

POLIZA DE GRUPO DEUDORES			
TOMADOR DE LA PÓLIZA : (WebKapital)			
ASEGURADO DE LA PÓLIZA: (Deudor)		Documento de Identidad (Deudor) C.C. ___ C.E. X No:	
VIGENCIA DEL SEGURO: La vigencia del seguro iniciará en la fecha de desembolso del crédito otorgado por el Tomador y finalizará en la fecha en que se realice el pago total de la deuda del asegurado con el tomador.			
PRIMA: La prima de seguro se calculará mensualmente multiplicando la tasa pactada por el valor mensual reportado.			
AMPAROS			
VIDA: Equidad Seguros O.C. se compromete a pagar al beneficiario, el valor contratado para el amparo. En caso de que ocurra la muerte de la persona asegurada durante la vigencia del presente seguro. Incluye suicidio, homicidio, terrorismo y fallecimiento por SIDA. Aplican las condiciones del clausulado general.		Incapacidad Total y Permanente: Equidad Seguros O.C. se compromete a pagar al beneficiario, el valor contratado para el amparo. Por tener una pérdida de capacidad laboral mayor o igual al 50% y haber persistido por un periodo continuo de 120 días y no haya sido provocada por el asegurado. Aplican las condiciones del clausulado general.	
Declaro que conozco, entiendo y acepto las condiciones de la póliza de Grupo Deudores. A este producto de seguro le son aplicables los términos y condiciones consagrados en el condicionado general, el cual se encuentra debidamente depositado ante la Superintendencia Financiera de Colombia y puede ser consultado ingresando a la página http://www.laequidadseguros.coop/seguros-de-vida/vida-grupo-deudores			
VALOR ASEGURADO			
El valor asegurado corresponderá al valor reportado de la deuda del asegurado al momento de la ocurrencia del hecho amparado.			
DESIGNACION DE BENEFICIARIOS			
El tomador de la póliza actuará como beneficiario del seguro, a título oneroso, hasta el valor reportado de la deuda.			
NOMBRES COMPLETOS (Deudor)	No. DE IDENTIFICACIÓN (Deudor)	ASEGURADO (Deudor)	
Nombres completos		Acepto:	Huella
EL TOMADOR no actúa como intermediario de seguros ni como Compañía aseguradora. El cumplimiento del contrato de seguros es responsabilidad directa y exclusiva de Equidad Seguros O.C			

Yo, , con número de identificación acepto este contrato con términos y condiciones a la fecha , hora , IP