

Número póliza: 083004973227

PLAN VIDA DEUDORES

Este documento contiene la información, coberturas y beneficios particulares de tu seguro



TOMADOR

Nombres y apellidos o razón social BANCO SERFINANZA S.A		Tipo de identificación NIT		Número de identificación 8600431866
Dirección CL 72 # 54 35 BRR ALTO PRADO	Ciudad BARRANQUILLA	Teléfono 3091919	Correo electrónico info@serfinansa.com.com	

INTERMEDIARIO

Intermediario BANCO SERFINANZA S.A	Código 51850	Oficina 2626
---------------------------------------	-----------------	-----------------

ASEGURADO

VER CERTIFICACIÓN INDIVIDUAL DOCUMENTO ADJUNTO

BENEFICIARIOS

VER CERTIFICACIÓN INDIVIDUAL DOCUMENTO ADJUNTO

COBERTURAS

Coberturas	Número de asegurados	Valor asegurado	Valor prima por cobertura
VIDA	2000	\$2,253,453,181	\$0
INV., PERDIDA O INUTILIZACIÓN POR EFG O ACCIDENTE	2000	\$2,253,453,181	\$0
GASTOS DE ENTIERRO	1	\$1,000,000	\$0

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Ciudad y fecha de expedición BARRANQUILLA 2025-MAY-02	Número de póliza 083004973227	Número de recibo 20773277	Vigencia movimiento desde 2025-ABR-01	Vigencia movimiento hasta 2025-JUL-01	Días	Valor prima \$0
IVA \$0	Total pago/devolución \$0	Vigencia seguro desde 2025-ABR-01	Vigencia seguro hasta 2025-JUL-01	Forma de pago MENSUAL	Producción total \$0	Producción proyectada en renovación \$0

DOCUMENTO DE : RENOVACIÓN

INFORMACIÓN GENERAL

Segmento 103-NEGOCIOS MEDIANA Y PEQUEÑA EMP	Ramo 083	Producto 045	Oficina 2626	Usuario 90512
--	-------------	-----------------	-----------------	------------------

INFORMACIÓN GENERAL

Operación 05	Coaseguro	Moneda PESO COLOMBIANO	Número póliza líder 4973227	Documento de compañía líder
-----------------	-----------	---------------------------	--------------------------------	-----------------------------

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

Código 51850	Nombre del productor BANCO SERFINANZA S.A	Compañía Seguros Generales Suramericana S.A.	Categoría DIRECTO	% participación 100%	Prima \$0
-----------------	--	---	----------------------	-------------------------	--------------

TEXTO Y ACLARACIONES ANEXAS

CONDICIONES GENERALES APLICABLES

Nombre Plan Vida Deudores	Fecha a partir de la cual se utiliza 13/06/2018	Tipo y número de la entidad 14 - 11	Tipo de documento P	Ramo al cual pertenecer 34	Identificación interna de la proforma F-02-83-342	Canal de comercialización CANAL TRADICIONAL
---------------------------------	---	---	---------------------------	----------------------------------	---	--

EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA F-02-83-342 Y LAS PARTICULARES ACORDADAS CON SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A NIT 890903790-5.

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A NIT 890903790-5.SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. POR FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE IVA. LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE (DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART 17).

AUTORRETENEDORES RESOLUCIÓN 009961 DE 2010. RESPONSABLE DE IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS RÉGIMEN COMÚN AGENTES DE RETENCIÓN.



INFORMACIÓN ADICIONAL

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DEL SEGURO: "LA MORA DEL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO".

DE SUS FRACCIONES EN EL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO.

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN, LA DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES CARRERA 64B N°49A- 30 DE MEDELLÍN

EL TOMADOR, ASEGURADO, BENEFICIARIO O AFIANZADO, SE OBLIGAN A ACTUALIZAR ANUALMENTE O AL MOMENTO DE LA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES Y SUS ANEXOS Y A ENTREGAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE. A SU VEZ, LA COMPAÑÍA TIENE LA FACULTAD DE CANCELAR EL CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO AUTORIZADO POR EL RÉGIMEN LEGAL PROPIO DE CADA CONTRATO, EN CASO DE DESATENCIÓN A ESTOS DEBERES.

Autorizo expresamente en nombre propio y los demás asegurados, bajo su encargo, a SURAMERICANA S.A en calidad de responsable, así como sus filiales, subsidiarias y vinculadas económicamente en Colombia y el exterior, el tratamiento de mis (nuestros) datos personales, incluso datos biométricos y de salud que son datos sensibles, para los fines necesarios relacionados con la prestación del servicio contratado y para ser contactado para el ofrecimiento de productos, envío de información, ofertas comerciales, publicitarias, y para las demás finalidades contempladas en la Política de Privacidad disponible en: www.suramericana.com

Para los productos de vida y salud, autorizo expresamente en nombre propio y en favor de los demás asegurados al responsable, para consultar y obtener copia de la historia clínica o datos clínicos, que son datos sensibles, con la finalidad de evaluar y suscribir las pólizas, así como gestionar los riesgos que puedan afectar la salud, bienestar y calidad de vida, y el desempeño ocupacional, aun después de fallecidos.

Con la firma del presente documento declaro que cuento con autorización de los demás asegurados para realizar esta declaración

Lo anterior entendiendo que la autorización para el tratamiento de estos datos sensibles es facultativa. Como titular de la información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para el tratamiento, informarme sobre el uso que se ha dado a los mismos, revocar la autorización, solicitar la supresión de mis datos cuando sea procedente, acceder en forma gratuita a los mismos o interponer peticiones acerca del manejo de dichos datos a través del canal de contacto para ejercer los derechos: línea de Atención al 437 8888 desde Medellín, Bogotá y Cali o al 01 800051888 en el resto del país o a través del correo electrónico protecciondedatos@suramericana.com.co

Firma autorizada

