@laequidadseguros.coop



Desde el asegurado

Diligenciar el formulario de contacto a través de la página web.

Nuestras agencias

- **24** agencias a nivel nacional.
- **1** unidad de negocios corporativos.
- **13** franquicias.
- **3** delegaciones.
- **1800** intermediarios.

Contáctenos



www.laequidadseguros.coop

Contact Center



Línea de contacto

- A nivel nacional
01 8000 919 538
- Desde Bogotá
746 0392 opción 3



Una aseguradora cooperativa con sentido social



equidad
seguros

Una aseguradora cooperativa
con sentido social

AGENTE DIRECTO

Vida Grupo Deudores

www.laequidadseguros.coop

Síguenos en:



SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES

PÓLIZA
AA003059

FACTURA



NIT 830008686

INFORMACIÓN GENERAL

| | | | | | | | |
|----------------------------|------------------|------------------------------|---------------------|------|-------|---------------------------|--|
| DOCUMENTO | Modificación | PRODUCTO | VIDA GRUPO DEUDORES | | | ORDEN | 159478 |
| CERTICADO | AA412576 | FORMA DE PAGO | Contado | | | USUARIO | MSVEGA |
| AGENCIA | BOGOTA CALLE 100 | TELEFONO | 6019142114 | | | DIRECCIÓN | Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS |
| FECHA DE EXPEDICIÓN | | VIGENCIA DE LA POLIZA | | | | FECHA DE IMPRESIÓN | |
| 04 | 02 | 2025 | DESDE | DD | 01 | MM | 12 |
| DD | MM | AAAA | HASTA | DD | 01 | MM | 12 |
| AAAA | 2024 | AAAA | 2025 | HORA | 00:00 | HORA | 00:00 |
| 11 | 03 | 2025 | | | DD | MM | AAAA |

DATOS GENERALES

| | | | |
|---------------------|-----------------------------------|-----------------|------------|
| TOMADOR | COOPERATIVA DEL MAGISTERIO CODEMA | NIT/CC | 860025596 |
| DIRECCIÓN | CALLE 39B N° 19 - 15 | TEL/MOVI | 6013237505 |
| ASEGURADO | JUDITH DE JESUS PINTO TAPIAS | NIT/CC | 23763796 |
| DIRECCIÓN | CALLE 39 B # 19 - 15 | TEL/MOVI | 3115920804 |
| BENEFICIARIO | COOPERATIVA DEL MAGISTERIO CODEMA | NIT/CC | 860025596 |
| DIRECCIÓN | Ci 39 B No. 19-15 | TEL/MOVI | 6013237505 |
| EMAIL | info@codema.com.co | | |
| EMAIL | OLRODRIGUEZ@CODEMA.COM.CO | | |
| EMAIL | info@codema.com.co | | |

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

| DETALLE | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| Ciudad del Asegurado Departamento Dirección del Asegurado Deudor Actividad | BOGOTA D.C. BOGOTA D.C. CALLE 39 B 19 - 15 BANCOS, SEGUROS, COOPERATIVAS |

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

| DETALLE | VALOR ASEGURADO |
|----------------------------|------------------|
| Muerte por Cualquier Causa | \$183,035,222.00 |

| | | | | |
|------------------------------|-------------------|---------------|------------|------------------------|
| VALOR ASEGURADO TOTAL | PRIMA NETA | GASTOS | IVA | TOTAL POR PAGAR |
| \$183,035,222.00 | \$.00 | | \$.00 | \$.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 extemporaneo 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

SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES

PÓLIZA
AA003059

FACTURA



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO Contado **PRODUCTO** VIDA GRUPO DEUDORES
COD. AGENCIA AA412576 **CERTIFICADO** 159478 **DOCUMENTO** Modificacion **TEL:** 6019142114
AGENCIA BOGOTA CALLE 100 **DIRECCIÓN** Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS

| FECHA DE EXPEDICIÓN | | | VIGENCIA DE LA PÓLIZA | | | | | | FECHA DE IMPRESIÓN | | | | | |
|---------------------|----|------|-----------------------|----|----|----|----|------|--------------------|-------------|-------|----|----|------|
| 04 | 02 | 2025 | DESDE | DD | 01 | MM | 12 | AAAA | 2024 | HORA | 00:00 | 11 | 03 | 2025 |
| DD | MM | AAAA | HASTA | DD | 01 | MM | 12 | AAAA | 2025 | HORA | 00:00 | DD | MM | AAAA |

DATOS GENERALES

TOMADOR COOPERATIVA DEL MAGISTERIO CODEMA **NIT/CC** 860025596
DIRECCIÓN CALLE 39B N° 19 - 15 **E-MAIL** info@codema.com.co **TEL/MOVIL** 6013237505

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

MEDIANTE EL PRESENTE CERTIFICADO SE REALIZA RENOVACION PARA LA VIGENCIA ARRIBA INDICADA

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. Y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. - COMPAÑIAS DE SEGUROS

**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