

SEGURO VIDA GRUPO

FACTURA



PÓLIZA
AA009392

NIT 830008686

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Nuevo	PRODUCTO	VIDA GRUPO	ORDEN	1									
CERTICADO	AA106512	FORMA DE PAGO	Contado	USUARIO	YFERNANDEZ									
AGENCIA	CALI	TELEFONO	6023981963	DIRECCIÓN	CALLE 25N # 6N-42									
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA			FECHA DE IMPRESIÓN								
12	08	2021	DESDE	DD	01	MM	09	AAAA	2021	HORA	00:00	17	07	2025
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	09	AAAA	2022	HORA	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y DE PROFESIONALES DE COLOMBIA COOMEVA	NIT/CC	890300625
DIRECCIÓN	CL 13 # 57 - 50	TEL/MOVIL	6013330000
ASEGURADO	CLIENTES COOMEVA Y BANCOOMEVA	NIT/CC	222222222221
DIRECCIÓN	NIVEL NACIONAL	TEL/MOVIL	1
BENEFICIARIO	LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO Y/O LOS DE LEY	NIT/CC	1231234
DIRECCIÓN		TEL/MOVIL	
EMAIL	recepcion_coomeva@coomeva.com.co		
EMAIL	notiene@notiene.com		
EMAIL	notiene@notiene.com		

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
CIUDAD DEPARTAMENTO DIRECCIÓN ACTIVIDAD	CALI VALLE DEL CAUCA CALLE 13 57-50 BANCOS, SEGUROS, COOPERATIVAS

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DETALLE	VALOR ASEGURADO
Básico (Muerte). Invalidez.	\$2,180,462,400.00 \$2,180,462,400.00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
\$2,180,462,400.00	\$.00		\$.00	\$.00

COASEGURO	
COMPañIA	PARTICIPACIÓN
	%

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN
000900367164	COOMEVA CORREDORES DE SEGUROS S.A.	%

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

EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. Y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO VIDA GRUPO

PÓLIZA
AA009392

FACTURA



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO Contado **PRODUCTO** VIDA GRUPO
COD. AGENCIA AA106512 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Nuevo **TEL:** 6023981963
AGENCIA CALI **DIRECCIÓN** CALLE 25N # 6N-42

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA				FECHA DE IMPRESIÓN							
12	08	2021	DESDE	DD	01	MM	09	AAAA	2021	HORA	00:00	17	07	2025
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	09	AAAA	2022	HORA	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y DE PROFESIONALES DE COLOMBIA COOMEVA **NIT/CC** 890300625
DIRECCIÓN CL 13 # 57 - 50 **E-MAIL** recepcion_coomeva@coomeva.com.co **TEL/MOVIL** 6013330000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

TOMADOR: COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y DE PROFESIONALES DE COLOMBIA COOMEVA

NIT: 890.300.625 - 1

ASEGURADOS: CLIENTE COOMEVA Y BANCOOMEVA

BENEFICIARIOS: LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO Y/O LOS DE LEY.

VIGENCIA: LA VIGENCIA DE LA POLIZA ES DEL 01 DE SEPTIEMBRE DE 2021 A LAS 00:00 HORAS HASTA EL 01 DE SEPTIEMBRE DE 2022 A LAS 00:00 HORAS

Estructura De La Póliza

Amparar en caso de muerte o incapacidad total y permanente al grupo asegurable incluso cuando sean deudores de las líneas de créditos comerciales, créditos de vivienda y créditos de consumo y/o cualquier otra línea de crédito otorgados por Coomeva o Bancoomeva (GECC), en adelante El Tomador.

En el caso de respaldar una obligación el seguro entrará en vigor a partir del desembolso del préstamo al asegurado (para los nuevos créditos) y se entenderá vigente en las condiciones actuales para los créditos existentes que cuenten con dicha cobertura, de conformidad con lo establecido en la cláusula de extensión.

En los casos de respaldar una obligación, Entidad acreedora titular de la obligación adquiere la calidad de Primer Beneficiario del seguro hasta por el saldo de la obligación, el excedente si existiere se pagará al Asegurado o sus beneficiarios y en su defecto a sus herederos de ley.

Igualmente, la aseguradora dará cobertura automática en los términos de la póliza, a las compras de cartera que realice la entidad acreedora titular de la obligación y aceptará el formato de declaración de asegurabilidad de la anterior aseguradora.

En ningún caso La Aseguradora dará aplicación a lo establecido en el inciso segundo del artículo 1064 del Código de Comercio, relacionado con las sanciones de que tratan los artículos 1058 y 1060 ibidem.

Amparos

Muerte e Incapacidad Total y Permanente ambas por cualquier causa (incluye SIDA).

Se incluye la muerte o incapacidad total y permanente por suicidio, homicidio, terrorismo, embriaguez y encontrarse bajo el influjo de algún medicamento o droga enervante, estimulante o similar desde el inicio del crédito, es decir, por cualquier causa.

Se entenderá por incapacidad total y permanente la sufrida por el asegurado que se manifieste estando amparado bajo el presente anexo, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales, de acuerdo con la calificación de la entidad legalmente autorizada para expedirla (Administradora de Riesgos Laborales ARL, Fondo de Pensiones, EPS, Junta de Calificación o Médico Laboral o Especialista en Salud Ocupacional de la Red Médica de Coomeva), que le impida desempeñar cualquier trabajo remunerado acorde con su formación personal u ocupación habitual, siempre que dicha incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor a 120 días.

La fecha de siniestro será la de declaratoria de la pérdida de la capacidad laboral, independiente de la fecha de estructuración. Para el caso de la declaratoria por el Médico Laboral o Especialista en Salud Ocupacional de la Red Médica de Coomeva, será éste quien establezca la fecha, de acuerdo con la historia clínica y la valoración del paciente.
 Valor Asegurado

El valor asegurado por persona corresponderá al monto inicial del crédito otorgado por El Tomador.

Siempre y cuando se pague prima correspondiente como saldo de la obligación contraída se entenderá, el capital no pagado más los intereses corrientes, intereses de mora si los hubiere, incluyendo las primas de seguros dejadas de pagar y otros conceptos imputados al crédito (por ejemplo el pago de los honorarios y gastos judiciales en caso que el crédito se encuentre en cobro jurídico).

El valor asegurado corresponde al valor desembolsado y antes del 3 de Marzo de 2014 el valor asegurado corresponde al saldo insoluto de la obligación.

Límite Máximo Por Asegurado
 El límite máximo por asegurado es de 2.400 SMMLV.

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

PÓLIZA
AA009392

FACTURA



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO Contado **PRODUCTO** VIDA GRUPO
COD. AGENCIA AA106512 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Nuevo **TEL:** 6023981963
AGENCIA CALI **DIRECCIÓN** CALLE 25N # 6N-42

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA				FECHA DE IMPRESIÓN							
12	08	2021	DESDE	DD	01	MM	09	AAAA	2021	HORA	00:00	17	07	2025
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	09	AAAA	2022	HORA	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y DE PROFESIONALES DE COLOMBIA COOMEVA **NIT/CC** 890300625
DIRECCIÓN CL 13 # 57 - 50 **E-MAIL** recepcion_coomeva@coomeva.com.co **TEL/MOVIL** 6013330000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

Amparo Automático.

Se concede amparo automático cubriendo preexistencias y retencencias para personas que contraigan créditos hasta \$150'000.000= en una o varias obligaciones y edad hasta de 70 años + 364 días con la sola firma de la declaración de asegurabilidad.

También se concede amparo automático y no se exigirán requisitos adicionales de asegurabilidad para personas que contraigan créditos desde \$150'000.001= hasta \$300'000.000= y edad máxima de 70 años + 364 días con la sola firma de la declaración de asegurabilidad siempre y cuando el Asegurado no declare ninguna patología afirmativamente.

También se concede amparo automático y no se exigirán requisitos adicionales de asegurabilidad para personas que contraigan créditos desde \$150'000.001= hasta \$300'000.000= y edad máxima de 70 años + 364 días con la sola firma de la declaración de asegurabilidad y que declare alguna(s) de la(s) siguiente(s) patología(s):

- " Cirugías estéticas.
- " Cirugías de cornetes.
- " Cirugías de cataratas.
- " Procedimientos de in fertilización masculina y femenina.
- " Cirugía de amígdalas.
- " Cesáreas.
- " Cirugía por apendicitis.
- " Procedimientos odontológicos.
- " Artroscopias.
- " Histerectomía.
- " Artritis. Se excluye Artritis Reumatoidea, la cual si requiere de examen médico.
- " Fracturas. Se excluyen fractura craneal o de columna las cuales si requieren de examen médico.
- " Afecciones respiratorias. Se excluyen EPOC, Neumonía, Bronquitis, Cáncer las cuales si requieren de examen médico.
- " Hernia umbilical
- " Cálculos renales
- " Cirugía de vesícula
- " Cirugía de corrección de miopía o estrabismo
- " Cirugía de hallux valgus
- " Hernia Inguinal

La indemnización en caso de preexistencia y retencencias tendrá una cobertura máxima hasta \$150'000.000.

Monto a asegurar expresado en pesos

Edad límite del Asegurado

Requisitos asegurabilidad Cobertura de patologías bajo el amparo automático (Mencionar patologías)

Hasta 150 MCOP 18 años hasta 70 años + 364 días CA Se cubren preexistencias y retencencias

Más de 150 MCOP y hasta 300 MCOP

18 años hasta 70 años + 364 días

Requisitos de asegurabilidad 1

- o Cirugías estéticas.
- o Cirugías de cornetes.
- o Cirugías de cataratas.
- o Procedimientos de in fertilización masculina y femenina.
- o Cirugía de amígdalas.
- o Cesáreas.
- o Cirugía por apendicitis.
- o Procedimientos odontológicos.
- o Artroscopias.
- o Histerectomía.
- o Artritis. Se excluye Artritis Reumatoidea, la cual si requiere de examen médico.
- o Fracturas. Se excluyen fractura craneal o de columna las cuales si requieren de examen médico.
- o Afecciones respiratorias. Se excluyen EPOC, Neumonía, Bronquitis, Cáncer las cuales si requieren de examen médico.
- " Hernia umbilical

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

FACTURA



PÓLIZA
AA009392

INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO Contado **PRODUCTO** VIDA GRUPO
COD. AGENCIA AA106512 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Nuevo **TEL:** 6023981963
AGENCIA CALI **DIRECCIÓN** CALLE 25N # 6N-42

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA				FECHA DE IMPRESIÓN							
12	08	2021	DESDE	DD	01	MM	09	AAAA	2021	HORA	00:00	17	07	2025
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	09	AAAA	2022	HORA	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y DE PROFESIONALES DE COLOMBIA COOMEVA **NIT/CC** 890300625
DIRECCIÓN CL 13 # 57 - 50 **E-MAIL** recepcion_coomeva@coomeva.com.co **TEL/MOVIL** 6013330000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

- " Cálculos renales
- " Cirugía de vesícula
- " Cirugía de corrección de miopía o estrabismo
- " Cirugía de hallux valgus
- " Cirugía Inguinal
- " Hernia inguinal

Más de 300
 MCOP y hasta (2.400 SMMLV) 18 años hasta 70 años + 364 días

Requisitos asegurabilidad :1,2

CA: Cobertura Automática; todos los Asegurados son cubiertos (no se requiere declaración de salud) y las condiciones pre existentes son cubiertas

1: Declaración de Asegurabilidad: Si en la declaración el asegurado reconoce que tiene una buena condición en su salud y responde negativamente a las preguntas será asegurado de manera automática; si responde afirmativamente a alguna de las preguntas, Equidad se reserva el derecho de solicitar exámenes.

2: Examen médico y examen parcial de orina.

2.2. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD ADICIONALES

Para Valores Asegurados desde \$150'000.001= hasta \$300'000.000= y cualquier edad, que declare afirmativamente alguna de las siguientes patologías, se requieren los siguientes exámenes:

2.2.1. Contesta Sí en Afecciones Cardiovasculares: Se solicita examen médico, EKG, glicemia, perfil lipídico, parcial de orina.

2.2.2. Contesta Sí en Hipertensión Arterial: Se solicita examen médico, química sanguínea, EKG.

2.2.3. Contesta Sí en Afecciones Cerebro vasculares: Se solicita examen médico, EKG, glicemia, perfil lipídico, parcial de orina.

2.2.4. Contesta Sí en Cáncer: Se solicita examen médico, EKG, glicemia, perfil lipídico, parcial de orina. Historia clínica, evolución y pronóstico diligenciado por médico tratante

2.2.5. Contesta Sí en Diabetes: Se solicita examen médico, química sanguínea, EKG.

2.2.6. Contesta Sí en VIH / S.I.D.A: Se solicita examen médico, EKG, glicemia, perfil lipídico, parcial de orina, VIH, serología

2.2.7. Contesta Sí en Afecciones Renales: Se solicita examen médico, EKG, Glicemia, Perfil Lipídico, parcial de orina, BUN y Creatinina.

2.2.8. Índice de masa corporal:

" Si el índice de masa corporal está entre 25 a 30, no se solicitan exámenes complementarios.

" Si el índice de masa corporal es superior a 30, se solicita examen médico y perfil lipídico.

El índice de masa corporal se calcula de la siguiente forma: FORMULA INDICE DE MASA CORPORAL: $IMC = PESO / TALLA^2$

Ejemplo: 80 kilos, Estatura 1.65 Entonces $IMC = 80 / (1.65)^2 = 29.3$

Resumen exámenes médicos para patologías específicas:

Patologías declaradas por el Asegurado

Documento (s) solicitados (s) Monto a asegurar expresado en pesos Edad límite del Asegurado

Exámenes médicos solicitados

Cardio vascular Declaración de Asegurabilidad: Si en la declaración el asegurado reconoce que tiene una buena condición en su salud y responde negativamente a las preguntas será asegurado de manera automática; si responde afirmativamente a alguna de patologías acá descritas, Equidad se reserva el derecho de solicitar exámenes médicos. En caso de siniestro Equidad puede rechazarlo por pre existencia si esta no fue declarada y era conocida por el asegurado.

Más de 150 MCOP y hasta 500 MCOP

18 años hasta 75 hasta 75

EKG, glicemia, perfil lipídico y parcial de orina.



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

SEGURO VIDA GRUPO

PÓLIZA
AA009392

FACTURA



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO Contado **PRODUCTO** VIDA GRUPO
COD. AGENCIA AA106512 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Nuevo **TEL:** 6023981963
AGENCIA CALI **DIRECCIÓN** CALLE 25N # 6N-42

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA				FECHA DE IMPRESIÓN							
12	08	2021	DESDE	DD	01	MM	09	AAAA	2021	HORA	00:00	17	07	2025
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	09	AAAA	2022	HORA	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y DE PROFESIONALES DE COLOMBIA COOMEVA **NIT/CC** 890300625
DIRECCIÓN CL 13 # 57 - 50 **E-MAIL** recepcion_coomeva@coomeva.com.co **TEL/MOVIL** 6013330000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

Hipertensión Arterial: Química sanguínea y EKG.
 Cerebro vascular ;EKG, glicemia, perfil lipídico y parcial de orina.
 Cáncer : EKG, glicemia, perfil lipídico, parcial de orina, historia clínica, evolución y pronóstico diligenciado por médico tratante.
 Diabetes: Química sanguínea y EKG.
 VIH/ S.I.D.A :EKG, glicemia, perfil lipídico, parcial de orina, VIH y serología.
 Afecciones Renales : EKG, Glicemia, Perfil Lipídico, parcial de orina, BUN y Creatinina.

Masa corporal

o Si el índice de masa corporal está entre 25 a 30, no se solicitan exámenes complementarios.
 o Si el índice de masa corporal es superior a 30, se solicita examen médico y perfil lipídico.

*Para cualquier otra enfermedad diferente a las detalladas anteriormente, se requiere estudio y aprobación previa de la aseguradora.

2.3. VALORES ASEGURADOS IGUALES O MAYORES A \$300'000.001=

Para Valores Asegurados iguales o mayores a \$300'000.001 en uno o varios créditos y hasta el límite máximo por asegurado, cualquier edad e independiente del estado de salud declarado, se requiere estudio y aprobación previa de la aseguradora.

Manejo del IMC (Índice de masa corporal)

Formula Índice de Masa Corporal:

Traducir la altura a metros. Ejemplo. 1.65 metros. Multiplicarlo por sí mismo, es decir $1.65 \times 1.65 = 2.72$

Dividir el peso entre el resultado anterior, es decir: $\text{Peso } 70 \text{ kg} / 2.72 = 25.7 \text{ IMC}$

Extra primas por índice de masa corporal De 30.1 a 34.9 extra prima del 30%

De 35.1 a 39.9 se requiere resumen de la historia clínica Últimos tres años y en facultad de la agencia extra primar 50%.

De 40 en adelante se requiere resumen de la historia clínica Últimos tres años y enviar a la Gerencia de Vida de la Equidad Seguros quien determinara cobertura.

Red medica

Contamos con una Red Médica calificadora a nivel nacional quienes serán los encargados de otorgar las condiciones para los asegurados.

Procedimiento de atención:

1. El intermediario de seguros en conjunto con los funcionarios de la aseguradora (Funcionario que asignará La Equidad seguros para el manejo del convenio In House) remitirán los asegurados a centros médicos predeterminados autorizados por la Equidad Seguros de Vida, para la práctica de los exámenes.
2. El centro médico debe enviar los resultados de exámenes al centro Red médico calificador quien a su vez determinará y confirmará viabilidad de asegurabilidad (condiciones), remitiendo respuesta a la Agencia, intermediario (In House), y a la Gerencia de Vida de La Equidad.

Segun las patologías se informará el respectivo recargo si lo hay, para que sea aplicado al asegurado en la liquidación de las primas de seguro respectiva.

Flujograma

Intermediario de Seguros y/o Funcionarios de La aseguradora (convenio) Mismo día Envío a:

Centros médicos predeterminados para la práctica de exámenes. Mismo día o día siguiente hábil Envío a:

Centro red medico Calificador remite respuesta a:

Agencia de Cali, Intermediario (Funcionario Equidad In House) y Gerencia de Vida de La Equidad.

Definición Por Parte De La Aseguradora

La Equidad seguros se compromete a dar respuesta para la suscripción de los riesgos, el cual no podrá superar tres (3) días contados a partir del día hábil siguiente a la recepción de los documentos, inclusive los resultados médicos requeridos.

Se tiene en cuenta que el incumplimiento en el término de respuesta genera amparo automático, aÚN si el valor de la obligación excede el monto designado como amparo automático.

La custodia de los documentos físicos (Solicitud de seguro/declaración de asegurabilidad) es responsabilidad del Tomador

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

FACTURA



PÓLIZA
AA009392

INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO Contado **PRODUCTO** VIDA GRUPO
COD. AGENCIA AA106512 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Nuevo **TEL:** 6023981963
AGENCIA CALI **DIRECCIÓN** CALLE 25N # 6N-42

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA				FECHA DE IMPRESIÓN							
12	08	2021	DESDE	DD	01	MM	09	AAAA	2021	HORA	00:00	17	07	2025
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	09	AAAA	2022	HORA	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y DE PROFESIONALES DE COLOMBIA COOMEVA **NIT/CC** 890300625
DIRECCIÓN CL 13 # 57 - 50 **E-MAIL** recepcion_coomeva@coomeva.com.co **TEL/MOVIL** 6013330000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

y debe estar disponible para cuando la Aseguradora lo requiera dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la solicitud.

Permanencia

El término de cobertura, para todos los amparos será hasta la terminación de la Vinculación del asegurado con el Tomador.

Forma De Pago

La póliza se regirá bajo el sistema de declaraciones mensuales mes completo sin prorratas y pago mensual vencido 30 días fecha de factura definitiva. Al momento de pagar la prima mensual se descontará el valor por gastos administrativos y recaudo.

Para el pago de la prima, El Tomador o la entidad que esta designe entregara a la aseguradora el valor total de los saldos de cartera con su respectivo valor de prima a facturar, según quede estructurada la tarifa.

Tasas

RANGO DE EDAD 18 - 45 46-70 >70
 TASA VIDA 0,117 0,183 0,673
 TASA INVALIDES 0,078 0,122 0,449
 TOTAL TASA 0,195 0,305 1,122
 Comisión De Intermediación

La comisión por intermediación será del 10% + IVA sobre las primas totales facturadas en el cobro mensual para la cartera Vigente y nuevas inclusiones.
 Personal Apoyo Intermediario:

Se autoriza Una (1) Persona inhouse que apoye las funciones relacionadas con el objeto del contrato en las oficinas del intermediario para la administración y operación de la cuenta a nivel nacional (facturación, cierres, conciliaciones y Siniestros).
 Procedimiento en caso de siniestro Documentos necesarios base actual
 Los documentos necesarios para la atención de siniestro serán:

- En Caso de respaldar una Obligación Certificación de la entidad especificando el saldo total de la deuda a la fecha en que será girado el pago a la entidad en el formato establecido por la entidad.
 - Fotocopia de la cédula del fallecido.
 - Registro de defunción expedido por la notaría.
 - En los casos de Incapacidad Total y Permanente, se requerirá la confirmación de la declaratoria de Incapacidad.
 - Resumen Historia Clínica para créditos superiores a \$150.000.000
- Documentos Necesarios Nuevas Inclusiones Hasta CÚmulos De \$150'000.000
 Los documentos necesarios para la atención de siniestro, serán:

- En caso de respaldar una obligación Certificación de la entidad especificando el saldo total de la deuda a la fecha en que será girado el pago a la entidad en el formato establecido por la entidad.
- Fotocopia de la cédula del fallecido.
- Registro de defunción expedido por la notaría.
- En los casos de Incapacidad Total y Permanente, se requerirá la confirmación de la declaratoria de Incapacidad.

Documentos Necesarios Nuevas Inclusiones CÚmulos Mayores A \$150'000.000
 Los documentos necesarios para la atención de siniestro, serán:

- En caso de respaldar una obligación Certificación de la entidad especificando el saldo total de la deuda a la fecha en que será girado el pago a la entidad en el formato establecido por la entidad.
- Copia de la solicitud del seguro de Vida.
- Fotocopia de la cédula del fallecido.
- Registro de defunción expedido por la notaría.
- En los casos de Incapacidad Total y Permanente, se requerirá la confirmación de la declaratoria de Incapacidad.
- Historia Clínica.

Notificación y trámite de siniestros.

La notificación de siniestros se comunicará a la aseguradora por correo electrónico. Los documentos requeridos para la atención de siniestros se remitirán por dicho medio.
 Informe Mensual De Siniestralidad

La aseguradora entregará en medio electrónico (Excel) al corte de cada mes y dentro de los primeros diez (10) días de cada mensualidad, la información de los siniestros, la cual deberá contener la siguiente información (por cada siniestro):

**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

PÓLIZA
AA009392

FACTURA



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO Contado **PRODUCTO** VIDA GRUPO
COD. AGENCIA AA106512 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Nuevo **TEL:** 6023981963
AGENCIA CALI **DIRECCIÓN** CALLE 25N # 6N-42

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA				FECHA DE IMPRESIÓN							
12	08	2021	DESDE	DD	01	MM	09	AAAA	2021	HORA	00:00	17	07	2025
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	09	AAAA	2022	HORA	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y DE PROFESIONALES DE COLOMBIA COOMEVA **NIT/CC** 890300625
DIRECCIÓN CL 13 # 57 - 50 **E-MAIL** recepcion_coomeva@coomeva.com.co **TEL/MOVIL** 6013330000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

- Numero de siniestro.
 - Fecha del siniestro.
 - Fecha de presentación del siniestro.
 - Amparo afectado.
 - Ciudad de ocurrencia.
 - Valor pagado o en reserva.
 - Nombre del asegurado.
 - Cédula del asegurado.
 - Causa de la muerte o de la incapacidad.
- Pago De Siniestros

El Tomador podrá realizar el pago de siniestros por cuenta de la aseguradora, mediante descuento de la facturación mensual de primas.

Los pagos por siniestros que excedan la facturación deberán ser girados por la Equidad seguros.

El término máximo para el pago de siniestros se establece en cinco (5) días hábiles contados a partir de la entrega de la documentación exigida por la aseguradora.

La custodia de los documentos físicos es responsabilidad del Tomador y debe estar disponible para cuando la Aseguradora lo requiera dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes.

Clausulas Adicionales Y Condiciones Particulares Revocación De La Póliza
Aviso con noventa (90) días calendario de anticipación por cualquiera de las partes.
Aviso De Siniestro

Se amplían los términos del periodo de aviso de siniestro a noventa (90) días hábiles.
Cláusula De Exclusiones

La aseguradora acepta que el reporte de exclusiones de asegurados se realice con noventa (90) días de retroactividad.

Error En La Declaración De La Edad Y/O Fecha De Nacimiento

Se deja establecido que, si la edad real es mayor que la declarada, la Aseguradora indemnizará el valor asegurado y el Tomador deberá pagar, si existiese, la diferencia de prima durante toda la vigencia del seguro, siempre y cuando no supere los límites de asegurabilidad.
Cláusula De Extensión / Continuidad De Cobertura

La póliza ampara a todos los Asegurados y demás personas que a la fecha de iniciación del seguro se encontraban amparados en las pólizas anteriores, concediendo automaticidad sin restricción en sus condiciones de salud o de edad y anulando la preexistencia y/o retenciones. Se incluye también bajo esta definición, la compra de cartera que se realice.

Extensión Solicitud De Seguro

Para la modalidad de crédito rotativo de cualquier línea, se extiende la solicitud inicial de seguro hasta por el tiempo en que dicho crédito se encuentre aprobado, así el Asegurado no haga utilización del mismo.
Incontestabilidad Y Conversión

Estos beneficios tienen efecto desde la iniciación de la póliza y desde el momento en que toda persona ingrese al grupo asegurado.

Errores U Omisiones Del Tomador

Los errores y/u omisiones por parte del Tomador en el reporte de los Asegurados y/o valores asegurados entregados a la Aseguradora, no serán tenidos en cuenta como causal de objeción. La Aseguradora emitirá la póliza, el Tomador pagará la prima correspondiente y se procederá con la indemnización. Siempre y cuando el valor asegurado no supere el monto del amparo automático y el reporte sea máximo en los 180 días, los casos excepcionales serán revisados por la gerencia técnica.

Principio De Causalidad

En caso de inexactitud o retención del asegurado, la Compañía solo podrá aplicar las sanciones contempladas en el artículo 1058 del Código de Comercio y concordantes, si las causas que originaron directa o indirectamente el siniestro son coincidentes con la retención o la inexactitud en que incurrió el asegurado.

"Art. 1058.- El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La retención o la inexactitud sobre



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
Linea Segura 018000919538
#324

SEGURO VIDA GRUPO

FACTURA



PÓLIZA
AA009392

INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO	Contado	PRODUCTO	VIDA GRUPO	DOCUMENTO	Nuevo	TEL:	6023981963				
COD. AGENCIA	AA106512	CERTIFICADO	1	DIRECCIÓN	CALLE 25N # 6N-42						
AGENCIA	CALI										
FECHA DE EXPEDICIÓN		VIGENCIA DE LA PÓLIZA				FECHA DE IMPRESIÓN					
12	08	2021	DESDE	DD 01	MM 09	AAAA 2021	HORA	00:00	17	07	2025
DD	MM	AAAA	HASTA	DD 01	MM 09	AAAA 2022	HORA	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y DE PROFESIONALES DE COLOMBIA COOMEVA	NIT/CC	890300625
DIRECCIÓN	CL 13 # 57 - 50	E-MAIL	recepcion_coomeva@coomeva.com.co
		TEL/MOVIL	6013330000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpa del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160.

Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente".

Secuestro O Desaparecimiento

Se otorga cobertura de acuerdo con los amparos contratados en los casos en que se presenten desapariciones o secuestros de los asegurados incluidos en la póliza. En caso de adelantarse un proceso de muerte presunta por desaparición y emitirse posteriormente una sentencia que así lo declare, la presente póliza dará cobertura al evento dentro de los límites contratados, aun después de finalizada la presente vigencia. El simple aviso a la aseguradora acerca de la desaparición o el secuestro de alguno de los asegurados en la póliza, bastará para constituir la correspondiente reserva y posterior pago con la presentación del auto admisorio de la demanda, previo pago de la prima de la vigencia correspondiente a la desaparición o secuestro, que acrediten el derecho a la indemnización. El término de prescripción de la acción frente al contrato de seguro en estos eventos, empezará a correr a partir de la fecha de la providencia notificada en que se declare oficialmente la muerte por desaparición en la sentencia emitida por un juez de la República.

Cláusula De Saldos En Mora

Se ampara la cartera con mora, siempre y cuando El Tomador pague la prima correspondiente a estos saldos.

Modificaciones En Contra Del Asegurado

Las condiciones de las pólizas expedidas no podrán ser objeto de modificación unilateral por parte de la aseguradora en contra del asegurado.

Declaración De Asegurabilidad

Los certificados de asegurabilidad permanecerán bajo custodia del Tomador, la copia de esta declaración de asegurabilidad sólo será enviada a la aseguradora cuando el Asegurado declare una patología en forma afirmativa o supere los límites automáticos establecidos para el respectivo estudio y aprobación.

En los casos de compra de cartera, la Aseguradora aceptará fotocopia de la declaración de asegurabilidad cuando se originó la obligación objeto de la negociación la cual igualmente será custodiada por El Tomador.

Se aclara que la vigencia de la Declaración De Asegurabilidad y Exámenes Médicos será de seis (6) meses a partir de su diligenciamiento. Exclusiones generales.

La aseguradora otorgará cobertura a los siguientes eventos tanto por vida (muerte natural o accidental) como por incapacidad total y permanente:

1. Enfermedad intencionalmente causada a sí mismo por el asegurado, ya sea en estado de cordura o de enajenación mental.
2. Lesiones sufridas por el asegurado a consecuencia de encontrarse bajo el influjo de bebida alcohólica, de algún medicamento o droga enervante, estimulante o similar, excepto si fueron prescritos por un médico.
3. Riña, cuando el asegurado sea el provocador, o alborotos populares.
4. Participación del asegurado en cualquier servicio o actividad en cualquier fuerza militar en tiempo de paz o guerra, de policía o armada de cualquier tipo, actos de guerra (interna o externa, declarada o no), acto de enemigo extranjero, rebelión, revolución, motín, conmoción civil, asonada, sedición o insurrección, invasión.
5. Actos terroristas.
6. Cualquier servicio o actividad en cualquier fuerza militar en tiempo de paz o guerra, de policía o armada de cualquier tipo, actos de guerra (interna o externa, declarada o no), acto de enemigo extranjero, rebelión, revolución, motín, conmoción civil, asonada, sedición o insurrección, invasión o usurpación ilegal del poder.
7. Viajes en cualquier medio de transporte aéreo, excepto cuando se realiza el viaje como pasajero en una aerolínea comercial debidamente autorizada por las autoridades respectivas.
8. Pruebas o carreras de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.

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

PÓLIZA
AA009392

FACTURA



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO Contado **PRODUCTO** VIDA GRUPO
COD. AGENCIA AA106512 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Nuevo **TEL:** 6023981963
AGENCIA CALI **DIRECCIÓN** CALLE 25N # 6N-42

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN					
12	08	2021	DESDE	DD	01	MM	09	AAAA	2021	HORA	00:00	17	07	2025
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	09	AAAA	2022	HORA	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y DE PROFESIONALES DE COLOMBIA COOMEVA **NIT/CC** 890300625
DIRECCIÓN CL 13 # 57 - 50 **E-MAIL** recepcion_cooomeva@coomeva.com.co **TEL/MOVIL** 6013330000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

9. Práctica de cualquier deporte en forma profesional o la práctica de deportes de alto riesgo de cualquier clase y la práctica de deportes que involucren el uso de equipos, medios o máquinas de vuelo o deportes con la intervención de algún animal.
10. Actividades peligrosas como la manipulación de explosivos o armas de fuego.
11. Cualquier enfermedad corporal o mental de cualquier tipo.
12. Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza.
13. Accidentes que se originen debido a que el asegurado estaba bajo la influencia de algún medicamento o droga enervante, estimulante o similar, excepto si fueron prescritos por un médico; así como los que se originen a consecuencia de encontrarse bajo los efectos del alcohol.

Cláusula De Primer Beneficiario

Se deja expresa constancia que en caso de siniestro que afecte el seguro objeto de la cobertura la entidad: La entidad acreedora titular de la obligación obrara como beneficiario preferencial hasta por el respectivo monto de sus intereses y acreencias.

DIEGO LOPEZ RAMOS
COORDINADOR TECNICO GERENCIA DE VIDA

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
Linea Segura 018000919538
#324