



SOLICITUD PÓLIZA
SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDOR



No. XXXXXXXXXXXX

FECHA DE SOLICITUD

DD

MM

AAAA

Código oficina	Nombre oficina	Número	Cod. ejecutivo	Vigencia del seguro			
201	MINORISTA	0	FMURILLO	Desde	18/05/2018	Hasta	18/05/2021
Plan seleccionado		SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDOR					
Tomador del seguro		FINTRA S.A	Nit	802022016 -1			

TIPO DE PRODUCTO	CONSUMO (EDUCATIVO)	<input type="checkbox"/>	MICROCREDITO	<input type="checkbox"/>
NÚMERO DE PRODUCTO				

DATOS DEL ASEGURADO																			
Primer Nombre				Segundo Nombre				Primer Apellido				Segundo Apellido							
Tipo y Número de identificación del Asegurado						Fecha de nacimiento		Lugar de Nacimiento				Nacionalidad		Genero					
C.C	<input type="text"/>	C.E	<input type="text"/>	P.S	<input type="text"/>	No.	<input type="text"/>	DD	MM	AAAA						M	<input type="text"/>	F	<input type="text"/>
Departamento				Ciudad				Dirección de residencia				Dirección Laboral							
Teléfono Fijo				No. Celular				Profesión Ocupación Actual				E- mail							

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO	TASA MENSUAL
Fallecimiento por cualquier causa	Saldo insoluto de la deuda	1.2%
Incapacidad total y permanente	Saldo insoluto de la deuda	

Valor del crédito	Valores de la Prima	
\$	PRIMA MENSUAL (a la fecha de expedición del certificado)	\$

DECLARACIONES

Por medio de la presente declaracion, manifiesto que conozco y acepto las condiciones particulares del presente seguro, asi como, acepto el contenido de sus amparos, exclusiones, los cuales se encuentran al reverso de la presente Solicitud Póliza. Declaro que soy mayor de 18 años y menor de 74. Tambien declaro que no he sido rechazado por ninguna compañía de seguros al presentar una solicitud de seguros de vida, salud o enfermedades graves. Manifiesto que no tengo antecedentes penales, mis actividades economicas son legales y licitas, no practico deportes que pongan en peligro mi integridad personal, no padezco ni he padecido enfermedades mentales, psiquiatricas, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, enfermedades cerebro vasculares, insuficiencia renal, esclerosis multiple, cancer, tumores, diabetes, epilepsia, SIDA, enfermedades congenitas o cualquier otra enfermedad que haya afectado mi salud antes de la suscripción de la presente póliza.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES PARA
TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Definiciones. **Compañías** significan las sociedades MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. y MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. **Compañía del Grupo** significa cualquier persona jurídica que directamente controle, esté controlada por o esté bajo control común de las Compañías, incluyendo pero sin limitarse a CREDIMAPFRE S.A., MAPFRE SERVICIOS EXEQUIALES SAS, ANDIASISTENCIA S.A., CESVICOLOMBIA S.A. **Compañías Tratantes** significan las Compañías, las Compañías del Grupo, las Terceras Compañías y cualquier otra sociedad que trate Mis Datos Personales de conformidad con el presente documento. **Mis Datos Personales** significa cualquiera o todos los Datos Personales (tal como se entienden estos bajo la legislación aplicable) que he entregado con anterioridad a las Compañías Tratantes, que entrego con este documento, que entregue en el futuro o que las Compañías Tratantes reciban de conformidad con este documento para su Tratamiento, incluyendo mis Datos Personales Sensibles, tales como datos sobre la salud y datos biométricos. **Terceras Compañías** significa las sociedades a las que la Compañía o alguna de las Compañías del Grupo le entregan Mis Datos Personales en virtud de las autorizaciones que otorgo en este documento, incluyendo a: **(i)** Aquellas que actúan como Encargadas de Mis Datos Personales; **(ii)** Cualquier intermediario de seguros de las Compañías Tratantes; **(iii)** Cualquier sociedad con la que las Compañías o las Compañías del Grupo hayan celebrado contratos para apoyar la prestación de sus servicios o el ofrecimiento, venta o soporte de sus servicios y/o productos o productos y/o servicios complementarios, tales como investigadores, ajustadores, compañías de asistencia, abogados externos, canales comerciales, servicios profesionales, etc.; **(iv)** Operadores, en el sentido que tiene esta palabra bajo la ley 1266 de 2008; y **(v)** Fasecolda e Inverías S.A. para efectos del cumplimiento de sus obligaciones gremiales y legales. **Declaraciones:** Declaro y garantizo que **(A)** He sido informado de mis derechos como titular de Mis Datos Personales, dentro de los que se encuentran los siguientes: **(i)** Conocer, actualizar y rectificar Mis Datos Personales frente a las Compañías Tratantes; **(ii)** Solicitar prueba de esta o las demás autorizaciones que haya dado para Mis Datos Personales; **(iii)** Previa solicitud, ser informado sobre el uso que se ha dado a Mis Datos

Personales por las Compañías Tratantes; **(iv)** Presentar ante la autoridad competente quejas por violaciones al régimen de protección de datos personales; **(v)** Solicitar la supresión de Mis Datos Personales o la revocación de mi autorización cuando la autoridad competente haya sancionado a las Compañías Tratantes por conductas ilegales en relación con Mis Datos Personales; **(vi)** Acceder de forma gratuita a Mis Datos Personales. **(B)** Conozco el carácter facultativo de las respuestas a las preguntas sobre Mis Datos Personales Sensibles o sobre niños, niñas y adolescentes. **(C)** Conozco las identificaciones, direcciones físicas y electrónicas y los teléfonos de las Compañías y las Compañías del Grupo que actúan como Responsables en relación con Mis Datos Personales, las cuales se incluyen en el encabezado de este documento. **(D)** Conozco y acepto que la no entrega o autorización de Mis Datos Personales puede imposibilitar la prestación de servicios por las Compañías Tratantes y por tanto dar lugar a la terminación de los contratos con las Compañías Tratantes. **(E)** Cuento con todas las autorizaciones necesarias para entregar a las Compañías Tratantes los Datos Personales de terceros (como por ejemplo asegurados, beneficiarios, etc.) que he entregado o que entregue para su Tratamiento. **Autorizaciones:** Otorgo mi autorización expresa, explícita e informada a las Compañías y a las Compañías Tratantes para que realicen cualquier operación de tratamiento sobre Mis Datos Personales (incluyendo los recolectados o tratados con anterioridad a este documento por las Compañías Tratantes) con las siguientes finalidades: **(i)** Tramitar mi solicitud como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor; **(ii)** Negociar y celebrar contratos con las Compañías Tratantes, incluyendo la determinación y análisis de primas y riesgos, y ejecutar los mismos (incluyendo envío de correspondencia); **(iii)** Ejecutar y cumplir los contratos que celebren las Compañías con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir su actividad aseguradora y los servicios que yo contrate, incluyendo actividades de coaseguro y reaseguro; **(iv)** El control y prevención de fraudes, lavado de activos, la financiación del terrorismo o la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; **(v)** Determinar y liquidar pagos de siniestros; **(vi)** Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; **(vii)** Elaborar estudios técnico-actuariales, encuestas, análisis de tendencias de mercado y en general cualquier estudio técnico o de campo relacionado con el sector asegurador o la prestación de servicios de las Compañías Tratantes;

(viii) Que las Compañías Tratantes me envíen ofertas de su productos o servicios o comunicaciones comerciales de cualquier clase relacionadas con los mismos, a través de cualquier medio de comunicación, incluyendo pero sin limitarse a ofertas de productos y servicios de Terceras Compañías; **(ix)** Que las Compañías Tratantes consulten, obtengan, actualicen y/o divulguen a centrales de riesgo crediticio u operadores de bancos de datos de información financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países o entidades similares cualquier información sobre el nacimiento, la modificación, el cumplimiento o incumplimiento y/o la extinción de las obligaciones que yo llegue a contraer con la Compañía o con cualquier otra de las Compañías Tratantes con el fin de que estas centrales u operadores y las entidades a ellas afiliadas consulten, analicen y utilicen esta información para sus propósitos legales o contractuales, incluyendo la generación de perfiles individuales y colectivos de comportamiento crediticio y de otra índole, la realización de estudios y actividades comerciales; **(x)** Crear bases de datos de acuerdo a las características y perfiles de los titulares de Datos Personales; y **(xi)** Envío de información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al IRS o a otras autoridades de Estados Unidos u otros países, en los términos del FATCA o de normas de similar naturaleza de terceros países o de tratados internacionales. Otorgo mi autorización expresa e informada a las Compañías y a las Compañías del Grupo para que Mis Datos Personales sean transferidos, transmitidos y Tratados por Terceras Compañías. Las Compañías Tratantes podrán estar ubicadas en Colombia o en el extranjero, incluso en países que no proporcionen niveles adecuados de protección de datos. **Duración del Tratamiento de Mis Datos Personales:** Las Compañías Tratantes podrán Tratar y conservar Mis Datos Personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación entre las Compañías Tratantes y/o la atención de cualquier queja o reclamo judicial o extrajudicial. **Duración del Tratamiento de Mis Datos Personales:** Las Compañías Tratantes podrán Tratar y conservar Mis Datos Personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación entre las Compañías Tratantes y/o la atención de cualquier queja o reclamo judicial o extrajudicial.

ACEPTO

NO ACEPTO

AUTORIZACIONES

Autorizo a FINANCIERA FINTRA S.A, en adelante FINANCIERA FINTRA S.A, a debitar o cargar la suma que corresponda al valor de la prima del seguro adquirido por mí y proceder a su pago a MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A, en adelante MAPFRE, de acuerdo con las condiciones señaladas en la presente solicitud póliza. El débito o cargo automático autorizado se realizará durante el tiempo y oportunidad estipulados en este documento, siempre que existan en cualquiera de mis cuentas bancarias (ahorros o corriente), recursos disponibles y suficientes, así como cupo en mi tarjeta para atender este pago. Esta autorización permanecerá vigente durante el periodo de vigencia del contrato de seguro y sus renovaciones, las cuales se realizarán de manera automática, salvo manifestación en contrario hecha por escrito en la cláusula prevista inmediatamente anterior a la firma de la presente solicitud póliza. Me comprometo a dar información por escrito del cambio de cualquiera de los productos para la realización del débito automático que mediante la presenta cláusula se autoriza, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su ocurrencia. Autorizo a efectuar la renovación automática del seguro por periodos iguales al inicialmente pactado y tengo conocimiento que MAPFRE, realizará una revisión de la tasa o prima del seguro, de acuerdo con el resultado técnico del contrato de seguro celebrado entre FINANCIERA FINTRA S.A y MAPFRE. Una vez declarado esto, autorizo la actualización del cobro de dicha prima de acuerdo con el plan seleccionado y crédito adquirido. El cliente acepta que FINANCIERA FINTRA S.A sólo actúa como proveedor de su red o aliado comercial, siguiendo exclusivamente las instrucciones otorgadas por MAPFRE. FINANCIERA FINTRA S.A no actúa como asegurador, ni como intermediario de seguros y por ende, no asume ninguna obligación o responsabilidad derivada de tales calidades. Con la firma del presente documento, el cliente declara que conoce todas las condiciones de la póliza, sus anexos, la naturaleza de los amparos, sus costos, formas de pago, condiciones y restricciones comerciales, legales y contractuales y que ha efectuado una labor diligente de revisión de las mismas que lo han conducido a tomar, de forma autónoma, la decisión de adquirir los respectivos seguros. El cliente declara a su exclusivo cargo el valor de las primas, impuestos, comisiones y demás cargos relacionados con la póliza y, los riesgos derivados del no pago, en el evento que no sea posible cargar dichos costos o en caso de no pago de los mismos. El cumplimiento de las prestaciones y obligaciones propias del contrato de seguro será exclusiva responsabilidad de MAPFRE y por tanto FINANCIERA FINTRA S.A no asume frente al asegurado y/o beneficiario ninguna obligación relacionada con la ejecución del contrato de seguro que da origen a esta transacción. Toda diferencia sobre cualquier aspecto del producto de seguro, se resolverá entre el asegurado y MAPFRE, sin responsabilidad alguna por parte de FINANCIERA FINTRA S.A. El asegurado acepta que FINANCIERA FINTRA S.A como beneficiario del seguro hasta el saldo de las obligaciones, recibirá la indemnización y tendrá la facultad de aplicar la misma mes a mes, contra el saldo de las respectivas cuotas en su vencimiento regular, tanto por capital como por intereses.

Declaro que he leído, revisado, atendido las condiciones del seguro, conozco mis deberes, obligaciones y derechos.

Firma Autorizada

Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A.

Firma del Asegurado

No. de Doc. Identidad

Huella Índice
Derecho

INFORMACIÓN COMERCIAL

Nombre del Asesor Comercial:

Codigo de Oficina:

C.C.:

SOLICITUD PÓLIZA
SEGURO DE
VIDA GRUPO DEUDORES



1. AMPAROS

1.1 FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA



Si el asegurado fallece por cualquier causa, la compañía pagará el valor asegurado para este amparo, siempre que la fecha de fallecimiento ocurra durante la vigencia de este amparo.

El pago del valor asegurado para este amparo generará la terminación automática del contrato de seguro.

1.1.1. EXCLUSIONES Y LIMITACIÓN DE COBERTURA BÁSICA

ESTA COBERTURA SE OTORGA SIN EXCLUSIONES

1.1.2 PREEXISTENCIAS PARA PERSONAS CON CRÉDITO VIGENTE A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA GRUPO.

La Compañía asumirá indemnizaciones únicamente en el amparo básico de fallecimiento por cualquier causa si éste es ocasionado por enfermedades preexistentes, aunque hayan sido diagnosticadas con anterioridad al momento en que se inicie la cobertura de cada riesgo, entendiéndose por tal, la fecha de desembolso de cada crédito del asegurado.

Esta condición aplica para personas con edad hasta 74 años y 364 días y valor asegurado máximo de \$25'000.000 en uno o varios créditos.

1.1.3 PREEXISTENCIAS PARA PERSONAS CON CRÉDITO NUEVO A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA GRUPO

La Compañía asumirá indemnizaciones únicamente en el amparo básico de fallecimiento por cualquier causa si éste es ocasionado por enfermedades preexistentes, aunque hayan sido diagnosticadas con anterioridad al momento en que se inicie la cobertura de cada riesgo, entendiéndose por tal, la fecha de desembolso de cada crédito del asegurado.

Esta condición aplica para personas con edad hasta 65 años y 364 días y valor asegurado máximo de \$25'000.000 en uno o varios créditos.

2. AMPAROS ADICIONALES

2.1. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

La COMPAÑÍA pagará al asegurado el valor contratado para esta cobertura, si como consecuencia de una enfermedad o accidente sufrido por el asegurado, siempre y cuando haya sido ocasionada o se manifieste estando dentro de la vigencia de la póliza y le produzca una Incapacidad Total y Permanente, y persista por un período continuo no menor a ciento ochenta (180) días calendario, contados a partir de la fecha en la cual se realiza el diagnóstico que genera la Incapacidad Total y Permanente por primera vez, para el caso de las enfermedades, para los accidentes corresponde a la fecha del accidente que deberán estar dentro de la vigencia de la póliza.

Para efectos de esta cobertura la fecha de siniestro será la fecha de estructuración que figure en el dictamen de calificación de la Incapacidad Total y Permanente. Para los

regímenes exceptuados al Sistema General de Seguridad Social la fecha del siniestro será la fecha de estructuración que figure en el dictamen de calificación de la Incapacidad Total y Permanente salvo que no se determine en el dictamen, caso en el cual y de manera subsidiaria la fecha del siniestro será la fecha de la resolución emitida por la entidad competente del régimen exceptuado

Para la determinación de la Incapacidad Total y Permanente, el asegurado deberá aportar a la COMPAÑÍA copia de su historia clínica completa, y el dictamen de calificación de pérdida de la capacidad laboral que demuestre una pérdida de capacidad laboral igual o superior al cincuenta por ciento (50%), emitida por la EPS, ARL o AFP, conforme a las reglas del manual único para la calificación de la invalidez y las emitidas por las entidades que pertenecen a los regímenes de excepción, conforme a las reglas del manual correspondiente para la calificación de la invalidez.

El pago del valor asegurado para este amparo generará la terminación automática del contrato de seguro.

2.1.1 EXCLUSIONES PARA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- LOS EVENTOS ACCIDENTALES CASUADOS DIRECTAMENTE POR INVASIÓN, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, SEDICIÓN, ASONADA O ACTOS VIOLENTOS MOTIVADOS POR CONMOCIÓN CIVIL O POR APLICACIÓN DE LA LEY MARCIAL, REBELIÓN, INSURRECCIÓN, PODER MILITAR USURPADO, MOTÍN; CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE; EVENTOS OCURRIDOS A CONSECUENCIA DE FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, RADIATIVIDAD O USO DE ARMAS ATOMICAS, BACTERIOLÓGICAS O QUÍMICAS. SALVO LOS EVENTOS ACCIDENTALES CAUSADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR ACTOS DE TERRORISMO.
- LA TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIONES INTENCIONALMENTE CAUSADAS POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- LA COMPETENCIA, PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES DE BUCEO, ALPINISMO, ESCALAMIENTO, EN LOS QUE SE HAGA USO DE SOGAS O GUÍAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, VUELOS EN COMETA, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO.
- LA PRÁCTICA DE CUALQUIER DEPORTE DE MANERA PROFESIONAL.
- PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS.
- CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, ASÍ COMO LOS DERIVADOS DE ACTOS DELICTIVOS.
- ENFERMEDAD MENTAL.
- ENFERMEDADES O LESIONES DIAGNOSTICADAS O TRATADAS CON ANTERIORIDAD A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO, ASÍ COMO LAS DE ORIGEN CONGÉNITO, SIEMPRE Y CUANDO SEAN CONOCIDOS POR EL ASEGURADO AL INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL O A LA

INCLUSIÓN DE LA COBERTURA EN LA PÓLIZA.

- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN EJERCICIO DE FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO, DE SEGURIDAD O VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA Y SEA ESTA LA CAUSA DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE ALUCINÓGENOS Y SEA ESTA LA CAUSA DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER TIPO DE AERONAVE, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AEROLÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS Y SEA ESTA LA CAUSA DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.
- TENTATIVA DE HOMICIDIO, SALVO EL OCURRIDO EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO Y SEA ESTA LA CAUSA DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

3. PERSONAS ASEGURABLES POR AMPARO



Quedarán amparadas bajo el presente contrato de seguros todas las personas que hayan contraído deudas con el Tomador, que sean reportadas por el Tomador y cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos en este documento.

3.1. REQUISITOS DE INFORMACIÓN

Dando cumplimiento al artículo 78 de la ley 1328 de 2009 y su decreto reglamentario 3680 del 25 de septiembre de 2009, por el cual se crea el Registro Único de Seguros, para la emisión de cada Póliza individual del presente Seguro de Vida Grupo, la solicitud de seguro y/o listado de asegurados ya sean nuevos o de continuidad, deberá obligatoriamente contener la siguiente información y deberá ser enviado por el Tomador mensualmente en medio magnético dentro de los primeros 10 días del mes siguiente con el fin de efectuar la emisión del cobro mensual

- Nombres completos
- Tipo de documento
- Número de documento de identificación
- Fecha de nacimiento
- Género
- No. de crédito u obligación.
- Fecha de desembolso del crédito
- Saldo Insoluto de la deuda
- Los porcentajes de extra prima si los hubiere
- Limitaciones de cobertura por proceso de selección de las anteriores
- Aseguradoras si los hubiere.

4. VIGENCIA

La vigencia técnica de la póliza será de doce (12) meses, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia que aparece en la carátula de la póliza.

4.1. DURACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

La duración de la cobertura será igual a la

existencia de la deuda, incluyendo las eventuales prórrogas autorizadas por el Tomador, en operaciones ordinarias y las motivadas en la duración de los procesos judiciales que se inicia para hacer efectivo el pago, en los casos de mora.

La cobertura del seguro iniciará al momento del desembolso de cada crédito, siempre y cuando haya sido expresamente aceptado por la Compañía y estará vigente hasta su cancelación total y sujeta a la terminación de la vigencia de la póliza.

5. EDADES POR COBERTURA



AMPARO	MÍNIMA INGRESO	MÁXIMA INGRESO	PERMANENCIA
Fallecimiento por cualquier causa	18 años	74 años y 364 días.	Ilimitada
Incapacidad Total y permanente	18 años	65 años y 364 días.	69 años y 364 días.

Si al momento de presentarse una pérdida amparada bajo la póliza a la cual se adhiere este documento, se comprobare que la edad real del asegurado afectado por la pérdida es mayor que la declarada a la Compañía, siempre y cuando la edad verdadera no supere la edad máxima de ingreso a la póliza, ésta reconocerá el cien por ciento (100%) de la indemnización.

6. VALOR ASEGURADO

El valor asegurado 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 fallecimiento o estructuración de la Incapacidad Total y Permanente del asegurado. En el evento de mora de las obligaciones incluirá los intereses moratorios.

El Tomador deberá informar mensualmente a la Compañía el saldo insoluto que presente cada uno de los asegurados.

La Compañía pagará sobre el Certificado del saldo insoluto de la deuda expedido por el Tomador a la fecha de ocurrencia del siniestro, siempre y cuando el valor certificado haya sido el reportado a la Compañía por el Tomador para la respectiva facturación. En caso de haber diferencia entre el certificado y la base de datos, se indemnizará según el valor asegurado reportado para la facturación.

7. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD



7.1. PARA NUEVOS ASEGURADOS CON EDAD SUPERIOR A 65 AÑOS Y/O SUMA ASEGURADA SUPERIOR A \$25'000.000

- Requisitos de Información según numeral 3.1 del presente documento
- Solicitud de seguro

La Compañía, podrá solicitar exámenes complementarios y se reserva el derecho de aceptar, limitar coberturas o suma asegurada, extra-primar, aplazar o rechazar el o los riesgos que no cumplan con los parámetros de selección definidos por la Compañía.

8. AVISO DEL SINIESTRO

El Tomador, el Asegurado o los Beneficiarios según el caso, deberán dar aviso a la Compañía, de toda lesión, pérdida o fallecimiento que pueda dar origen a una reclamación comprendida en los términos de esta Póliza, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer los hechos que dan lugar a la reclamación. El asegurado o los beneficiarios deberán hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle el estudio del siniestro.

9. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

La Compañía pagará directamente al beneficiario la indemnización a que está obligada, dentro del mes siguiente a la fecha en que se formalice la reclamación.

10. DOCUMENTOS PARA EL ANALISIS DE LA RECLAMACIÓN

Fallecimiento

- Copia de la cédula
- Registro civil de defunción
- Certificado de defunción las dos hojas si las hay
- Solicitud de seguro si la hay
- Certificación del tomador que indique fecha de desembolso y saldo de la deuda
- SARLAF y Finiquito si hay lugar a pago.

Incapacidad Total y Permanente

- Copia de la cédula
- Copia de la historia clínica completa del asegurado, y el dictamen de calificación de pérdida de la capacidad laboral que demuestre una pérdida de capacidad laboral igual o superior al cincuenta por ciento (50%), emitida por la EPS, ARL O AFP, conforme a las reglas del manual único para la calificación de la invalidez y las emitidas por las entidades que pertenecen a los regímenes de excepción, conforme a las reglas del manual correspondiente para la calificación de la invalidez.
- Certificación del tomador que indique fecha de desembolso y saldo de la deuda
- SARLAF y Finiquito si hay lugar a pago.

Los documentos señalados no constituyen el único medio probatorio para acreditar la ocurrencia del siniestro, pero en todo caso las pruebas presentadas por el asegurado deben ser idóneas y con validez legal para acreditar los hechos que configuran el siniestro.

11. DEDUCCIONES

Una vez pagada la indemnización por el amparo de Incapacidad Total y Permanente, el contrato de seguro queda extinguido en su totalidad.

12. PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

En caso de que la reclamación o los documentos presentados para sustentarla fuesen en alguna forma fraudulentos o, si en apoyo de ella se utilizaren medios o documentos engañosos o dolosos, se perderá todo derecho a indemnización bajo la presente póliza.

13. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus amparos adicionales, termina por las siguientes causas:

- Por el no pago de la prima vencido el plazo establecido en el presente documento.
- A la terminación de la vigencia del seguro, si éste no se renueva.
- Por la voluntad del tomador o asegurado.
- Por mutuo acuerdo de las partes.
- Cuando en el momento de la renovación de la póliza el grupo

asegurado sea inferior a diez (10) personas, salvo que la Compañía lo acepte expresamente.

- Cuando la Compañía indemnice por el amparo básico o el amparo de incapacidad Total y Permanente.
- Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en este documento.
- Cuando la obligación del asegurado con el Tomador se extinga totalmente.

14. RENOVACIÓN DEL CONTRATO

El presente contrato 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.

15. REVOCACIÓN DEL CONTRATO

La presente póliza y sus amparos adicionales podrán ser revocados por el Tomador o Asegurado en cualquier momento, mediante aviso escrito remitido a la Compañía. Se otorga un plazo de sesenta (60) días para la revocación de la misma. El importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

16.CONDICIONES DE ADMINISTRACIÓN

16.1 PERÍODO DE FACTURACIÓN

- Mensual

16.2. PAGO DE LA PRIMA

El tomador del seguro está obligado al pago de la prima y deberá hacerlo a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza o, si fuere el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella.

La mora en el 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. Artículo 1068 del código de Comercio.

EN CASO DE SINIESTRO COMUNÍQUESE A:



NACIONAL: 018000 977 025
BOGOTÁ: 307 7026

Opción 1: Orientación o información
Opción 2: Reporte e información de Siniestros

Defensor del Consumidor Financiero:
manuelg.rueda@gmail.com

