

SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES

PÓLIZA
AA011984

FACTURA



NIT 830008686

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Renovacion	PRODUCTO	VIDA GRUPO DEUDORES				ORDEN	1						
CERTIFICADO	AA184879	FORMA DE PAGO	Contado	TELEFONO	6076852916			USUARIO	JLRODRIGUE					
AGENCIA	BUCARAMANGA	DIRECCIÓN CARRERA 27 N. 36 & 14, OFICINA 1101												
FECHA DE EXPEDICIÓN		VIGENCIA DE LA POLIZA							FECHA DE IMPRESIÓN					
12	08	2025	DESDE	DD	01	MM	08	AAAA	2025	HORA	00:00	12	08	2025
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	08	AAAA	2026	HORA	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO DE SANTANDER LTDA	NIT/CC	804009752
DIRECCIÓN	CALLE 35 N° 16-43 BARRIO CENTRO	TEL/MOVI	6076802000
ASEGURADO	COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO DE SANTANDER LTDA	NIT/CC	804009752
DIRECCIÓN	CALLE 35 N° 16-43 BARRIO CENTRO	TEL/MOVI	6076802000
BENEFICIARIO	COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO DE SANTANDER LTDA	NIT/CC	804009752
DIRECCIÓN	CALLE 35 N° 16-43 BARRIO CENTRO	TEL/MOVI	6076802000

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
Ciudad del Asegurado Departamento Dirección del Asegurado Deudor Actividad	BUCARAMANGA SANTANDER CALLE 35 # 16 -43 BARRIO CENTRO BANCOS, SEGUROS, COOPERATIVAS

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DETALLE	VALOR ASEGURADO
Muerte por Cualquier Causa Invalidez	\$850,000,000.00 \$850,000,000.00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
\$850,000,000.00	\$.00		\$.00	\$.00

COASEGURO	
COMPañIA	PARTICIPACIÓN
	%

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN
000000000099	AGENTE DIRECTO	%

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporáneo 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
#324

SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES

PÓLIZA
AA011984

FACTURA



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO Contado **PRODUCTO** VIDA GRUPO DEUDORES
COD. AGENCIA AA184879 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Renovacion **TEL:** 6076852916
AGENCIA BUCARAMANGA **DIRECCIÓN** CARRERA 27 N. 36 y 14, OFICINA 1101

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA				FECHA DE IMPRESIÓN		
12	08	2025	DESDE	DD	01	MM	08	AAAA	2025
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	08	AAAA	2026
							HORA	00:00	
							HORA	00:00	
12	08	2025							
DD	MM	AAAA							

DATOS GENERALES

TOMADOR COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO DE SANTANDER LTDA **NIT/CC** 804009752
DIRECCIÓN CALLE 35 N° 16-43 BARRIO CENTRO **E-MAIL** CORRESPONDENCIA.ELECTRONICA@COMULTRASAN.CO **TEL/MOVI** 6076802000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICADO SE REALIZA RENOVACION A SOLICITUD DEL TOMADOR

ESTA PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 21/05/2021-1429-P-34-0000000000002031-D001, EL CUAL SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE REGISTRADO POR LA EQUIDAD SEGUROS O.C ANTE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA. PARA SU CONSULTA FAVOR INGRESAR A www.laequidadseguros.coop
TOMADOR: FINANCIERA COMULTRASAN
NIT DEL CLIENTE: 804009752

PÓLIZA: AA011984
FECHA DE VIGENCIA: 01 AGOSTO DE 2026 A 2026
TIPO DE FACTURACION: MENSUAL
ASEGURADOS: DEUDORES DE LA ENTIDAD
BENEFICIARIOS: FINANCIERA COMULTRASAN
ST: 2826774
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 POLIZA 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 OPERACION DE PRESTAMO REUNA LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.

* AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS:

COBERTURA	VALOR ASEGURADO	VALOR ASEGURADO
MÁXIMO INDIVIDUAL		
AMPARO BÁSICO	SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA	\$850.000.000
INVALIDEZ	SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA	\$850.000.000
VIDA COMPLETA	SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA	\$100.000.000
CLAUSULA ESPECIAL ATENCION DE RECLAMOS (CEAR)	SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA	HASTA \$100.000.000

*VALOR ASEGURADO MAXIMO INDIVIDUAL: REPRESENTA LA MAXIMA RESPONSABILIDAD DE LA EQUIDAD POR CADA DEUDOR EN UNO O VARIOS CREDITOS.

*NOTA 1: LAS DECLARACIONES DE ASEGURABILIDAD SE DEBEN DILIGENCIAR CON LA SUMATORIA DE LOS CRÉDITOS DESEMBOLSADOS A LA FECHA DE LA FIRMA DEL DOCUMENTO DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD Y DEBEN ESTAR EN CUSTODIA DEL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y ESTAS DEBEN SER SUMINISTRADAS AL MOMENTO DE UNA RECLAMACIÓN DE ACUERDO CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD PACTADOS.

* DEFINICIONES DE AMPAROS:

- AMPARO BÁSICO:

LA EQUIDAD SEGUROS EN CONSIDERACION 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 DIA DE VIGENCIA.

- INVALIDEZ:

PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE AMPARO SE CONSIDERA COMO INVALIDO EL ASEGURADO QUE POR CUALQUIER CAUSA, DE CUALQUIER ORIGEN, SUFRA LESIONES FISICAS ORGANICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES NO PREEXISTENTES Y NO PROVOCADAS INTENCIONALMENTE, DONDE HUBIESE PERDIDO EL CINCUENTA POR CIENTO (50%) O MAS DE SU CAPACIDAD LABORAL, DETERMINADA POR EL MANUAL UNICO DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE ACUERDO CON LA JURISDICCION COLOMBIANA, SIEMPRE Y CUANDO LA FECHA DE ESTRUCTURACION SE PRESENTE DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO Y PERSISTA POR UN PERIODO CONTINUO NO MENOR A CIENTO OCHENTA (180) DIAS, CONTADOS A PARTIR DEL PRIMER DIAGNOSTICO MEDICO DE LA INVALIDEZ.

LA INDEMNIZACION DE ESTA COBERTURA NO ES ACUMULABLE CON EL AMPARO BASICO, POR LO TANTO, UNA VEZ PAGADA DICHA LA INDEMNIZACION, LA POLIZA SE DARA POR TERMINADA EN TODOS SUS AMPAROS.

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
AA011984

FACTURA



equidad
seguros



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO Contado **PRODUCTO** VIDA GRUPO DEUDORES
COD. AGENCIA AA184879 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Renovacion **TEL:** 6076852916
AGENCIA BUCARAMANGA **DIRECCIÓN** CARRERA 27 N. 36 & 14, OFICINA 1101

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN		
12	08	2025	DESDE	DD	01	MM	08	AAAA	2025	HORA	00:00
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	08	AAAA	2026	HORA	00:00

DATOS GENERALES

TOMADOR COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO DE SANTANDER LTDA **NIT/CC** 804009752
DIRECCIÓN CALLE 35 N° 16-43 BARRIO CENTRO **E-MAIL** CORRESPONDENCIA.ELECTRONICA@COMULTRASAT.COM **TEL/MOVI** 6076802000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

- VIDA COMPLETA:

ESTA CLAUSULA TIENE POR OBJETIVO OTORGAR LA COBERTURA DEL AMPARO BASICO A LOS ASEGURADOS NUEVOS Y ANTIGUOS MAYORES DE SETENTA Y NUEVE (79) AÑOS Y CON LIMITE DE VALOR HASTA \$ 100.000.000 DURANTE TODO EL TIEMPO EN QUE SUBSISTA LA DEUDA PAGANDO LA TARIFA CORRESPONDIENTE PARA ESTE AMPARO.

- CLAUSULA ESPECIAL DE ATENCION DE RECLAMOS (CEAR) MUERTE PARA DEUDORES MENORES DE 79 AÑOS + 364 DIAS.

PARA RECLAMOS CON SALDOS DE DEUDA HASTA EL VALOR DESCRITO EN LA CARATULA DE LA POLIZA, SE DEBERA DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y SU CUANTIA, CON LA PRESENTACION UNICAMENTE DE LA SIGUIENTE DOCUMENTACION:

- CERTIFICADO INDIVIDUAL O NOTARIAL DE DEFUNCION.
- FOTOCOPIA DE LA CEDULA DE CIUDADANIA O REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO.
- PARA RECLAMOS CON SALDOS DE DEUDA SUPERIORES AL VALOR CONTRATADO DE ACUERDO CON LA CARATULA DE LA POLIZA AL MOMENTO DEL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO, DEBERAN CUMPLIR CON LA TOTALIDAD DE REQUISITOS PARA EL PAGO DE INDEMNIZACION

NOTA: SE ACLARA QUE ESTA CLAUSULA NO OMITI EL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN EL ITEM REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.

- EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS DE LA POLIZA.

LA EQUIDAD SEGUROS QUEDARA 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) ENFERMEDADES, ACCIDENTES, DIAGNOSTICOS O TRATAMIENTOS PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA POLIZA Y QUE NO HAYAN SIDO INFORMADAS A LA COMPANIA ASEGURADORA.
- B) PARTICIPACION DEL ASEGURADO EN CUALQUIER ACTO DE GUERRA, DECLARADA O SIN DECLARAR, REVOLUCION, SEDICION, REBELION, ASONADA, MOTINES, HUELGAS, MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS, ACTOS VIOLENTOS O EN GENERAL CONMOCCIONES DE CUALQUIER CLASE
- C) PARTICIPACION DEL ASEGURADO EN ACTIVIDADES TERRORISTAS O DELINCUENCIALES
- D) EVENTOS OCURRIDOS A CONSECUENCIA DE FISION O FUSION NUCLEAR, RADIOACTIVIDAD O EL USO DE ARMAS ATOMICAS, BACTERIOLOGICAS O QUIMICAS.
- E) FENOMENOS DE LA NATURALEZA, SISMICOS, VOLCANICOS O INUNDACIONES; LESIONES INMEDIATAS O TARDIAS CAUSADAS POR ENERGIA ATOMICA.
- F) 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. NOTA: SE LEVANTA LA EXCLUSION ☐ EN SU TOTALIDAD.
- G) LOS SALDOS QUE EXCEDAN LA MAYOR SUMA QUE, DE ACUERDO CON LOS REGLAMENTOS DEL TOMADOR, SE PUEDEN CONCEDER AL DEUDOR EN CALIDAD DE PRESTAMOS.

SIN PERJUICIO DE LAS ANTERIORES EXCLUSIONES, SE APLICARAN LAS EXCLUSIONES CORRESPONDIENTES A CADA AMPARO DESCRITAS EN EL CLAUSULADO GENERAL DE LA PRESENTE POLIZA.

* EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA:

- AMPARO BÁSICO:

- EDAD MINIMA DE INGRESO: 14 AÑOS
- EDAD MAXIMA DE INGRESO: 79 AÑOS Y 364 DÍAS
- EDAD DE PERMANENCIA: HASTA LA CANCELACIÓN DE LA DEUDA.

- INVALIDEZ:

- EDAD MINIMA DE INGRESO: 14 AÑOS
- EDAD MAXIMA DE INGRESO: 68 AÑOS Y 364 DÍAS
- EDAD DE PERMANENCIA: 69 AÑOS Y 364 DÍAS

- VIDA COMPLETA:

[Firma Autorizada]



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
AA011984

FACTURA



equidad
seguros



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO Contado **PRODUCTO** VIDA GRUPO DEUDORES
COD. AGENCIA AA184879 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Renovacion **TEL:** 6076852916
AGENCIA BUCARAMANGA **DIRECCIÓN** CARRERA 27 N. 36 & 14, OFICINA 1101

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA							FECHA DE IMPRESIÓN				
12	08	2025	DESDE	DD	01	MM	08	AAAA	2025	HORA	00:00	12	08	2025
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	08	AAAA	2026	HORA	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO DE SANTANDER LTDA **NIT/CC** 804009752
DIRECCIÓN CALLE 35 N° 16-43 BARRIO CENTRO **E-MAIL** CORRESPONDENCIA.ELECTRONICA@COMULTRASAT.COM **TEL/MOVI** 6076802000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

- EDAD MINIMA DE INGRESO: 80 AÑOS
- EDAD MAXIMA DE INGRESO: 85 AÑOS Y 364 DÍAS
- EDAD DE PERMANENCIA: HASTA LA CANCELACIÓN DE LA DEUDA.

- GRUPO ASEGURABLE:

QUEDARAN AMPARADOS TODOS LOS ASEGURADOS QUE HAYAN CONTRAIDO DEUDAS CON EL TOMADOR, QUE SEAN REPORTADAS POR EL TOMADOR Y CUMPLAN CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD ESTABLECIDOS.

- SUMA ASEGURADA

EL VALOR ASEGURADO PARA CADA DEUDOR SERA: EL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA INCLUYENDO CAPITAL, INTERESES CORRIENTES, MORA, CALCULADOS HASTA LA FECHA DE LA OCURRENCIA DEL FALLECIMIENTO O ESTRUCTURACION DE LA INVALIDEZ DEL ASEGURADO; SIEMPRE Y CUANDO, LOS MISMOS SEAN REPORTADOS EN LOS LISTADOS Y SE PAGUE LA PRIMA CORRESPONDIENTE.

* REVISIÓN DE SINIESTRALIDAD:

EQUIDAD SEGUROS REVISARA PERIODICAMENTE (SEMESTRAL) EL RESULTADO SINIESTRAL DEL PROGRAMA, CON BASE EN DICHO RESULTADO CUANDO ESTE SUPERE EL 40% (SINIESTROS INCURRIDOS / PRIMAS DEVENGADAS), PODRA MODIFICAR LAS CONDICIONES TECNICAS DEL NEGOCIO ACORDE A UNA NEGOCIACION CON EL TOMADOR.

REQUISITOS DE EXPEDICIÓN

A. FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTE - SARLAFT SUS-097 DILIGENCIADO POR EL TOMADOR.

B. COTIZACIÓN PRESENTADA AL TOMADOR Y ACEPTADA POR ESTE DONDE SE INCLUYA LA FORMA DE PAGO

C. LISTADO EN EXCEL DE LOS ASEGURADOS QUE CONTENGA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

- NOMBRE COMPLETO
- TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
- FECHA DE NACIMIENTO
- FECHA DE DESEMBOLSO DEL CRÉDITO
- NUMERO DE CRÉDITO (OPCIONAL, VALIDAR CON ÁREA DE OPERACIONES)
- SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA
- EXTRA-PRIMAS

D. PARA PÓLIZAS NUEVAS: (SIN PÓLIZAS DE OTRA COMPAÑÍA) DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD FORMATO SUS 006 DE CADA UNO DE LOS ASEGURADOS.

E. PARA PÓLIZAS CON CONTINUIDAD DE OTRA COMPAÑÍA: CERTIFICACIÓN DE LA ANTERIOR COMPAÑÍA, DONDE SE ESPECIFIQUEN LOS DATOS DE LOS ASEGURADOS, ESTADO DE SALUD Y VALOR ASEGURADO

* CONTINUIDAD DE LA COBERTURA:

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

ES CONDICION INDISPENSABLE PARA OTORGAR ESTE BENEFICIO, QUE EL TOMADOR SUMINISTRE A LA EQUIDAD SEGUROS, DENTRO DE LOS TREINTA (30) DIAS SIGUIENTES A LA EXPEDICION DE LA POLIZA; CERTIFICACION DE CONTINUIDAD CON COPIA DEL ULTIMO LISTADO EMITIDO DEL GRUPO ASEGURADO QUE SE TRASLADA CON LA SIGUIENTE INFORMACION: NOMBRE COMPLETO, DOCUMENTO DE IDENTIDAD, FECHA DE NACIMIENTO, SUMA ASEGURADA, FECHA DE INGRESO, COBERTURAS, LIMITACIONES DE COBERTURA Y EXTRAPRIMAS POR SALUD Y/O ACTIVIDAD DE CADA UNO DE LOS ASEGURADOS. ASI MISMO EL TOMADOR DEBE INFORMAR POR ESCRITO SI TIENE CONOCIMIENTO DE ASEGURADOS A LOS CUALES SE LES HUBIERE DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD GRAVE DE CARACTER TERMINAL.

[Firma Autorizada]

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