



# SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES

PÓLIZA  
AA010866

FACTURA



## INFORMACIÓN GENERAL

<b>COD. PRODUCTO</b>	Contado	<b>PRODUCTO</b>	VIDA GRUPO DEUDORES											
<b>COD. AGENCIA</b>	AA174249	<b>CERTIFICADO</b>	1	<b>DOCUMENTO</b>	Modificacion	<b>TEL:</b>	6076852916							
<b>AGENCIA</b>	BUCARAMANGA	<b>DIRECCIÓN</b>	CARRERA 27 N. 36 1/4, OFICINA 1101											
<b>FECHA DE EXPEDICIÓN</b>		<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA</b>				<b>FECHA DE IMPRESIÓN</b>								
23	09	2024	<b>DESDE</b>	DD	01	MM	07	AAAA	2024	<b>HORA</b>	00:00	15	08	2025
DD	MM	AAAA	<b>HASTA</b>	DD	01	MM	07	AAAA	2025	<b>HORA</b>	00:00	DD	MM	AAAA

## DATOS GENERALES

<b>TOMADOR</b>	COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO DE PROFESORES COOPROFESORES	<b>NIT/CC</b>	890201280		
<b>DIRECCIÓN</b>	CALLE 39 N° 23 - 81 EDIFICIO DOMINIQ LOCAL 101 BARRIO BOLIVAR	<b>E-MAIL</b>	KAYALA@COOPROFESORES.COM	<b>TEL/MOVIL</b>	6076328848

## TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

MEDIANTE EL PRESENTE CERTIFICADO SE REALIZA MODIFICACION DE TEXTOS EN LAS CONDICIONES SEGÚN SOLICITUD RECIBIDA.

TOMADOR: COOPERATIVA DE PROFESORES COOPROFESORES  
ID DEL CLIENTE: 890201280

FECHA DE COTIZACIÓN: 11 DE SEPTIEMBRE DE 2024  
PÓLIZA: AA010866  
FECHA DE VIGENCIA: 01 DE JULIO DE 2024 A 2025  
TIPO DE FACTURACIÓN: MENSUAL  
ASEGURADOS: DEUDORES DE LA ENTIDAD  
BENEFICIARIOS: TOMADOR  
ST4: 2349438  
AGENCIA: BUCARAMANGA

### 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.

### AMPARO Y VALOR ASEGURADO

COBERTURA VALOR ASEGURADO VALOR ASEGURADO MÁXIMO  
INDIVIDUAL  
AMPARO BÁSICO SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA 260 SMMMLV  
INVALIDEZ SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA 260 SMMMLV  
AMPARO DE RENTA - INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES HASTA POR 6 MESES PAGO CUOTA MENSUAL DEL CRÉDITO O CRÉDITOS \$3.000.000  
VIDA COMPLETA SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA \$45.000.000

### 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.

#### INVALIDEZ

PARA TODOS LOS EFECTOS DEL PRESENTE ANEXO SE CONSIDERA COMO INVÁLIDO EL ASEGURADO MENOR DE SESENTA Y SIETE (67) AÑOS Y 364 DÍAS DE EDAD, QUE, POR CUALQUIER CAUSA, DE CUALQUIER ORIGEN, NO PROVOCADA INTENCIONALMENTE, HUBIESE PERDIDO EL CINCUENTA POR CIENTO (50%) O MÁS DE SU CAPACIDAD LABORAL, DETERMINADA DE ACUERDO CON EL MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN QUE TRATA EL DECRETO 917 DE 1999.

PARA ESTA PÓLIZA EN ESPECÍFICO SE DETERMINARÁ LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL DE ACUERDO CON EL DECRETO 1655 DEL 2015, PARA QUE LA EQUIDAD PAGUE LA INDEMNIZACIÓN CORRESPONDIENTE A UNA INVALIDEZ, EL TOMADOR O ASEGURADO DEBERÁ PRESENTAR EL DICTAMEN DE LA JUNTA DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, O EN SU DEFECTO PRUEBAS FEHACIENTES QUE DETERMINEN LA EXISTENCIA DE INVALIDEZ DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS DE ESTA PÓLIZA. LA EQUIDAD SE RESERVA EL DERECHO DE COMPROBAR LA VERACIDAD Y LA EXACTITUD DE TALES PRUEBAS.

#### AMPARO DE RENTA CON COBRO DE PRIMA - INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES

AMPARO DE RENTA MENSUAL (PAGO DE LA CUOTA MENSUAL DEL CRÉDITO O CRÉDITOS) CUANDO SE PRESENTE ALGUNAS DE LA SIGUIENTES ENFERMEDADES CRÓNICAS DIAGNOSTICADAS A LOS ASOCIADOS DE COOPROFESORES, EL VALOR ASEGURADO MÁXIMO SERÁ EL VALOR DE LA CUOTA DE CADA CRÉDITO

FIRMA AUTORIZADA  
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR



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

#324

# SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES

PÓLIZA  
AA010866

FACTURA



## INFORMACIÓN GENERAL

**COD. PRODUCTO** Contado **PRODUCTO** VIDA GRUPO DEUDORES  
**COD. AGENCIA** AA174249 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Modificación **TEL:** 6076852916  
**AGENCIA** BUCARAMANGA **DIRECCIÓN** CARRERA 27 N. 36 & 14, OFICINA 1101

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN					
23	09	2024	<b>DESDE</b>	<b>DD</b>	01	<b>MM</b>	07	<b>AAAA</b>	2024	<b>HORA</b>	00:00	15	08	2025
<b>DD</b>	<b>MM</b>	<b>AAAA</b>	<b>HASTA</b>	<b>DD</b>	01	<b>MM</b>	07	<b>AAAA</b>	2025	<b>HORA</b>	00:00	<b>DD</b>	<b>MM</b>	<b>AAAA</b>

## DATOS GENERALES

**TOMADOR** COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO DE PROFESORES COOPROFESORES **NIT/CC** 890201280  
**DIRECCIÓN** CALLE 39 N° 23 - 81 EDIFICIO DOMINIQ LOCAL 101 BARRIO BOLIVAR **E-MAIL** KAYALA@COOPROFESORES.COM **TEL/MOVIL** 6076328848

## TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

QUE TENGA EL ASOCIADO, PARA ESTA COBERTURA COMO RENTA MENSUAL TENDRÁ UN AMPARO MÁXIMO DE SEIS (6) MESES; CON UN MÁXIMO DE \$3000.000 POR CRÉDITO/VIGENCIA, SI PASADOS LOS PRIMEROS TRES (3) MESES DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN DIAGNÓSTICA POR PRIMERA VEZ, CON BASE EN PRUEBAS CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS, HISTOLÓGICAS Y DE LABORATORIO, LA PRESENCIA DE:

- a) CÁNCER: ES LA PRESENCIA DE UN TUMOR MALIGNO CARACTERIZADO POR EL CRECIMIENTO Y LA DISPERSIÓN INCONTROLABLES DE CÉLULAS MALIGNAS Y LA INVASIÓN DEL TEJIDO NORMAL. QUEDAN COMPRENDIDAS DENTRO DE LA DEFINICIÓN ANTERIOR LA LEUCEMIA, LINFOMAS Y LA ENFERMEDAD DE HODGKIN (LINFOMAS GRANULOMA).
- b) APOPLEJÍA: ES EL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR QUE CAUSE LOS SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS CORRESPONDIENTES DURANTE MÁS DE VEINTICUATRO (24) HORAS. DEBE EXISTIR UNA DESTRUCCIÓN DEL TEJIDO CEREBRAL CAUSADO POR TROMBOSIS, ESTENOSIS, EMBOLIA DE FUENTE EXTRA CRANEAL O HEMORRAGIA ARTERIAL CEREBRAL, ASÍ COMO PRUEBAS DE DISFUNCIÓN NEUROLÓGICA PERMANENTE.

ESTAS PRUEBAS DEBERÁN SER REALIZADAS POR UN NEURÓLOGO DESPUÉS DE TRANSCURRIDAS COMO MÍNIMO SEIS SEMANAS DEL ACCIDENTE. NO SE PAGARÁ INDEMNIZACIÓN ALGUNA ANTES DE REALIZARSE DICHAS PRUEBAS.

LA APOPLEJÍA DEBERÁ HABERSE TRATADO EN UN CENTRO CLÍNICO U HOSPITALARIO LEGALMENTE AUTORIZADO.

- c) INFARTO DE MIOCARDIO: ES LA MUERTE DE UNA PARTE DEL TEJIDO DEL MIOCARDIO A CONSECUENCIA DEL ABASTECIMIENTO SANGUÍNEO DEFICIENTE. LA DOCUMENTACIÓN PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN DEBE INCLUIR:

- o HISTORIAL DE DOLORES DE PECHO ATÍPICOS.
- o ALTERACIONES RECIENTES DEL ELECTROCARDIOGRAMA CONFIRMATORIO.
- o AUMENTO DE ENZIMAS CARDIACAS.

EL INFARTO DEBERÁ HABERSE TRATADO EN UN CENTRO CLÍNICO U HOSPITALARIO LEGALMENTE AUTORIZADO.

- d) AFECIONES DE LAS ARTERIAS CORONARIAS QUE REQUIERAN INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: SE REFIERE A LAS AFECIONES DE LAS ARTERIAS CORONARIAS TRATADAS CON UNA OPERACIÓN "PUENTE CORONARIO" (BY-PASS), POR RECOMENDACIÓN DE UN ESPECIALISTA Y EVIDENCIADA POR EL RESULTADO DE UNA ANGIOGRAFÍA, PARA CORREGIR UNA ESTENOSIS U OCLUSIÓN DE LAS ARTERIAS CORONARIAS. EL RESULTADO DE LA ANGIOGRAFÍA JUNTO CON EL INFORME MÉDICO DEBERÁ ESTAR A DISPOSICIÓN DE LA EQUIDAD SEGUROS Y LA INDEMNIZACIÓN SE PAGARÁ SOLO DESPUÉS QUE LA OPERACIÓN SE HAYA EFECTUADO.

- e) INSUFICIENCIA RENAL: ES EL FALLO TOTAL, CRÓNICO E IRREVERSIBLE DE AMBOS RIÑONES, A CONSECUENCIA DEL CUAL HAY QUE EFECTUAR UN TRASPLANTE DE RIÑÓN Y/O TRATAMIENTO CON DIÁLISIS RENAL EXTRACORPÓREA AL MENOS UNA VEZ A LA SEMANA. LA NECESIDAD DE DIÁLISIS REGULAR DEBERÁ ESTAR CERTIFICADA POR UN INFORME NEFROLÓGICO.

- f) ESCLEROSIS MÚLTIPLE: ES UN PADECIMIENTO QUE AFECTA SOLO EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, CARACTERIZADO POR ANOMALÍAS NEUROLÓGICAS PROGRESIVAS E IRREVERSIBLES, QUE LLEVAN A UN ESTADO RELATIVO DE INCAPACIDAD SEVERA, CON DISMINUCIÓN DE LA VISIÓN, INCOORDINACIÓN, DEBILIDAD, INCONTINENCIA URINARIA, Y EN GENERAL, CON ALTERACIÓN DE LA COORDINACIÓN Y DE LAS FUNCIONES MOTORAS Y SENSITIVAS.

- g) ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR: CUALQUIER INCIDENTE CEREBROVASCULAR QUE PRODUCE SECUELAS NEUROLÓGICAS PERMANENTES Y QUE INCLUYE INFARTO DE TEJIDO CEREBRAL, HEMORRAGIA Y EMBOLIZACIÓN ORIGINADA EN UNA FUENTE EXTRACRANEAL. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA Y EVIDENCIADO POR SÍNTOMAS CLÍNICOS TÍPICOS COMO ASÍ TAMBIÉN HALLAZGOS TÍPICOS EN EL TAC (TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA) DE CEREBRO Y RNM (RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA) DE CEREBRO.

DEBEN DOCUMENTARSE PRUEBAS DE DEFICIENCIA NEUROLÓGICA DE POR LO MENOS TRES (3) MESES A CONTAR DE LA FECHA DE DIAGNÓSTICO.

- h) TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES: ES EL REEMPLAZO MEDIANTE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE UNO O MÁS DE LOS SIGUIENTES ÓRGANOS: CORAZÓN, PULMÓN, HIGADO, RIÑÓN, PÁNCREAS O MÉDULA ÓSEA.

EL TRASPLANTE SE ENTIENDE PARA EFECTOS DE ESTE AMPARO COMO RECEPTOR Y NUNCA COMO DONANTE, HABIENDO CUMPLIDO EN TODAS Y CADA UNA DE SUS PARTES, LAS DISPOSICIONES DE LAS LEYES VIGENTES DE TRASPLANTES DE ÓRGANOS. EL TRASPLANTE DEBERÁ SER CERTIFICADO POR EL MÉDICO QUE LO PRACTICÓ, QUIEN DEBE POSEER LICENCIA PERMANENTE Y VÁLIDA PARA EJERCER LA MEDICINA Y ESTA CLASE DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICAS.

EL ASEGURADO QUE RECIBA CUALQUIER INDEMNIZACIÓN POR CONCEPTO DE ESTE AMPARO QUEDARÁ AUTOMÁTICAMENTE EXCLUIDO Y SIN POSIBILIDADES DE RENOVACIÓN DE ESTA COBERTURA.

- i) GRAN QUEMADO: SE INDEMNIZARÁ A PACIENTES ASEGURADOS CON ÍNDICE DE GRAVEDAD MAYOR A SETENTA (70) PUNTOS O CON QUEMADURAS AB O B (2° Y 3ER GRADO), MAYOR AL 20% DE LA SUPERFICIE CORPORAL. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER CONFIRMADO POR ESPECIALISTA Y EVIDENCIADO POR LOS RESULTADOS DE LA CARTA DE "LUND BROWDER" O UN CALCULADOR EQUIVALENTE DE ÁREAS CORPORALES QUEMADAS.

- j) ANEMIA APLÁSICA: ES EL DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO DE FALLA DE LA MÉDULA ÓSEA CONFIRMADO POR ESPECIALISTA Y EVIDENCIADO POR

FIRMA AUTORIZADA  
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB [WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP](http://WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP)  
Línea Segura 018000919538

#324

# SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES

PÓLIZA  
AA010866

FACTURA



## INFORMACIÓN GENERAL

**COD. PRODUCTO** Contado **PRODUCTO** VIDA GRUPO DEUDORES  
**COD. AGENCIA** AA174249 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Modificación **TEL:** 6076852916  
**AGENCIA** BUCARAMANGA **DIRECCIÓN** CARRERA 27 N. 36 ¿ 14, OFICINA 1101

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA				FECHA DE IMPRESIÓN							
23	09	2024	DESDE	DD	01	MM	07	AAAA	2024	HORA	00:00	15	08	2025
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	07	AAAA	2025	HORA	00:00	DD	MM	AAAA

## DATOS GENERALES

**TOMADOR** COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO DE PROFESORES COOPROFESORES **NIT/CC** 890201280  
**DIRECCIÓN** CALLE 39 N° 23 - 81 EDIFICIO DOMINIQ LOCAL 101 BARRIO BOLIVAR **E-MAIL** KAYALA@COOPROFESORES.COM **TEL/MOVIL** 6076328848

## TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

LOS RESULTADOS DE BIOPSIA DE MÉDULA ÓSEA. LA ENFERMEDAD DEBE OCASIONAR ANEMIA, NEUTROPENIA Y TROMBOCITOPENIA, QUE REQUIERAN AL MENOS UNO DE LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS:

- o TRANSFUSIÓN DE PRODUCTOS DE SANGRE.
- o ESTIMULANTES DE LA MÉDULA ÓSEA.
- o AGENTES INMUNOSUPRESORES.
- o TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA.

k) TRAUMATISMO MAYOR DE CABEZA: ES EL TRAUMA MAYOR DE LA CABEZA CON TRASTORNO DE LA FUNCIÓN CEREBRAL QUE DEBE SER CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA Y EVIDENCIADO POR HALLAZGOS TÍPICOS EN LOS TEST NEURO RADIOLÓGICOS (POR EJEMPLO: TAC O RNM DE CEREBRO).

l) ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: DIAGNÓSTICO CLÍNICO INEQUÍVOCO DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (DEMENCIA PRESENL), CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA Y EVIDENCIADO POR HALLAZGOS TÍPICOS EN EXÁMENES NEUROLÓGICOS Y COGNITIVOS (POR EJEMPLO, TAC, RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA, PET DE CEREBRO).

m) ENFERMEDAD DE PARKINSON: DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO DE ENFERMEDAD DE PARKINSON PRIMARIA O IDIOMÁTICA (TODAS LAS OTRAS FORMAS DE PARKINSONISMO ESTÁN EXCLUIDAS), CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA.

n) ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: BAÑARSE (CAPACIDAD DE TOMAR UN BAÑO O DUCHARSE), VESTIRSE Y DESVESTIRSE, HIGIENE PERSONAL (CAPACIDAD DE USAR EL LAVATORIO Y MANTENER UN NIVEL RAZONABLE DE HIGIENE), MOVILIDAD (CAPACIDAD DE DESPLAZARSE AL INTERIOR DE UN MISMO NIVEL O PISO), CONTINENCIA (CONTROL SOBRE LOS ESFÍNTERES), COMER/BEBER (CAPACIDAD DE ALIMENTARSE POR SÍ MISMO PERO NO DE PREPARAR LA COMIDA) O CAUSAR POSTRACIÓN E INCAPACIDAD PARA LEVANTARSE SIN ASISTENCIA DE TERCEROS. ESTAS CONDICIONES DEBEN ESTAR MEDICAMENTE DOCUMENTADAS POR LO MENOS DURANTE TRES (3) MESES.

o) GLAUCOMA: EL GLAUCOMA ES UNA ENFERMEDAD DE LOS OJOS QUE SE CARACTERIZA GENERALMENTE POR EL AUMENTO PATOLÓGICO DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR, POR FALTA DE DRENAJE DEL HUMOR ACUOSO Y TIENE COMO CONDICIÓN FINAL COMÚN UNA NEUROPATÍA ÓPTICA QUE SE CARACTERIZA POR LA PÉRDIDA PROGRESIVA DE LAS FIBRAS NERVIOSAS DEL NERVIÓ ÓPTICO Y CAMBIOS EN SU ASPECTO.

p) EPILEPSIA: LA EPILEPSIA ES UN TRASTORNO PROVOCADO POR UN Desequilibrio EN LA ACTIVIDAD ELÉCTRICA DE LAS NEURONAS DE ALGUNA ZONA DEL CEREBRO. SE CARACTERIZA POR UNO O VARIOS TRASTORNOS NEUROLÓGICOS QUE DEJAN UNA PREDISPOSICIÓN EN EL CEREBRO A PADECER CONVULSIONES RECURRENTES, QUE SUELEN DAR LUGAR A CONSECUENCIAS NEUROBIOLÓGICAS, COGNITIVAS Y PSICOLÓGICAS.

q) REUMATISMO: ES EL NOMBRE CORRIENTE PARA LAS ENFERMEDADES QUE AFECTAN AL SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO. EN ESTA DENOMINACIÓN DE REUMATISMO SE ENCUENTRAN LAS CATEGORÍAS DE ENFERMEDADES MÚSCULO ESQUELÉTICAS, TALES COMO, PERO SIN LIMITARSE A: REUMATISMO PERI-ARTICULAR, ARTROSIS, ENFERMEDADES ÓSEAS Y LAS ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO.

r) OSTEOARTRITIS: LA OSTEOARTRITIS O ENFERMEDAD DEGENERATIVA DE LAS ARTICULACIONES ES EL DESGASTE CRÓNICO DE LOS CARTÍLAGOS QUE SE ENCUENTRAN EN LAS ARTICULACIONES, GENERANDO QUE LOS HUESOS FRICCIÓNEN UNO CONTRA OTRO, CAUSANDO RIGIDEZ, DOLOR Y PÉRDIDA DE MOVIMIENTO ARTICULAR.

NOTA: EL PERÍODO DE CARENCIA SE TENDRÁ EN CUENTA PARA TODOS LOS RIESGOS ES DECIR A PARTIR DE LA ENTRADA EN VIGOR DE LA COBERTURA. DE ACUERDO CON LA FECHA DEL DESEMBOLSO DEL CRÉDITO ES DECIR EL PERIODO DE CARENCIA PARA CADA CRÉDITO DESEMBOLSADO. EN ESTE CASO EL TOMADOR DEBERÁ REPORTAR MENSUALMENTE EL LISTADO AÑADIENDO UNA COLUMNA CON EL VALOR DE LA CUOTA MENSUAL DE CADA ASEGURADO, EN CASO DE SINIESTROS SE PAGARÁ EL VALOR DE LAS 6 CUOTAS SIGUIENTES A LA FECHA DEL SINIESTRO. CON UN MÁXIMO DE \$3.000.000 POR CRÉDITO/VIGENCIA.

### VIDA COMPLETA

EL PRESENTE SEGURO TIENE POR OBJETO REMBOLSAR AL ACREEDOR EN CASO DE MUERTE DE UN ASOCIADO DEUDOR, LOS SALDOS INSOLUTOS DE LAS DEUDAS CONTRAÍDAS POR ASOCIADOS, DESPUÉS DE CUMPLIR SETENTA Y CINCO (75) AÑOS Y DURANTE TODO EL TIEMPO EN QUE SUBSISTA LA DEUDA. PARA QUE OPERE ESTE AMPARO LAS PERSONAS MAYORES DE 75 AÑOS DEBEN FIGURAR RELACIONADAS EXPRESAMENTE EN LA PÓLIZA O SUS ANEXOS.

EL TOMADOR, POR CUENTA DEL DEUDOR FALLECIDO, APLICARÁ ESTE BENEFICIO PARA CANCELAR EL TOTAL DE LA DEUDA PENDIENTE POR PARTE DE ESTE, SEGÚN SEA EL CASO. EN CASO DE QUE LA DEUDA SEA INFERIOR AL VALOR ASEGURADO, EL REMANENTE SERÁ ENTREGADO A LOS BENEFICIARIOS DE LEY, AL OCURRIR EL FALLECIMIENTO O LA INVALIDEZ DENTRO DE LAS CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA

### 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. SALDOS DE PRÉSTAMOS A PERSONAS JURÍDICAS.
- b. SALDOS EN EXCESO DE LA COBERTURA MÁXIMA INDIVIDUAL ESTABLECIDA.
- c. LOS SALDOS DE PRÉSTAMOS QUE HUBIEREN SIDO OTORGADOS A PERSONAS QUE NO REÚNAN LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.

FIRMA AUTORIZADA  
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB [WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP](http://WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP)  
Línea Segura 018000919538

#324

# SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES

PÓLIZA  
AA010866

FACTURA



## INFORMACIÓN GENERAL

**COD. PRODUCTO** Contado **PRODUCTO** VIDA GRUPO DEUDORES  
**COD. AGENCIA** AA174249 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Modificación **TEL:** 6076852916  
**AGENCIA** BUCARAMANGA **DIRECCIÓN** CARRERA 27 N. 36 y 14, OFICINA 1101

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN					
23	09	2024	<b>DESDE</b>	<b>DD</b>	01	<b>MM</b>	07	<b>AAAA</b>	2024	<b>HORA</b>	00:00	15	08	2025
<b>DD</b>	<b>MM</b>	<b>AAAA</b>	<b>HASTA</b>	<b>DD</b>	01	<b>MM</b>	07	<b>AAAA</b>	2025	<b>HORA</b>	00:00	<b>DD</b>	<b>MM</b>	<b>AAAA</b>

## DATOS GENERALES

**TOMADOR** COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO DE PROFESORES COOPROFESORES **NIT/CC** 890201280  
**DIRECCIÓN** CALLE 39 N° 23 - 81 EDIFICIO DOMINIQ LOCAL 101 BARRIO BOLIVAR **E-MAIL** KAYALA@COOPROFESORES.COM **TEL/MOVIL** 6076328848

## TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

d. LOS SALDOS DE CIERTOS TIPOS DE PRÉSTAMOS QUE EL TOMADOR CONVENGA EN EXCLUIR DE LA COBERTURA.  
 e. LOS SALDOS QUE EXCEDAN LA MAYOR SUMA QUE, DE ACUERDO CON LOS REGLAMENTOS DEL TOMADOR, SE PUEDEN CONCEDER AL DEUDOR EN CALIDAD DE PRÉSTAMOS.

NOTA: SE LEVANTA LA EXCLUSIÓN: MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN SERVICIO ACTIVO Y EJERCIENDO FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIAL, DE INTELIGENCIA, GUARDAESPALDAS, VIGILANCIA O MIEMBRO DE ORGANISMO DE SEGURIDAD

SIN PERJUICIO DE LAS ANTERIORES EXCLUSIONES, SE APLICARÁN LAS EXCLUSIONES CORRESPONDIENTES A CADA AMPARO DESCRITAS EN EL CLAUSULADO GENERAL DE LA PRESENTE PÓLIZA

### EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA

COBERTURA	EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD DE PERMANENCIA
AMPARO BÁSICO	18 AÑOS	74 AÑOS Y 364 DÍAS	84 AÑOS Y 364 DÍAS
INVALIDEZ	18 AÑOS	65 AÑOS Y 364 DÍAS	67 AÑOS Y 364 DÍAS
VIDA COMPLETA	75 AÑOS	HASTA LA CANCELACIÓN DE LA DEUDA.	
INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES	18 AÑOS	65 AÑOS Y 364 DÍAS	74 AÑOS Y 364 DÍAS

### 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

SERÁ EL SALDO INSOLUTO DE LA TOTALIDAD DE LAS OBLIGACIONES QUE TENGA EL ASEGURADO CON EL TOMADOR Y COMPRENDERÁ EL CAPITAL NO PAGADO MÁS LOS INTERESES CORRIENTES CALCULADOS HASTA LA FECHA DE LA OCURRENCIA DEL FALLECIMIENTO O ESTRUCTURACIÓN DE LA INVALIDEZ DEL ASEGURADO.

### REVISIÓN DE SINIESTRALIDAD

EQUIDAD SEGUROS REVISARÁ PERIÓDICAMENTE (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.

### REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

#### A) PARA ASEGURADOS NUEVOS:

o DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD FORMATO SEGÚN MODELO DE LA COOPERATIVA

#### EXTRAPRIMA AUTOMÁTICA:

LA EQUIDAD SEGUROS ACEPTA QUE EN LOS CASOS DONDE LOS SOLICITANTES CON EDAD NO SUPERIOR A LOS 75 AÑOS MANIFIESTEN PADECER ALGUNA Y SOLO UNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES, LA ENTIDAD TOMADORA APLICARÁ AUTOMÁTICAMENTE UNA TASA ESPECIAL, DE ACUERDO CON LAS TARIFAS ENMARCADAS:

- \* HIPERTENSIÓN O PRESIÓN ARTERIAL
- \* DIABETES (NO INSULINO DEPENDIENTES)
- \* SOBRE PRESO - OBESIDAD

EN CASO DE QUE EL SOLICITANTE MANIFIESTE TENER MÁS DE UNA ENFERMEDAD, SUPERE LA EDAD ANTES INDICADA Y/O EL VALOR ASEGURADO: \$150.000.000 NO OPERA LA EXTRA - PRIMA AUTOMÁTICA Y EN CONSECUENCIA PARA SU INGRESO SERÁ NECESARIA LA APROBACIÓN PREVIA POR PARTE DE LA EQUIDAD SEGUROS PARA LO CUAL EL ASEGURADO DEBERÁ APORTAR LAS PRUEBAS MÉDICAS QUE LA ENTIDAD ASEGURADORA ESTABLEZCA.

FIRMA AUTORIZADA  
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR



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

# SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES

PÓLIZA  
AA010866

FACTURA



## INFORMACIÓN GENERAL

**COD. PRODUCTO** Contado **PRODUCTO** VIDA GRUPO DEUDORES  
**COD. AGENCIA** AA174249 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Modificación **TEL:** 6076852916  
**AGENCIA** BUCARAMANGA **DIRECCIÓN** CARRERA 27 N. 36 & 14, OFICINA 1101

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA				FECHA DE IMPRESIÓN							
23	09	2024	DESDE	DD	01	MM	07	AAAA	2024	HORA	00:00	15	08	2025
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	07	AAAA	2025	HORA	00:00	DD	MM	AAAA

## DATOS GENERALES

**TOMADOR** COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO DE PROFESORES COOPROFESORES **NIT/CC** 890201280  
**DIRECCIÓN** CALLE 39 N° 23 - 81 EDIFICIO DOMINIQ LOCAL 101 BARRIO BOLIVAR **E-MAIL** KAYALA@COOPROFESORES.COM **TEL/MOVIL** 6076328848

## TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

DADO QUE LA CONDICIÓN DE ESTA CLÁUSULA SE ENCUENTRA BAJO LA ADMINISTRACIÓN DEL TOMADOR, EN CASO DE QUE POR RESPONSABILIDAD DE ESTE SE INCLUYAN DENTRO DE LA PÓLIZA PERSONAS QUE EXCEDAN LOS LÍMITES DE ESTA CLÁUSULA, LA RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA SE LIMITARÁ A LA DEVOLUCIÓN DE LAS PRIMAS POR CONCEPTO DE ESTE INGRESO.

### PROCEDIMIENTO:

- SE DEBE ENVIAR UN CORREO ELECTRÓNICO AL COMERCIAL DEL NEGOCIO, ADJUNTANDO DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD
- EL COMERCIAL TRAMITARÁ INTERNAMENTE CON LA ASEGURADORA LA ASIGNACIÓN DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR AL POTENCIAL ASEGURADO
- EL ASEGURADO DEBE REALIZARSE LOS EXÁMENES ASIGNADOS CON EL PROVEEDOR INDICADO.
- UNA VEZ EL PROVEEDOR ENTREGUE LOS RESULTADOS DEL ASEGURADO, ESTOS SERÁN EVALUADOS Y SE DARÁ RESPUESTA AL COMERCIAL, PARA QUE SE APLIQUEN LAS CONDICIONES OTORGADAS A LA TARIFA.

NOTA: LA EQUIDAD SEGUROS ACEPTA QUE EN LOS CASOS DONDE LOS SOLICITANTES MANIFIESTEN PADECER ALGUNA Y SOLO UNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES Y/O CIRUGÍAS, LA ENTIDAD TOMADORA PODRÁ CALIFICAR ASI:

ENFERMEDAD	OBSERVACION
HIPOTIROIDISMO	RIESGO NORMAL
RINITIS, ASMA	RIESGO NORMAL
COLON IRRITABLE	RIESGO NORMAL
GASTRITIS	RIESGO NORMAL
CIRUGÍAS	
ESTÉTICAS	RIESGO NORMAL
ODONTOLÓGICAS	RIESGO NORMAL
CORNETES	RIESGO NORMAL
CATARATAS	RIESGO NORMAL
APENDICITIS	RIESGO NORMAL
EXTRACCIÓN DE AMÍGDALAS	RIESGO NORMAL
EXTRACCIÓN DE VESÍCULA	RIESGO NORMAL
CESÁREA	RIESGO NORMAL
POMEROY	RIESGO NORMAL
VASECTOMÍA	RIESGO NORMAL
HERNIA INGUINAL, HIATAL, ABDOMINAL	RIESGO NORMAL
HALLUX VALGAS	RIESGO NORMAL
HISTERECTOMÍA	RIESGO NORMAL

### CONTINUIDAD DE LA COBERTURA

MEDIANTE LA PRESENTE CLÁUSULA, SE OTORGA CONTINUIDAD A LA PÓLIZA VIDA GRUPO EXPEDIDA POR LA ANTERIOR ASEGURADORA, EN CUANTO ESTADO DE SALUD Y EDAD, SIEMPRE Y CUANDO EL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA HAYA SIDO CON ANTERIORIDAD AL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD. LA CONTINUIDAD APLICA SOLO PARA LAS COBERTURAS QUE EL ASEGURADO TENGA DE LA ANTERIOR COMPANÍA Y HASTA POR EL MISMO VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL QUE TUVIERAN VIGENTE; POR ENDE, NO APLICA PARA LAS NUEVAS COBERTURAS OTORGADAS.

ES CONDICIÓN INDISPENSABLE PARA OTORGAR ESTE BENEFICIO, QUE EL TOMADOR SUMINISTRE A LA EQUIDAD SEGUROS, DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES A LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA; CERTIFICACIÓN DE CONTINUIDAD CON COPIA DEL ÚLTIMO LISTADO EMITIDO DEL GRUPO ASEGURADO QUE SE TRASLADA CON LA SIGUIENTE INFORMACIÓN: NOMBRE COMPLETO, DOCUMENTO DE IDENTIDAD, FECHA DE NACIMIENTO, SUMA ASEGURADA, COBERTURAS, LIMITACIONES DE COBERTURA Y EXTRA-PRIMAS POR SALUD Y/O ACTIVIDAD DE CADA UNO DE LOS ASEGURADOS. ASÍ MISMO EL TOMADOR DEBE INFORMAR POR ESCRITO SI TIENE CONOCIMIENTO DE ASEGURADOS A LOS CUALES SE LES HUBIERE DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD GRAVE DE CARÁCTER TERMINAL.

### CONDICIONES PARTICULARES

#### COBERTURA DE INTERESES

LA EQUIDAD SEGUROS OTORGA COBERTURA A LOS INTERESES RECLAMADOS POR LA COOPERATIVA COOPROFESORES HASTA POR DOS MESES LUEGO DE LA MUERTE DEL ASOCIADO Y TRES MESES LUEGO DE LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INVALIDEZ DEL ASOCIADO. PARA QUE LA EQUIDAD RECONOZCA EL PAGO DE DICHOS INTERESES SE PRESENTARÁ CERTIFICACIÓN DEL REVISOR FISCAL CON EL VALOR DE LOS INTERESES RECLAMADOS DESGLOSANDO EL VALOR DE LOS INTERESES POR MESES SUBSIGUIENTES SEGÚN TEXTO ANTERIOR, PARA EL PAGO DE LA PRIMA DE ESTOS INTERESES LA EQUIDAD SEGUROS ENVIARÁ A COOPROFESORES UNA LIQUIDACIÓN ADICIONAL CON CUENTA DE COBRO Y ANEXO CON EL DESGLOSE DEL COBRO QUE SE EJECUTE POSTERIOR AL PAGO DE LOS SINIESTROS CON ESTOS CONCEPTOS. LA TASA PARA APLICAR SERÁ LA MISMA QUE ESTÉ PAGANDO EL ASOCIADO EN EL CRÉDITO VIGENTE.

#### CRÉDITOS REESTRUCTURADOS



FIRMA AUTORIZADA  
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB [WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP](http://WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP)  
Línea Segura 018000919538

#324

# SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES

PÓLIZA  
AA010866

FACTURA



## INFORMACIÓN GENERAL

<b>COD. PRODUCTO</b>	Contado	<b>PRODUCTO</b>	VIDA GRUPO DEUDORES											
<b>COD. AGENCIA</b>	AA174249	<b>CERTIFICADO</b>	1	<b>DOCUMENTO</b>	Modificación									
<b>AGENCIA</b>	BUCARAMANGA	<b>DIRECCIÓN</b>	CARRERA 27 N. 36 y 14, OFICINA 1101											
<b>TEL:</b>	6076852916													
FECHA DE EXPEDICIÓN		VICENCIA DE LA PÓLIZA				FECHA DE IMPRESIÓN								
23	09	2024	<b>DESDE</b>	<b>DD</b>	01	<b>MM</b>	07	<b>AAAA</b>	2024	<b>HORA</b>	00:00	15	08	2025
<b>DD</b>	<b>MM</b>	<b>AAAA</b>	<b>HASTA</b>	<b>DD</b>	01	<b>MM</b>	07	<b>AAAA</b>	2025	<b>HORA</b>	00:00	<b>DD</b>	<b>MM</b>	<b>AAAA</b>

## DATOS GENERALES

<b>TOMADOR</b>	COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO DE PROFESORES COOPROFESORES	<b>NIT/CC</b>	890201280
<b>DIRECCIÓN</b>	CALLE 39 N° 23 - 81 EDIFICIO DOMINIQ LOCAL 101 BARRIO BOLIVAR	<b>E-MAIL</b>	KAYALA@COOPROFESORES.COM
		<b>TEL/MOVIL</b>	6076328848

## TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

CORRESPONDEN A CRÉDITOS OTORGADOS A LOS ASOCIADOS, QUE SOLICITAN O REQUIEREN MODIFICACIONES DE LAS CONDICIONES ORIGINALES PACTADAS, CON EL FIN DE PERMITIRLE AL DEUDOR LA ATENCIÓN ADECUADA DE SU OBLIGACIÓN ANTE EL REAL O POTENCIAL DETERIORO DE SU CAPACIDAD DE PAGO. PARA ESTA MODALIDAD, SE TENDRÁ EN CUENTA, EN CASO DE RECLAMACIÓN QUE AFECTE LA PÓLIZA, LA FECHA DEL CRÉDITO INICIAL DE OTORGAMIENTO DEL MISMO Y NO LA FECHA DE RE-ESTRUCTURACIÓN.

### CLAUSULA GLOBAL DE PREEXISTENCIAS

LA PRESENTE CLÁUSULA OTORGA COBERTURA POR FALLECIMIENTO DE LOS ASEGURADOS CUYA EDAD DE INGRESO NO SUPERE LOS 74 AÑOS MÁS 364 DÍAS CON PERMANENCIA HASTA LA TERMINACIÓN DE LA DEUDA, COMO CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES O DIAGNOSTICADAS ANTES DE LA FECHA DE INGRESO A LA PÓLIZA DEL ASEGURADO QUE SE LE DESEMBOLSE UN CRÉDITO, Y QUE EL ASEGURADO HUBIESE MANIFESTADO, INFORMADO O DECLARADO EN EL FORMATO DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, LAS ENFERMEDADES SE DEBEN DECLARAR DE FORMA PREVIA A LA ADJUDICACIÓN DEL CRÉDITO Y SE DEBE PAGAR LA EXTRA PRIMA CORRESPONDIENTE PACTADA ENTRE COOPROFESORES Y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

LA PRESENTE CLÁUSULA TAMBIÉN OTORGA COBERTURA POR INVALIDEZ PARA LOS ASEGURADOS CUYA EDAD DE INGRESO NO SEA SUPERIOR A 65 AÑOS MÁS 364 DÍAS Y SU PERMANENCIA EN LA PÓLIZA NO SUPERE LOS 67 AÑOS MÁS 364 DÍAS, COMO CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES O DIAGNOSTICADAS ANTES DE LA FECHA DE INGRESO A LA PÓLIZA DEL ASEGURADO QUE SE LE DESEMBOLSE UN CRÉDITO, Y QUE EL ASEGURADO HUBIESE MANIFESTADO, INFORMADO O DECLARADO EN EL FORMATO DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, LAS ENFERMEDADES SE DEBEN DECLARAR DE FORMA PREVIA A LA ADJUDICACIÓN DEL CRÉDITO Y SE DEBE PAGAR LA EXTRA-PRIMA CORRESPONDIENTE PACTADA ENTRE COOPROFESORES Y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

NO OBSTANTE, LO ANTERIOR, PARA QUE SE TENGA COBERTURA POR EL AMPARO DE INVALIDEZ EL ASEGURADO DEBERÁ TENER COMO MÍNIMO 8 MESES DE PERMANENCIA EN LA PÓLIZA PARA LA AFECTACIÓN E INDEMNIZACIÓN DE ESTE AMPARO Y SE DEBERÁ CONTAR CON LA CALIFICACIÓN DE LA JUNTA DE CALIFICACIÓN. LOS 8 MESES PACTADOS SE CUENTAN DESDE LA FECHA DE DESEMBOLSO DEL CRÉDITO (FECHA DE INICIO DE VICENCIA DE LA PÓLIZA) HASTA LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL REGISTRADA EN EL DOCUMENTO DE CALIFICACIÓN DE LA JUNTA MÉDICA ESTRUCTURANDO LA INVALIDEZ.

CABE RESALTAR QUE EN EL CASO QUE EL ASEGURADO NO HUBIESE DECLARADO SU REAL ESTADO DE SALUD EN LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD Y SE EVIDENCIE UNA RETICENCIA DE PARTE DE ESTE SE APLICARÁ LA NORMATIVIDAD DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1058 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

PARA AQUELLOS ASEGURADOS QUE LES APLIQUE LAS CONDICIONES PACTADAS EN LA CLÁUSULA GLOBAL DE PREEXISTENCIAS SE LIMITA SU VALOR ASEGURADO EN UNO O VARIOS CRÉDITOS HASTA \$150.000.000 (CIENTO CINCUENTA MILLONES DE PESOS).

CUANDO EL ASEGURADO NO DECLARE PREEXISTENCIAS:

EN CASO TAL QUE POR EL MONTO EL RECLAMANTE REQUIERA APORTAR HISTORIA CLÍNICA Y EN LA MISMA SE EVIDENCIE QUE EL ASEGURADO FUE RETICENTE Y PADECÍA UNA ENFERMEDAD (AFECCIONES CARDIOVASCULARES / CEREBROVASCULARES - CÁNCER - DIABETES MELLITUS TIPO I - VIH POSITIVO/SIDA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA) QUE HUBIESE OCASIONADO LA NO CELEBRACIÓN DEL CONTRATO DE SEGUROS DE PARTE DE LA ASEGURADORA, SE APLICARÁ LA NORMATIVIDAD DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1058 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

EN CASO DE SINIESTRO SOLO SE SOLICITARÁ HISTORIA CLÍNICA SEGÚN DETALLE:

EN CASO DE FALLECIMIENTO:

ASEGURADOS QUE AL MOMENTO DE DESEMBOLSO LA EDAD DE INGRESO OSCILE ENTRE 18 AÑOS Y QUE NO SUPERE LOS 74 AÑOS MÁS 364 DÍAS Y CON PERMANENCIA INDEFINIDA

\* PARA MONTOS ASEGURADOS (VALOR DESEMBOLSADO ACUMULADO EN UNO O VARIOS CRÉDITOS) INFERIORES O IGUALES A \$60.000.000 NO SE PEDIRÁ HISTORIA CLÍNICA, O EN CASO DE QUE SE APORTE NO SE TENDRÁ EN CUENTA PARA EL ANÁLISIS DE LA RECLAMACIÓN.

\* PARA MONTOS ASEGURADOS (VALOR DESEMBOLSADO ACUMULADO EN UNO O VARIOS CRÉDITOS) QUE OSCILEN ENTRE \$60.000.001 A 260 SMMLV SE PEDIRÁ HISTORIA CLÍNICA

EN CASO DE INVALIDEZ:

ASEGURADOS CUYA EDAD OSCILE ENTRE 18 AÑOS Y QUE SU PERMANENCIA NO SUPERE LOS 67 AÑOS MÁS 364 DÍAS

\* PARA MONTOS ASEGURADOS (ACUMULADO EN UNO O VARIOS CRÉDITOS) INFERIORES O IGUALES A \$30.000.000 NO SE PEDIRÁ HISTORIA CLÍNICA, O EN CASO DE QUE SE APORTE NO SE TENDRÁ EN CUENTA PARA EL ANÁLISIS DE LA RECLAMACIÓN.

\* PARA MONTOS ASEGURADOS (ACUMULADO EN UNO O VARIOS CRÉDITOS) QUE OSCILEN ENTRE \$30.000.001 A 260 SMMLV SE PEDIRÁ HISTORIA CLÍNICA

EN CASO DE FALLECIMIENTO:

FIRMA AUTORIZADA  
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB [WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP](http://WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP)  
Línea Segura 018000919538

#324

# SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES

PÓLIZA  
AA010866

FACTURA



## INFORMACIÓN GENERAL

<b>COD. PRODUCTO</b>	Contado	<b>PRODUCTO</b>	VIDA GRUPO DEUDORES											
<b>COD. AGENCIA</b>	AA174249	<b>CERTIFICADO</b>	1	<b>DOCUMENTO</b>	Modificación									
<b>AGENCIA</b>	BUCARAMANGA	<b>DIRECCIÓN</b>	CARRERA 27 N. 36 y 14, OFICINA 1101											
<b>TEL:</b>	6076852916													
FECHA DE EXPEDICIÓN		VIGENCIA DE LA PÓLIZA				FECHA DE IMPRESIÓN								
23	09	2024	<b>DESDE</b>	<b>DD</b>	01	<b>MM</b>	07	<b>AAAA</b>	2024	<b>HORA</b>	00:00	15	08	2025
<b>DD</b>	<b>MM</b>	<b>AAAA</b>	<b>HASTA</b>	<b>DD</b>	01	<b>MM</b>	07	<b>AAAA</b>	2025	<b>HORA</b>	00:00	<b>DD</b>	<b>MM</b>	<b>AAAA</b>

## DATOS GENERALES

<b>TOMADOR</b>	COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO DE PROFESORES COOPROFESORES	<b>NIT/CC</b>	890201280
<b>DIRECCIÓN</b>	CALLE 39 N° 23 - 81 EDIFICIO DOMINIQ LOCAL 101 BARRIO BOLIVAR	<b>E-MAIL</b>	KAYALA@COOPROFESORES.COM
<b>TEL/MOVIL</b>	6076328848		

## TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

DESDE 75 AÑOS HASTA INDEFINIDO

\* PARA MONTOS ASEGURADOS (ACUMULADO EN UNO O VARIOS CRÉDITOS) INFERIORES O IGUALES A \$45.000.000 NO SE PEDIRÁ HISTORIA CLÍNICA, O EN CASO DE QUE SE APORTE NO SE TENDRÁ EN CUENTA PARA EL ANÁLISIS DE LA RECLAMACIÓN.

CUANDO EL ASEGURADO DECLARE PREEXISTENCIAS:

EN CASO TAL QUE POR EL MONTO EL RECLAMANTE REQUIERA APORTAR HISTORIA CLÍNICA Y EN LA MISMA SE EVIDENCIE QUE EL ASEGURADO FUE RETICENTE Y PADECÍA ADICIONAL A LA ENFERMEDAD DECLARADA (CIRUGÍA NO CATALOGADAS COMO GRAVES O CATASTRÓFICAS - ALCOHOLISMO - TABAQUISMO/DROGADICCIÓN- HIPERTENSIÓN ARTERIAL - ENFERMEDADES CONGÉNITAS - ENFERMEDADES DEL COLÁGENO - ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS - DISFONIA - DEPRESIÓN/ANSIEDAD- ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS LARINGITIS - ENFERMEDADES HEPÁTICAS - DIABETES TIPO II (NO INSULINODEPENDIENTES)) UNA ENFERMEDAD QUE HUBIESE OCASIONADO LA NO CELEBRACIÓN DEL CONTRATO DE SEGUROS DE PARTE DE LA ASEGURADORA TALES COMO: (AFECCIONES CARDIOVASCULARES / CEREBROVASCULARES - CÁNCER - DIABETES MELLITUS TIPO I - VIH POSITIVO/SIDA - INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA), SE APLICARÁ LA NORMATIVIDAD DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1058 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

DESDE 18 HASTA 74 AÑOS Y 364 DÍAS

DECLARA PREEXISTENCIA: SI  
OPERACIÓN: EVALUACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD POR COOPROFESORES TASA PARA APLICAR: APLICA TASA DE CLAUSULA GLOBAL DE PREEXISTENCIAS

EN CASO DE RECLAMACIÓN: SE DEBE REVISAR:

SI ES UN CRÉDITO NOVADO O REESTRUCTURADO Y SEGÚN ESTA REVISIÓN VALIDAR EL LISTADO DE CARTERA Y REVISAR QUE ESTÉN REPORTANDO POR LA TASA CORRESPONDIENTE SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS DEL CRÉDITO.

ES DECIR, LA TASA QUE SE APLICA POR LA CONDICIÓN ESPECIAL DE LA CLÁUSULA GLOBAL DE PREEXISTENCIAS OPERA PRINCIPALMENTE EN CRÉDITOS NUEVO.

EN CASO DE FALLECIMIENTO:

ASEGURADOS QUE AL MOMENTO DE DESEMBOLSO LA EDAD DE INGRESO OSCILE ENTRE 18 AÑOS Y QUE NO SUPERE LOS 74 AÑOS MÁS 364 DÍAS Y CON PERMANENCIA INDEFINIDA

\* PARA MONTOS ASEGURADOS (VALOR DESEMBOLSADO ACUMULADO EN UNO O VARIOS CRÉDITOS) INFERIORES O IGUALES A \$80.000.000 NO SE PEDIRÁ HISTORIA CLÍNICA, O EN CASO DE QUE SE APORTE NO SE TENDRÁ EN CUENTA PARA EL ANÁLISIS DE LA RECLAMACIÓN.

\* PARA MONTOS ASEGURADOS (VALOR DESEMBOLSADO ACUMULADO EN UNO O VARIOS CRÉDITOS) QUE OSCILEN ENTRE \$80.000.001 A 260 SMMMLV SE PEDIRÁ HISTORIA CLÍNICA  
EN CASO DE INVALIDEZ:  
ASEGURADOS CUYA EDAD OSCILE ENTRE 18 AÑOS Y QUE SU PERMANENCIA NO SUPERE LOS 67 AÑOS MÁS 364 DÍAS

\* PARA MONTOS ASEGURADOS (ACUMULADO EN UNO O VARIOS CRÉDITOS) INFERIORES O IGUALES A \$50.000.000 NO SE PEDIRÁ HISTORIA CLÍNICA, O EN CASO DE QUE SE APORTE NO SE TENDRÁ EN CUENTA PARA EL ANÁLISIS DE LA RECLAMACIÓN.

\* PARA MONTOS ASEGURADOS (ACUMULADO EN UNO O VARIOS CRÉDITOS) QUE OSCILEN ENTRE \$50.000.001 A 260 SMMMLV SE PEDIRÁ HISTORIA CLÍNICA

EN CASO DE FALLECIMIENTO:

DESDE 75 AÑOS HASTA INDEFINIDO

\* PARA MONTOS ASEGURADOS (ACUMULADO EN UNO O VARIOS CRÉDITOS) INFERIORES O IGUALES A \$45.000.000 NO SE PEDIRÁ HISTORIA CLÍNICA, O EN CASO DE QUE SE APORTE NO SE TENDRÁ EN CUENTA PARA EL ANÁLISIS DE LA RECLAMACIÓN.

\* LIMITE DE VALOR ASEGURADO PARA PREEXISTENCIAS  
-PARA LA CLÁUSULA GLOBAL DE PREEXISTENCIA POR MUERTE EL VALOR MÁXIMO IRA HASTA \$150.000.000.

- PARA LA CLÁUSULA GLOBAL DE PREEXISTENCIA POR INVALIDEZ HASTA \$150.000.000.

- PARA LA CLÁUSULA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA PARA ASEGURADOS SOLO POR MUERTE HASTA \$50.000.000.

NOTA: SE ACLARA QUE LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA POR PARTE DE LA ASEGURADORA SERÁ DE \$150.000.000 EN VALOR ASEGURADO POR PERSONA, YA SEA EN UNO O VARIOS CRÉDITOS SIN IMPORTAR LA CONDICIÓN DE SALUD DEL CRÉDITO MÁS ANTIGUO QUE SE ESTÉ RECLAMANDO.

FIRMA AUTORIZADA  
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP

Línea Segura 018000919538

#324

# SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES

PÓLIZA  
AA010866

FACTURA



## INFORMACIÓN GENERAL

<b>COD. PRODUCTO</b>	Contado	<b>PRODUCTO</b>	VIDA GRUPO DEUDORES								
<b>COD. AGENCIA</b>	AA174249	<b>CERTIFICADO</b>	1	<b>DOCUMENTO</b>	Modificacion						
<b>AGENCIA</b>	BUCARAMANGA	<b>DIRECCIÓN</b>	CARRERA 27 N. 36 1/4, OFICINA 1101								
<b>TEL:</b>	6076852916										
FECHA DE EXPEDICIÓN		VIGENCIA DE LA PÓLIZA				FECHA DE IMPRESIÓN					
23	09	2024	<b>DESDE</b>	DD 01	MM 07	AAAA 2024	<b>HORA</b>	00:00	15	08	2025
DD	MM	AAAA	<b>HASTA</b>	DD 01	MM 07	AAAA 2025	<b>HORA</b>	00:00	DD	MM	AAAA

## DATOS GENERALES

<b>TOMADOR</b>	COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO DE PROFESORES COOPROFESORES	<b>NIT/CC</b>	890201280
<b>DIRECCIÓN</b>	CALLE 39 N° 23 - 81 EDIFICIO DOMINIQ LOCAL 101 BARRIO BOLIVAR	<b>E-MAIL</b>	KAYALA@COOPROFESORES.COM
<b>TEL/MOVIL</b>	6076328848		

## TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

### EXTENSIÓN DE COBERTURA PARA CRÉDITOS NOVADOS

ES LA SUSTITUCIÓN DE UNA NUEVA OBLIGACIÓN A OTRA ANTERIOR, LA CUAL QUEDA POR TANTO EXTINGUIDA. MÁXIMO HASTA DOS NOVACIONES POR AÑO.

PARA ESTA MODALIDAD, SE TENDRÁ EN CUENTA, EN CASO DE RECLAMACIÓN QUE AFECTE LA PÓLIZA, EL ESTADO DE SALUD DEL CRÉDITO QUE DIO ORIGEN A LA NOVACIÓN.

### CLAUSULA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA PARA ASEGURADOS SOLO POR MUERTE

MEDIANTE LA PRESENTE CLAUSULA SE ACLARA QUE, SE ACEPTA LA INCLUSIÓN EN LA PÓLIZA DE VIDA DEUDORES DE COOPROFESORES PARA AQUELLOS ASEGURADOS, QUE HUBIESEN MARCADO DE FORMA AFIRMATIVA A LA PREGUNTA DE LA SECCIÓN I, ES DECIR QUE HAYAN SIDO INDEMNIZADOS POR LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA, POR EL AMPARO DE INVALIDEZ, SE APLICARÁ LA TASA DE INDEMNIZADOS ES DECIR LA TASA DE LA CLAUSULA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA PARA ASEGURADOS SOLO POR MUERTE, PARA QUE LA PRESENTE CLAUSULA OPERE LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO DEBE SER DIFERENTE A LA CAUSA QUE DIO ORIGEN A LA INVALIDEZ.

ASÍ MISMO SE ACEPTA LA INCLUSIÓN EN LA PÓLIZA DE VIDA DEUDORES DE COOPROFESORES PARA AQUELLOS ASEGURADOS QUE HUBIESEN MARCADO DE FORMA AFIRMATIVA A LAS PREGUNTAS 2 Y 3 DE LA SECCIÓN I DE LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, SE APLICARÁ LA TASA DE INDEMNIZADOS Y DE LA MISMA FORMA PARA QUE LA PRESENTE CLAUSULA OPERE LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO DEBE SER DIFERENTE A LA CAUSA QUE DIO ORIGEN A LA INVALIDEZ.

PARA LOS ASEGURADOS QUE HUBIESEN MARCADO DE FORMA AFIRMATIVA EN LOS NUMERALES 1, 2 Y 3 DE LA SECCIÓN I DE LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD SOLO TIENE LA COBERTURA DE FALLECIMIENTO, EXCLUYENDO COMO CAUSA DE MUERTE, LA ENFERMEDAD QUE DIO ORIGEN A LA INVALIDEZ (INDEMNIZADA O NO POR LA EQUIDAD SEGUROS).

PARA AQUELLOS ASEGURADOS QUE NO HUBIESEN DECLARADO DE FORMA AFIRMATIVA EN LOS NUMERALES 1, 2 Y 3 DE LA SECCIÓN I DE LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, Y QUE PRESENTEN RECLAMACIÓN AFECTANDO LA COBERTURA DE INVALIDEZ DONDE SE EVIDENCIE LA RETICENCIA, SE APLICARÁ LA NORMA DE LA LEY COLOMBIANA EN CUANTO A RETICENCIA, SI POR EL CONTRARIO SE LLEGA A PRESENTAR RECLAMACIÓN POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO QUE NO HUBIESE DECLARADO DE FORMA AFIRMATIVA EN LOS NUMERALES 1, 2 Y 3 DE LA SECCIÓN I DE LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, LA ASEGURADORA INDEMNIZARÁ ANALIZANDO LA CAUSA QUE DIO ORIGEN AL FALLECIMIENTO Y EXCLUYENDO COMO CAUSA DE MUERTE, LA ENFERMEDAD POR LA CUAL HABÍA SIDO DECLARADA LA INVALIDEZ.

### TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL

EL AMPARO DE CUALQUIERA DE LAS PERSONAS CUBIERTAS POR ESTA PÓLIZA TERMINARÁ EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- A LA TERMINACIÓN DE LA VIGENCIA DEL SEGURO, SI ESTE NO SE RENUEVA
- CUANDO EL DEUDOR DEJE DE PERTENECER AL GRUPO ASEGURADO.
- AL FALLECIMIENTO DEL DEUDOR ASEGURADO.
- POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA MENSUAL, VENCIDO EL PERIODO LEGAL.
- CUANDO EL TOMADOR REVOQUE EL CONTRATO DE SEGURO

### DEFINICIONES

DEUDORES ELEGIBLES: PARA LOS EFECTOS DE LA PRESENTE PÓLIZA SE CONSIDERAN DEUDORES ELEGIBLES 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 REUNA LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.

SALDO DEUDOR ASEGURABLE: POR SALDO DEUDOR SE ENTENDERÁ EL SALDO REAL Y EFECTIVO QUE SE HUBIERE ENTREGADO AL DEUDOR POR EL TOMADOR EN CALIDAD DE PRÉSTAMO, INCLUIDO EL INTERÉS, A MENOS QUE EL TOMADOR HUBIERA CONVENIDO EN EXCLUIR ALGÚN TIPO PARTICULAR DE PRÉSTAMOS O DE DICHO INTERÉS.

INVALIDEZ: PARA TODOS LOS EFECTOS DEL PRESENTE ANEXO SE CONSIDERA COMO INVÁLIDO EL ASEGURADO MENOR DE SESENTA Y SIETE (67) AÑOS Y 364 DÍAS, QUE, POR CUALQUIER CAUSA, DE CUALQUIER ORIGEN, NO PROVOCADA INTENCIONALMENTE, HUBIESE PERDIDO EL CINCUENTA POR CIENTO (50%) O MÁS DE SU CAPACIDAD LABORAL, DETERMINADA DE ACUERDO CON LAS LEYES VIGENTES EN EL MOMENTO DE PRESENTARSE EL SINIESTRO, SIEMPRE Y CUANDO LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN SE PRESENTE DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO. PARA QUE LA EQUIDAD PAGUE LA INDEMNIZACIÓN CORRESPONDIENTE A UNA INVALIDEZ, EL TOMADOR O ASEGURADO DEBERÁ PRESENTAR EL DICTAMEN DE LA JUNTA DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, O EN SU DEFECTO PRUEBAS FEHACIENTES QUE DETERMINEN LA EXISTENCIA DE INVALIDEZ DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS DE ESTA PÓLIZA. LA EQUIDAD SE RESERVA EL DERECHO DE COMPROBAR LA VERACIDAD Y LA EXACTITUD DE TALES PRUEBAS.

NUEVOS DEUDORES: MENSUALMENTE PODRÁN SER INCLUIDOS BAJO ESTA COBERTURA, TODOS LOS NUEVOS DEUDORES QUE REÚNAN LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

VIGENCIA

FIRMA AUTORIZADA  
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB [WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP](http://WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP)  
Linea Segura 018000919538

#324

# SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES

PÓLIZA  
AA010866

FACTURA



## INFORMACIÓN GENERAL

<b>COD. PRODUCTO</b>	Contado	<b>PRODUCTO</b>	VIDA GRUPO DEUDORES											
<b>COD. AGENCIA</b>	AA174249	<b>CERTIFICADO</b>	1	<b>DOCUMENTO</b>	Modificación									
<b>AGENCIA</b>	BUCARAMANGA	<b>DIRECCIÓN</b>	CARRERA 27 N. 36 & 14, OFICINA 1101											
<b>TEL:</b>	6076852916													
FECHA DE EXPEDICIÓN		VIGENCIA DE LA PÓLIZA				FECHA DE IMPRESIÓN								
23	09	2024	<b>DESDE</b>	<b>DD</b>	01	<b>MM</b>	07	<b>AAAA</b>	2024	<b>HORA</b>	00:00	15	08	2025
<b>DD</b>	<b>MM</b>	<b>AAAA</b>	<b>HASTA</b>	<b>DD</b>	01	<b>MM</b>	07	<b>AAAA</b>	2025	<b>HORA</b>	00:00	<b>DD</b>	<b>MM</b>	<b>AAAA</b>

## DATOS GENERALES

<b>TOMADOR</b>	COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO DE PROFESORES COOPROFESORES	<b>NIT/CC</b>	890201280
<b>DIRECCIÓN</b>	CALLE 39 N° 23 - 81 EDIFICIO DOMINIQ LOCAL 101 BARRIO BOLIVAR	<b>E-MAIL</b>	KAYALA@COOPROFESORES.COM
		<b>TEL/MOVIL</b>	6076328848

## TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

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.

### PRIMA

EL PAGO DE LA PRIMERA PRIMA O CUOTA ES CONDICIÓN INDISPENSABLE PARA LA VIGENCIA DEL SEGURO. LOS PAGOS SUBSIGUIENTES, SE EFECTUARÁN DENTRO DEL MES CORRESPONDIENTE. SI LAS PRIMAS POSTERIORES A LA PRIMERA NO FUEREN PAGADAS ANTES DE VENCERSE EL PLAZO LEGAL, SE PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO.

LOS REPORTES MENSUALES SE DEBEN REALIZAR DENTRO DE LOS 5 PRIMERO DÍAS DEL PERIODO RESPECTIVO, SI ESTE NO SE REALIZA SE EFECTUARÁ LA FACTURACIÓN CORRESPONDIENTE, TENIENDO EN CUENTA EL REPORTE DEL MES ANTERIOR. EL NO REPORTAR DURANTE DOS PERIODOS CONSECUTIVOS PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO.

### PAGO DE SINIESTRO

LA EQUIDAD AL FALLECIMIENTO O INCAPACIDAD DE UN DEUDOR INDEMNIZARÁ, EL BENEFICIO AQUÍ ESTIPULADO A MÁS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA EN QUE EL BENEFICIARIO ACREDITE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y SU CUANTÍA.

### ACUERDO DE SERVICIO:

CONVENIO DE SERVICIO, LA EQUIDAD SE COMPROMETE A DEFINIR EL RECLAMO DENTRO DE LOS 10 DÍAS CALENDARIO SIGUIENTE A LA FORMALIZACIÓN DEL RECLAMO. COOPROFESORES SE COMPROMETE A RADICAR EL LISTADO DE ASEGURADOS LOS PRIMEROS 5 DÍAS DEL MES. PARA RECLAMOS CON SALDOS DE DEUDA HASTA EL VALOR DESCRITO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SE DEBERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y SU CUANTÍA, CON LA PRESENTACIÓN DE LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN, TENIENDO EN CUENTA ADEMÁS LO ESTABLECIDO EN LA CLÁUSULA GLOBAL DE PREXISTENCIAS DEL PRESENTE DOCUMENTO:

- CERTIFICADO INDIVIDUAL O NOTARIAL DE DEFUNCIÓN.
- HISTORIA CLÍNICA SEGÚN INDICA LA CLÁUSULA GLOBAL DE PREXISTENCIAS
- 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.
- PARA LOS BENEFICIARIOS DE LEY DEBEN PRESENTAR DOCUMENTOS QUE ACREDITEN LA RELACIÓN DE AFINIDAD CON EL ASEGURADO

PARA EL AMPARO DE INVALIDEZ SE SOLICITARÁN LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS TENIENDO EN CUENTA ADEMÁS LO ESTABLECIDO EN LA CLÁUSULA GLOBAL DE PREXISTENCIAS DEL PRESENTE DOCUMENTO:

- HISTORIA CLÍNICA SEGÚN INDICACIÓN LA CLÁUSULA GLOBAL DE PREXISTENCIAS
- CALIFICACIÓN DE LA JUNTA ESTRUCTURANDO LA INVALIDEZ
- FOTOCOPIA DE LA CEDULA
- MOVIMIENTO CONTABLE SALDO DEUDA
- CERTIFICADO DE RECLAMACIÓN

### RENOVACION DEL CONTRATO

EL SEGURO ES RENOVABLE A VOLUNTAD DE LAS PARTES CONTRATANTES, EN LAS CONDICIONES TÉCNICAS Y ECONÓMICAS ACORDADAS SEGÚN EL RESULTADO DE LA SINIESTRALIDAD DE LA PÓLIZA EN LA VIGENCIA INMEDIATAMENTE ANTERIOR.

### TARIFAS

TASA MENSUAL PARA MENORES DE 74 AÑOS Y 364 DÍAS 1.28%  
 TASA MENSUAL PARA MAYORES DE 75 AÑOS 3.8%  
 TASA MENSUAL GLOBAL DE PREXISTENCIA POR MUERTE 3.82%  
 TASA MENSUAL GLOBAL DE PREXISTENCIA POR INVALIDEZ 3.82%  
 TASA MENSUAL EXTENSIÓN DE COBERTURA SOLO PARA FALLECIMIENTO 1.10%  
 TASA MENSUAL RENTA MENSUAL POR DIAGNOSTICO ENFERMEDADES GRAVES, SE LIQUIDA SOBRE EL VALOR MÁXIMO INDEMNIZABLE (\$3.000.000) 1.67%  
 TASA MENSUAL PARA ASEGURADOS CON UNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES: HIPERTENSIÓN O PRESIÓN ARTERIAL, DIABETES (NO INSULINDEPENDIENTE) Y SOBRE PRESO - OBESIDAD 1.60%

### RETORNO

RETORNO ADMINISTRATIVO 12% + IVA

CIRCULAR EXTERNA 040 DE 2020 SFC. CON LA EXPEDICIÓN DE ESTA CIRCULAR, SE HA ESTABLECIDO UNA OBLIGACIÓN APLICABLE A LOS PRODUCTOS COLECTIVOS QUE USTED ADQUIERA EN CALIDAD DE TOMADOR CON NUESTRA COMPAÑÍA Y POR LOS CUALES PERCIBE UN RETORNO ADMINISTRATIVO

FIRMA AUTORIZADA  
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP

Línea Segura 018000919538

#324

# SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES

PÓLIZA  
AA010866

FACTURA



## INFORMACIÓN GENERAL

**COD. PRODUCTO** Contado      **PRODUCTO** VIDA GRUPO DEUDORES  
**COD. AGENCIA** AA174249      **CERTIFICADO** 1      **DOCUMENTO** Modificacion      **TEL:** 6076852916  
**AGENCIA** BUCARAMANGA      **DIRECCIÓN** CARRERA 27 N. 36 & 14, OFICINA 1101

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA					FECHA DE IMPRESIÓN						
23	09	2024	<b>DESDE</b>	DD	01	MM	07	AAAA	2024	<b>HORA</b>	00:00	15	08	2025
DD	MM	AAAA	<b>HASTA</b>	DD	01	MM	07	AAAA	2025	<b>HORA</b>	00:00	DD	MM	AAAA

## DATOS GENERALES

**TOMADOR** COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO DE PROFESORES COOPROFESORES      **NIT/CC** 890201280  
**DIRECCIÓN** CALLE 39 N° 23 - 81 EDIFICIO DOMINIQ LOCAL 101 BARRIO BOLIVAR      **E-MAIL** KAYALA@COOPROFESORES.COM      **TEL/MOVIL** 6076328848

## TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

A SU FAVOR, EN ESTE ORDEN, DICHA NORMATIVIDAD CONTEMPLA QUE SE DEBE REMITIR A LOS ASEGURADOS DE LAS PÓLIZAS COLECTIVAS LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON LAS CONDICIONES GENERALES DEL PRODUCTO A TRAVÉS DE UN MEDIO IDÓNEO Y VERIFICABLE. POR LO TANTO, PARA DAR CUMPLIMIENTO A DICHA NORMA SE HACE NECESARIO SUSCRIBIR UN CONVENIO MEDIANTE EL CUAL SE ESTABLEZCAN ENTRE OTRAS, LAS OBLIGACIONES CORRESPONDIENTES PARA LA REMISIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LOS PRODUCTOS ADQUIRIDOS, SIENDO INDISPENSABLE EL SUMINISTRO DE DATOS MÍNIMOS DEL CONTACTO DE LOS ASEGURADOS, TALES COMO: CORREO ELECTRÓNICO, CELULAR Y DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA.

CLAUSULADO

ESTA PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 21/05/2021-1429-P-34-000000000002031-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](http://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](http://WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP)  
Línea Segura 018000919538  
#324