GÓMEZ GONZÁLEZ
ABOGADOS

77

Señores:
JUZGADO PRIMERO CIVIL MUNICIPAL DE ORALIDAD
Cúcuta – Norte de Santander
E.S.D.

PROCESO:	VERBAL
DEMANDANTE:	CARLOS ALBERTO SANTACRUZ LASSO
DEMANDADO:	COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A.
RAD.	2019-00755

ASUNTO: EXCEPCIONES PREVIAS

CAROLINA GÓMEZ GONZÁLEZ, abogada en ejercicio, con domicilio en Pereira, Risaralda, identificada con cédula de ciudadanía 1.088.243.926 expedida en Pereira, Risaralda, con Tarjeta Profesional 189.527 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderada especial de la COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A., en adelante **COLMENA SEGUROS**, en virtud del poder especial otorgado por la Dra. ALMA ROCIO ARIZA FORTICH en su calidad de representante legal de la sociedad demandada, dentro de la oportunidad procesal, me permito proceder a presentar las siguientes EXCEPCIONES PREVIAS, en los siguientes términos:

1. INEPTA DEMANDA

Fundamentamos esta excepción previa, en que de acuerdo con el contenido de la demanda, se observa como no se cumplió por parte del apoderado de la parte demandante con el requisito contenido en el numeral 7 en el art. 82 del CGP del proceso, que consiste en "El juramento estimatorio" encontrando que de acuerdo con lo establecido en el artículo 206 del mismo Código por la naturaleza de las pretensiones este era un requisito indispensable.

> *"ARTÍCULO 100. EXCEPCIONES PREVIAS. Salvo disposición en contrario, el demandado podrá proponer las siguientes excepciones previas dentro del término de traslado de la demanda:*
>
> *(...)"*

Centro Empresarial Uniplex
Cra. 13 No 13-40 Ofi. 308
Tel: (6) 3455477 Cel: 310-4975229
Pereira - Risaralda
carolina.gomez@gomezgonzalezabogados.com.co

*5. **Ineptitud de la demanda por falta de los requisitos formales** o por indebida acumulación de pretensiones.*

"ARTÍCULO 82. REQUISITOS DE LA DEMANDA. Salvo disposición en contrario, la demanda con que se promueva todo proceso deberá reunir los siguientes requisitos:

7. El juramento estimatorio, cuando sea necesario.

(...)"

***"ARTÍCULO 206. JURAMENTO ESTIMATORIO.** Quien pretenda el reconocimiento de una **indemnización, compensación** o el pago de frutos o mejoras, deberá estimarlo razonadamente bajo juramento en la demanda o petición correspondiente, discriminando cada uno de sus conceptos. Dicho juramento hará prueba de su monto mientras su cuantía no sea objetada por la parte contraria dentro del traslado respectivo. Solo se considerará la objeción que especifique razonadamente la inexactitud que se le atribuya a la estimación".*

(...)

Por lo tanto, consideramos que la demanda así presentada debió inadmitirse con el objeto que se subsanara dicho defecto, en los términos de las normas ya transcritas, razón por la cual le solicitamos respetuosamente al señor Juez declarar probada esta excepción.

GÓMEZ GONZÁLEZ
ABOGADOS

NOTIFICACIONES

Estaré presta a recibir comunicaciones en la Secretaría del Juzgado o en Cra. 13 No. 13-40 oficina 308 Centro Empresarial Uniplex, Pereira (Risaralda). Tel. 310-4975229. Correo electrónico: carolina.gomez@gomezgonzalezabogados.com.co.

Atentamente,

CAROLINA GÓMEZ GONZÁLEZ
C.C. 1.088.243.926 de Pereira, Risaralda.
T.P. 189.527 Consejo Superior de la Judicatura.

Colmena Seguros

NIT 800226175-3
Línea Efectiva 018000-3-19067

Bogotá D.C., 29 de Mayo de 2019

Señor
CARLOS ALBERTO SANTACRUZ
Calle 7 N° 2e-96
Barrio Popular
Tel.: 3208968527
Bogotá D.C.
N° Radicado: IMN-2019-30577-147945

ASUNTO:		
RECLAMACION	**N°**	**370429072019**
PRODUCTO	**-**	**VIDA INDIVIDUAL DEUDORES ENTID FINAN**
CERTIFICADO	**N°**	**320314** **628429**
ASEGURADO	**-**	**CARLOS ALBERTO SANTACRUZ LASSO**
CEDULA	**-**	**98345576**
CRÉDITO	**N°**	**0530200057686** **33013469162**
AMPARO AFECTADO	**-**	**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**
FECHA EMISION DEL CERTIFICADO	**-**	**16 DE FEBRERO DE 2017** **12 DE FEBRERO DE 2019**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A. DE COLOMBIA

Respetado señor:

En atención a la reclamación por la posible afectación del amparo y demás datos de la póliza de Vida Individual Deudores, correspondientes al contenido en el asunto, con motivo de los padecimientos *"Trastorno de estrés postraumático, Trastorno de Ansiedad, Disfonía por pólipo Laríngeo e Hipoacusia" según Dictamen de la Junta de Calificación de Invalidez de Norte de Santander,* nos permitimos manifestar lo siguiente:

El 16 de Febrero de 2017 y el 12 de Febrero de 2019 el asegurado Carlos Alberto Santacruz Lasso, diligenció la solicitud de seguro y declaración de asegurabilidad de las Pólizas de Vida Individual Deudores contenidas en los Certificados Individuales N° 320314 y 628429 respectivamente, para ser incluido en las pólizas de vida Individual, con los siguientes amparos:

- Básico de Vida
- Incapacidad Total y Permanente
- Enfermedades Graves
- Beneficio por Hospitalización

Para el caso de los amparos de Incapacidad Total y Permanente, las condiciones generales de la póliza de vida Individual Deudores contemplan las siguientes exclusiones:

> ***"CONDICIÓN CUARTA. EXCLUSIONES PARA TODOS LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA:*** *Cualquiera de los amparos otorgados en la presente póliza no cubren pérdida alguna que sea consecuencia de:*
>
> *"a.* ***La*** *muerte,* ***incapacidad, enfermedad u hospitalización*** *del asegurado originada o derivada por cualquier causa, patología o enfermedad, física o mental, congénita o adquirida,* ***preexistente****, que haya sido diagnosticada, o conocida por el asegurado, o por la cual se haya recibido tratamiento, o que por sus síntomas o signos no pudiese pasar*

desapercibida, ***y no haya sido declarada por el asegurado con anterioridad a la contratación del seguro****. (Negrita fuera de texto original)"*

Conforme a la verificación realizada de los antecedentes de salud por nuestro Departamento Médico, se estableció antecedentes según *Dictamen de la Junta de Calificación de Invalidez de Norte de Santander*, Trastorno de Estrés Postraumático posterior a Emboscada en el año 1998, Trastorno de Ansiedad – Psiquiatría del 11 de Noviembre de 2003, , Disfonía – Cirugía Resección de Masa Laríngea, cuerdas Bucales el 19 de Octubre de 2016 con historia de Disfonía desde el año 2014. Tal información no fue relacionada por el señor Carlos Alberto Santacruz Lasso al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad, (16 de Febrero de 2017 y el 12 de Febrero de 2019 respectivamente).

Así mismo, conforme a la verificación realizada de los documentos aportados con la reclamación respecto al crédito 33013469162, por parte de nuestro Departamento de Indemnizaciones, se estableció según *Dictamen de la Junta de Calificación de Invalidez de Norte de Santander* aportado, que la fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral es el **27 de Enero de 2019**. Sin embargo, la fecha a partir de la cual inicia la cobertura de la póliza de Vida Individual para Deudor que corresponde al momento en el cual se realiza desembolso del crédito otorgado e inicia la cobertura, que para esta póliza en particular fue el **12 de Febrero de 2019**. En virtud de lo anterior, para la fecha del siniestro (fecha en la que se estructuró la invalidez al asegurado) aún no había iniciado la cobertura del contrato de seguro.

Lo anterior significa que nos encontramos ante padecimientos preexistentes que no fueron declarados al momento de ingresar al seguro, y dado que el evento por el cual reclama es consecuencia de los padecimientos no informados, se encuentra expresamente excluido de la cobertura, conforme la anterior descripción.

Además de lo anterior, las enfermedades padecidas por el asegurado y no informadas al momento de diligenciar la declaración de seguro de la Póliza Vida Individual Deudor, no le permitió a esta Compañía de Seguros realizar una evaluación consciente de la realidad del riesgo que se le proponía, que le posibilitara analizar bajo qué condiciones lo asumiría o si se inhibiría de aceptarlo. Este hecho generó que el presente caso se enmarque dentro del supuesto establecido en el artículo 1058 de nuestro estatuto mercantil, precepto jurídico que reza:

> *"ARTÍCULO 1058. <DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y SANCIONES POR INEXACTITUD O RETICENCIA>. El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro"*
>
> *Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.*
>
> *(…) (Subrayado ajeno al texto)*

De conformidad con el artículo precedente, es obligación legal de toda persona que pretende trasladar un riesgo al ente asegurador, declarar sinceramente el estado de dicho riesgo, según cuestionario o declaración de seguro que le sea propuesta por la Compañía de Seguros.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A.

Colmena Seguros
NIT. 800226175-3
Línea Efectiva 018000-3 19067

En ese sentido, de acuerdo a lo mencionado líneas arriba, el asegurado no cumplió con dicha obligación, siendo acreedor de la sanción consagrada en la norma en mención, que no es otra diferente a la nulidad relativa del contrato de seguro, por incurrir en reticencia y/o inexactitud en la información relacionada en la declaración de seguro.

En consecuencia y teniendo en cuenta que por las características del reclamo no es posible afectar ninguno de los amparos de la póliza existente, **Colmena Seguros OBJETA** de manera seria y fundada la reclamación con base en las circunstancias mencionadas y con fundamento en el contrato de seguros respectivo.

Para concluir, Colmena Seguros, le informa que en los anteriores términos, damos respuesta a su derecho de petición de forma congruente, clara, expresa y de fondo, no obstante quedamos atentos a cualquier inquietud sobre el particular.

Cordialmente,

Firma Autorizada.
Gerencia Técnica Seguros de Personas.
Colmena Seguros
MCG

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A. DE COLOMBIA

Colmena Seguros

NIT 800226175-3
Línea Efectiva 018000-9-19x67

Bogotá D.C., 28 de Junio de 2019

Señor
CARLOS ALBERTO SANTACRUZ
Calle 7 N° 2e-96
Barrio Popular
Tel.: 3208968527
Bogotá D.C.
N° Radicado: IMN-2019-30577-147790

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A.

ASUNTO:		
RECLAMACION	**N°**	**34TM3012019**
PRODUCTO	**-**	**COLMENA VIDA SEGURA**
CERTIFICADO	**N°**	**226442**
ASEGURADO	**-**	**CARLOS ALBERTO SANTACRUZ LASSO**
CEDULA	**-**	**98345576**
AMPARO AFECTADO	**-**	**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**
FECHA EMISION DEL CERTIFICADO	**-**	**17 DE AGOSTO de 2017**

Respetado señor:

En atención a la reclamación por la posible afectación del amparo y demás datos de la póliza Colmena Vida Segura, correspondientes al contenido en el asunto, con motivo de los padecimientos *"Trastorno de estrés postraumático, Trastorno de Ansiedad, Disfonía por pólipo Laríngeo e Hipoacusia" según Dictamen de la Junta de Calificación de Invalidez de Norte de Santander,* nos permitimos manifestar lo siguiente:

El 17 de Agosto de 2017 al asegurado Carlos Alberto Santacruz Lasso, realizo declaración de asegurabilidad de la Póliza Colmena Vida Segura contenidas en el Certificado Individual N° 226442, para ser incluido en la póliza Colmena Vida Segura, con los siguientes amparos:

- Básico de Vida
- Incapacidad Total y Permanente
- Enfermedades Graves
- Beneficio por Hospitalización

Para el caso de los amparos de Incapacidad Total y Permanente, las condiciones generales de la póliza Vida Segura contemplan las siguientes exclusiones:

> ***"1.2.1. DEFINICIÓN DE INVALIDEZ***
>
> *Para todos los efectos de este amparo se entiende por invalidez la sufrida por el asegurado menor de (65) años de edad que haya sido ocasionada por accidente o enfermedad y se manifieste estando asegurado bajo el presente amparo, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que le impida a la persona desempeñar en más del cincuenta por ciento (50%) su capacidad laboral o cualquier tipo de trabajo o actividad remunerada, haya sido calificada según Decreto 917/99, Manual Único de Calificación de la invalidez o cualquier norma legal que lo sustituya o modifique, siempre que dicha invalidez haya existido por un periodo continuo no menor de 150 días contados desde la fecha de estructuración de la invalidez y esta*

fecha se encuentre dentro de la vigencia del seguro y no haya sido provocada por el asegurado."

CONDICIÓN SEGUNDA. EXCLUSIONES

2.1. EXCLUSIONES PARA TODOS LOS AMPAROS DE LA POLIZA.

Cualquiera de los amparos otorgados en la presente póliza no cubre evento, patología, o enfermedad alguna que sea consecuencia de, en relación con o cuando:

2.1.1. La muerte, incapacidad, o enfermedad del asegurado, sea originada o derivada por cualquier patología, enfermedad física o mental, congénita o adquirida, o cualquier causa preexistente, que haya sido diagnosticada, o conocida por el asegurado, o por la cual se haya recibido tratamiento, o que por sus síntomas o signos no pudiese pasar desapercibida, y no haya sido declarada por el asegurado con anterioridad a la contratación del seguro y/o de los amparos adicionales.

Conforme a la verificación realizada de los antecedentes de salud por nuestro Departamento Médico, se estableció antecedentes según *Dictamen de la Junta de Calificación de Invalidez de Norte de Santander*, Trastorno de Estrés Postraumático posterior a Emboscada en el año 1998, Trastorno de Ansiedad – Psiquiatría del 11 de Noviembre de 2003, Disfonía – Cirugía Resección de Masa Laríngea, cuerdas Bucales el 19 de Octubre de 2016 con historia de Disfonía desde el año 2014. Tal información no fue relacionada por el señor Carlos Alberto Santacruz Lasso al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad, (17 de Agosto de 2017).

Lo anterior significa que nos encontramos ante padecimientos preexistentes que no fueron declarados al momento de ingresar al seguro, y dado que el evento por el cual reclama es consecuencia de los padecimientos no informados, se encuentra expresamente excluido de la cobertura, conforme la anterior descripción.

Además de lo anterior, las enfermedades padecidas por el asegurado y no informadas al momento de diligenciar la declaración de seguro de la Póliza Colmena Vida Segura, no le permitió a esta Compañía de Seguros realizar una evaluación consciente de la realidad del riesgo que se le proponía, que le posibilitara analizar bajo qué condiciones lo asumiría o si se inhibiría de aceptarlo. Este hecho generó que el presente caso se enmarque dentro del supuesto establecido en el artículo 1058 de nuestro estatuto mercantil, precepto jurídico que reza:

"ARTÍCULO 1058. <DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y SANCIONES POR INEXACTITUD O RETICENCIA>. El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro"

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

(...) (Subrayado ajeno al texto)

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A.

Colmena Seguros

NIT 800226175-3
Línea Efectiva 018000 9 10667

De conformidad con el artículo precedente, es obligación legal de toda persona que pretende trasladar un riesgo al ente asegurador, declarar sinceramente el estado de dicho riesgo, según cuestionario o declaración de seguro que le sea propuesta por la Compañía de Seguros.

En ese sentido, de acuerdo a lo mencionado líneas arriba, el asegurado no cumplió con dicha obligación, siendo acreedor de la sanción consagrada en la norma en mención, que no es otra diferente a la nulidad relativa del contrato de seguro, por incurrir en reticencia y/o inexactitud en la información relacionada en la declaración de seguro.

En consecuencia y teniendo en cuenta que por las características del reclamo no es posible afectar ninguno de los amparos de la póliza existente, **Colmena Seguros OBJETA** de manera seria y fundada la reclamación con base en las circunstancias mencionadas y con fundamento en el contrato de seguros respectivo.

Cordialmente,

Firma Autorizada.
Gerencia Técnica Seguros de Personas.
Colmena Seguros
MCG

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A. DE COLOMBIA

COLMENA SEGUROS S.A. en adelante **LA COMPAÑÍA**, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por el Tomador y a las declaraciones de asegurabilidad de los Asegurados, las cuales se incorporan al presente contrato para todos sus efectos, otorga el siguiente seguro de vida grupo, sujeto a las condiciones que se describen a continuación:

Forman parte de este contrato, los anexos, las declaraciones de asegurabilidad de los Asegurados, los certificados médicos, los parámetros técnicos fijados por la Superintendencia Financiera de Colombia y cualquier otro documento escrito y aceptado por las Partes, que guarde relación con el presente contrato de seguro.

CONDICIONES GENERALES

CONDICIÓN PRIMERA. AMPAROS

[illegible]

MEDIANTE ESTE AMPARO **LA COMPAÑÍA** PAGARÁ AL BENEFICIARIO, LA SUMA ASEGURADA ESTABLECIDA EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, SEGUN EL PLAN ESCOGIDO, UNA VEZ COMPROBADO LEGALMENTE EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, POR CUALQUIER CAUSA NATURAL NO PREEXISTENTE O ACCIDENTAL O PREEXISTENTE DECLARADA Y ACEPTADA POR **LA COMPAÑÍA**.

PARA EFECTOS DE DETERMINAR LA COBERTURA DEL AMPARO BÁSICO SE ENTENDERÁ QUE LA FECHA DE LA MUERTE CONSTITUYE LA REALIZACIÓN DEL RIESGO, ES DECIR LA FECHA DEL SINIESTRO. SI LA MUERTE DEL ASEGURADO SE DECLARA EN VIRTUD DE SU DESAPARECIMIENTO, LA FECHA DEL SINIESTRO CORRESPONDERÁ A LA FECHA DE MUERTE PRESUNTA ESTABLECIDA EN LA SENTENCIA.

ESTA COBERTURA INICIA A PARTIR DEL DÍA NOVENTA Y UNO (91) CONTADO DESDE EL INICIO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO PARA CADA UNO DE LOS ASEGURADOS, SI LA MUERTE DEL ASEGURADO OCURRE COMO CONSECUENCIA DE SUICIDIO, HOMICIDIO O SIDA. DICHO LAPSO SE ENTIENDE EL PERIODO DE CARENCIA PARA LA COBERTURA.

[illegible] Cuando expresamente se indiquen en el certificado individual de seguro, de conformidad con los alcances y limitaciones señalados en las correspondientes condiciones, se podrán otorgar los siguientes amparos adicionales:

[illegible] EL PRESENTE AMPARO CUBRE AL ASEGURADO EN CASO DE MUERTE A CAUSA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y EN LOS TERMINOS DEL PRESENTE SEGURO, SIEMPRE Y CUANDO LA MUERTE OCURRA DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A DICHO ACCIDENTE.

EN TAL CASO, **LA COMPAÑÍA** PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS, UNA SUMA ADICIONAL IGUAL A LA PACTADA PARA EL AMPARO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA, ESTABLECIDA EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO SEGUN EL PLAN ESCOGIDO.

[illegible] Para los efectos de este amparo, se entiende por accidente todo suceso imprevisto, fortuito, externo, violento, visible o interno, repentino e independiente de la voluntad del Asegurado, ocurrido durante la vigencia de la póliza, que produzca en la integridad física del mismo, lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas visibles, o lesiones internas medicamente comprobadas, que desencadenen su muerte, ya sea de forma inmediata o posteriormente.

Para los efectos de este amparo, el homicidio (salvo el homicidio culposo) y el suicidio sea en estado de cordura o de demencia, no se consideran muerte accidental.

[illegible] TOTAL Y PERMANENTE: MEDIANTE ESTE AMPARO ADICIONAL **LA COMPAÑÍA** PAGARÁ AL ASEGURADO LA SUMA ASEGURADA ESTABLECIDA EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, SI COMO CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O UN ACCIDENTE, SE PRODUCE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO, TAL COMO SE DEFINE A CONTINUACIÓN:

PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO, SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO MENOR DE 65 AÑOS, LA INCAPACIDAD ESTRUCTURADA DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO Y CALIFICADA MÉDICAMENTE CON UN GRADO DE INVALIDEZ IGUAL O SUPERIOR AL CINCUENTA POR CIENTO (50%) POR LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, O POR LAS ENTIDADES COMPETENTES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL (EPS, ARL, AFP), CON BASE EN EL MANUAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE AL MOMENTO DE LA RECLAMACIÓN.

PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO ASEGURADO, SON CONDICIONES CONCURRENTES E INDISPENSABLES PARA QUE OPERE ESTE AMPARO LAS SIGUIENTES:

A. QUE EL PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL SEA CALIFICADO IGUAL O SUPERIOR AL 50%.

B. QUE LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INVALIDEZ CONTENIDA EN EL DICTAMÉN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, SE ENCUENTRE DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO.

DE CONFORMIDAD CON LO ANTERIOR, LAS PERSONAS QUE HACEN PARTE DE REGÍMENES ESPECIALES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL, TAMBIEN DEBERÁN ACREDITAR QUE SU INCAPACIDAD CUMPLE CON LAS CONDICIONES MENCIONADAS ANTERIORMENTE.

CON EL FIN DE DETERMINAR LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE ENTENDERÁ QUE LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CONSTITUYE LA REALIZACIÓN DEL RIESGO, ES DECIR LA FECHA DEL SINIESTRO.

[illegible] LA INDEMNIZACIÓN POR EL AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE NO ES ACUMULABLE CON EL AMPARO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA, Y POR LO TANTO, UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR DICHA INCAPACIDAD, **LA COMPAÑÍA** QUEDARÁ LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD EN LO QUE SE REFIERE AL SEGURO DE VIDA DEL ASEGURADO.

[illegible] ADICIONAL POR INCAPACIDAD [illegible] PERMANENTE ACCIDENTAL. MEDIANTE EL PRESENTE AMPARO **LA COMPAÑÍA** PAGARÁ AL ASEGURADO UNA SUMA ADICIONAL IGUAL A LA PACTADA PARA EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, ESTABLECIDA EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE QUE OCURRA EN VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SE PRODUCE LA INCAPACIDAD TOTAL Y

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA · CIERA · Colmena Seguros S.A.

PERMANENTE DEL ASEGURADO, TAL COMO SE DEFINE EN LA CONDICIÓN 1.2.2. DEL PRESENTE SEGURO.

DEFINICIÓN DE ACCIDENTE: Para los efectos de este amparo, se entiende por accidente todo suceso imprevisto, fortuito, externo, violento, visible o interno, repentino e independiente de la voluntad del Asegurado, ocurrido durante la vigencia de la póliza, que produzca en la integridad física del mismo, lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas visibles, o lesiones internas medicamente comprobadas, que desencadenen su muerte, ya sea de forma inmediata o posteriormente.

LÍMITE DEL AMPARO: LA SUMA ASEGURADA RECONOCIDA POR EL AMPARO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE ACCIDENTAL NO ES ACUMULABLE CON EL AMPARO ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL, Y POR LO TANTO, UNA VEZ PAGADA LA SUMA ASEGURADA POR EL AMPARO DE INCAPACIDAD ACCIDENTAL, **LA COMPAÑÍA** QUEDARÁ LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD EN LO QUE SE REFIERE AL SEGURO DE VIDA DEL ASEGURADO.

1.3. ANEXOS OPCIONALES DE ASISTENCIA

Cuando expresamente se indiquen en el certificado individual de seguro, de conformidad con los alcances y limitaciones señalados en las correspondientes condiciones, se podrán otorgar los siguientes anexos opcionales:

- EMERGENCIA ODONTOLÓGICA

CONDICIÓN SEGUNDA. EXCLUSIONES

2.1. EXCLUSIONES PARA TODOS LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA

CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO CUBRE EVENTO, PATOLOGÍA, O ENFERMEDAD ALGUNA QUE SEA CONSECUENCIA DE, EN RELACIÓN CON O CUANDO:

2.1.1. LA MUERTE, INCAPACIDAD, O ENFERMEDAD DEL ASEGURADO, SEA ORIGINADA O DERIVADA POR CUALQUIER PATOLOGÍA, ENFERMEDAD FÍSICA O MENTAL, CONGÉNITA O ADQUIRIDA, O CUALQUIER CAUSA PREEXISTENTE, QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA, O CONOCIDA POR EL ASEGURADO, O POR LA CUAL SE HAYA RECIBIDO TRATAMIENTO, O QUE POR SUS SÍNTOMAS O SIGNOS NO PUDIESE PASAR DESAPERCIBIDA, Y NO HAYA SIDO DECLARADA POR EL ASEGURADO CON ANTERIORIDAD A LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO Y/O DE LOS AMPAROS ADICIONALES.

2.1.2. LA MUERTE, INCAPACIDAD O ENFERMEDAD DEL ASEGURADO, CAUSADA U ORIGINADA CON OCASIÓN O EN EL EJERCICIO DE ACTIVIDADES ILÍCITAS.

2.1.3. GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, MOTÍN HUELGA, MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS, O EN GENERAL CONMOCIONES CIVILES DE CUALQUIER CLASE Y ACTOS TERRORISTAS.

2.2. EXCLUSIONES PARA LOS AMPAROS ADICIONALES

EN RELACIÓN CON LOS AMPAROS ADICIONALES QUE SE OTORGUEN, LA PRESENTE PÓLIZA NO CUBRE EVENTO, QUE SEA A CONSECUENCIA DE, EN RELACIÓN CON O CUANDO:

2.2.1. TENTATIVA DE HOMICIDIO, SUICIDIO (VOLUNTARIO O INVOLUNTARIO), INTENTO DE SUICIDIO O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA A SI MISMO POR EL ASEGURADO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.

2.2.2. LESIONES O MUERTE CAUSADAS INTENCIONALMENTE POR OTRA PERSONA CON ARMA DE FUEGO, CORTO PUNZANTE O CONTUNDENTE. ESTA EXCLUSIÓN NO APLICA PARA EL AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

2.2.3. ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE CUALQUIER CLASE DE PARTICIPACIÓN EN AVIACIÓN, SALVO QUE VUELE COMO PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.

2.2.4. LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR VIOLACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO DE CUALQUIER NORMA LEGAL DE CARÁCTER PENAL O DE TRÁNSITO.

2.2.5. ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DROGAS TÓXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS Y SIEMPRE QUE DICHA CIRCUNSTANCIA SEA LA CONSECUENCIA DIRECTA DE LA REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO.

2.2.6. PRÁCTICA Y/O PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO A NIVEL PROFESIONAL EN COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO TALES COMO PERO SIN LIMITARSE A ELLAS: AUTOCROSS, CICLISMO, EQUITACIÓN, AUTOMOVILISMO, BOXEO, BUZO, KARTING, MOTOCROSS, MOTOCICLISMO, MOTONÁUTICA, PARACAIDISMO, PARAPENTISMO, COMETA, BUNGEE JUMPING, PLANEADOR, VUELO DELTA.

2.2.7. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN CUALQUIER CLASE DE RIÑA.

2.2.8. MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE SIRVIENDO EN LABORES MILITARES EN LAS FUERZAS ARMADAS O DE POLICÍA DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD INTERNACIONAL, O DE SEGURIDAD O VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA SALVO QUE SE TRATE DE VIGILANTES NO ARMADOS.

CONDICIÓN TERCERA. PAGO DE LA PRIMA: El pago de prima o de la primera cuota en caso de fraccionamiento para su pago, es condición indispensable para la iniciación de la vigencia del seguro respecto de cada Asegurado. Por tal motivo esta es una obligación a cargo de cada uno de los miembros del grupo asegurado.

El asegurado deberá autorizar al momento de la contratación del seguro, el descuento para que el Tomador pueda trasladar el pago de la prima a **LA COMPAÑÍA,** conforme a la periodicidad de pago de la misma.

3.1. CÁLCULO DE LA PRIMA: La prima para cada vigencia del seguro respecto de cada Asegurado, será el resultado de aplicar las tasas calculadas por **LA COMPAÑÍA,** a la suma asegurada de acuerdo con el plan escogido por el Asegurado.

3.2. PERIODICIDAD DEL PAGO PRIMA: La prima del presente seguro se podrá pagar, mensual, trimestral, semestral o anual.

3.3. FORMA DE PAGO DE LA PRIMA: El pago de la presente póliza se podrá realizar como un pago único, o fraccionado durante la vigencia de la misma, a través de los siguientes medios:

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
CIERA Colmena Seguros S.A.

Colmena Seguros

a. Por descuento que el Tomador del seguro realice de cualquiera de los productos financieros que tenga con el Asegurado, previa autorización de este.
b. Cualquier otro medio autorizado por **LA COMPAÑÍA.**

3.4. PLAZO PARA EL PAGO DE LA PRIMA. El Asegurado deberá efectuar el pago de la prima dentro del mes siguiente a la fecha del inicio de las renovaciones del seguro.

Durante el plazo estipulado se considerará el seguro en vigor y por consiguiente, si ocurre algún siniestro, **LA COMPAÑÍA** tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente.

CONDICION CUARTA - REVOCACIÓN DEL SEGURO Y REINTEGRO DEL VALOR DE LA PRIMA NO DEVENGADA

La póliza podrá ser revocada en cualquier momento por el Tomador o cualquiera de los Asegurados, mediante aviso escrito a **LA COMPAÑÍA.**

Tratándose de coberturas diferentes a muerte por cualquier causa, **LA COMPAÑÍA** podrá revocarlas mediante aviso escrito enviado a la última dirección conocida del Asegurado, con no menos de diez (10) días de antelación, contados a partir de la fecha de envío.

El pago de primas con posterioridad a la revocación no restablece las coberturas otorgadas en la póliza

En caso de que el Asegurado revoque la presente póliza, tendrá derecho al reintegro de la prima no devengada, es decir, el valor correspondiente al periodo en el que **LA COMPAÑÍA** no asumió el riesgo que le fue trasladado.

CONDICIÓN QUINTA. SUMA ASEGURADA PARA CADA ASEGURADO: Corresponde al valor expresado en pesos indicado en el certificado individual de seguro de acuerdo al plan escogido por el Asegurado.

5.1 SUMA MAXIMA ASEGURADA POR CADA ASEGURADO. Cualquiera de los miembros del grupo asegurado, podrá tener como máxima suma asegurada en varios certificados individuales de seguro de la presente póliza, hasta trescientos millones de pesos.

En caso de comprobarse que el Asegurado tiene vigentes certificados individuales de este seguro cuya sumatoria supere la suma máxima asegurada por asegurado, se entenderán terminados los certificados que superen la mencionada cuantía a partir de la fecha de iniciación de su vigencia. **LA COMPAÑÍA** devolverá las primas a que haya lugar.

CONDICION SEXTA - VIGENCIA DE LA POLIZA: Esta póliza es temporal y estará vigente respecto del Tomador por el término de un año contado a partir de la fecha de inicio de vigencia indicado en la carátula de la póliza, y será renovable automáticamente por el mismo período inicial salvo se revoque o termine antes.

Si el Tomador o **LA COMPAÑÍA,** con una anticipación no menor de un mes a la fecha del vencimiento de la póliza, no manifiesta lo contrario, el contrato se entenderá renovado automáticamente.

6.1 INICIO Y DURACIÓN DE LA VIGENCIA DEL SEGURO PARA CADA UNO DE LOS ASEGURADOS. Sin perjuicio de los periodos de carencia establecidos para las coberturas de esta póliza, los amparos respecto de cada persona miembro del grupo asegurado, solo entran en vigencia a partir del pago de la prima, o de la primera cuota en caso de fraccionamiento. Esta fecha estará indicada en el certificado individual de seguro emitido para cada asegurado.

La duración de la vigencia del seguro respecto de cada persona miembro del grupo asegurado dependerá de la periodicidad de pago de la prima, conforme se establece en la condición 3.2 de la presente póliza, y será renovable automáticamente por el mismo período inicial salvo se revoque o termine antes.

Si el Asegurado o **LA COMPAÑÍA**, con una anticipación no menor de un mes a la fecha del vencimiento de la póliza, no manifiestan su deseo de no continuar con el seguro, el contrato se entenderá renovado automáticamente. Cuando la vigencia del certificado individual de seguro sea de un mes, este plazo será de 10 días calendario.

CONDICION SÉPTIMA - EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

	Ingreso	Permanencia
Muerte por cualquier causa	18 - 60 años	Hasta 65 años
Incapacidad Total Permanente	18 - 55 años	Hasta 60 años
Indemnización Adicional por Muerte o Incapacidad Total Permanente	18 - 55 años	Hasta 60 años

NOTA: Las personas mayores de 55 años, ingresan al seguro únicamente con el amparo básico de muerte por cualquier causa.

CONDICION OCTAVA - TERMINACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DE SEGURO

La cobertura del presente seguro, respecto de cualquiera de las personas miembros del grupo asegurado, terminará por las siguientes causas:

a) Por la falta de pago de la prima, vencido el plazo otorgado para tal fin en la condición 3.4. del presente seguro.
b) Al vencimiento del término de la vigencia de la póliza, si ésta no se renueva por decisión de alguna de las siguientes partes: Tomador, Asegurado o **LA COMPAÑÍA.**
c) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza.
d) Cuando el Asegurado revoque por escrito la póliza.
e) Cuando el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia estipulada para cada uno de los amparos de la presente póliza.
f) Cuando al momento de la renovación de la póliza, el grupo asegurado sea inferior a diez (10) personas.
g) Cuando el Asegurado deje de pertenecer al grupo asegurado, es decir, deje de ser cliente del Banco Caja Social.
h) Por la realización del riesgo asegurado en el amparo básico de muerte por cualquier causa o de incapacidad total y permanente.
i) Cuando **LA COMPAÑÍA** revoque por escrito cualquiera de los amparos adicionales de la póliza.

CONDICION NOVENA - CONVERTIBILIDAD

Los asegurados cuya edad sea igual o menor a 65 años que hayan contratado el amparo de muerte por cualquier causa, y que revoquen su seguro o se separen del grupo asegurado después de permanecer en él por lo menos un año continuo, tendrán el derecho a ser asegurados sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo la presente póliza, en el amparo de muerte por cualquier causa, sin amparos adicionales, en cualquiera de los planes de seguro individual de los que estén autorizados a **LA COMPAÑÍA**, siempre y cuando lo soliciten dentro de los treinta (30) días comunes siguientes contados a partir de su retiro del grupo.

El seguro individualmente considerado se emitirá en las mismas condiciones del plan anterior, para el amparo básico de muerte por

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
Colmena Seguros S.A. CIERA

cualquier causa y conforme a la tarifa aplicable al género, la edad alcanzada y ocupación del Asegurado en la fecha de la solicitud.

Si el asegurado fallece dentro del plazo para solicitar la póliza individual, conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que ella se hubiere expedido por **LA COMPAÑÍA** (medie o no solicitud de seguro o pago de prima) sus beneficiarios tendrán derecho a la prestación aseguraba bajo el amparo de muerte por cualquier causa, caso en el cual se deducirá de la indemnización el valor de la prima correspondiente.

CONDICIÓN DÉCIMA. LEGISLACIÓN APLICABLE: Para todos los efectos relacionados con el presente contrato de seguro, y en relación con los aspectos legales no previstos explícitamente, se aplicarán las disposiciones del Código de Comercio y demás normas concordantes, o que lo complementen o reemplacen, siempre que las mismas correspondan a normas de la República de Colombia.

Sin limitarse a ellas, ante las siguientes circunstancias, causas o hechos que se presenten antes, durante o con posterioridad a la celebración del presente contrato, serán aplicables las disposiciones normativas que se mencionan a continuación:

Circunstancia, Causa o Hecho	Norma
Reticencia o Inexactitud del Asegurado	Artículo 1058 del Código de Comercio
Inexactitud del Asegurado respecto de su edad	Artículo 1161 del Código de Comercio
Irreductibilidad del Valor Asegurado	Artículo 1160 del Código de Comercio
Plazo para el Pago de la Prima	Artículo 1066 del Código de Comercio
Terminación del Contrato de Seguro por Mora er el pago de la Prima	Artículos 1068 y 1152 del Código de Comercio
Pago Fraccionado de la Prima	Artículo 1069 del Código de Comercio
Aviso del siniestro	Artículo 1075 del Código de Comercio
Carga de la prueba de la ocurrencia del siniestro y/o Circunstancias excluyentes de la obligación de pago del mismo.	Artículo 1077 del Código de Comercio
Pérdida del derecho al pago de la suma asegurada	Artículo 1078 del Código de Comercio
Responsabilidad del Asegurador	Artículo 1079 del Código de Comercio
Plazo para el pago de la suma asegurada	Artículo 1080 del Código de Comercio
Prescripción de las Acciones que se derivan del Contrato de Seguro	Artículo 1081 del Código de Comercio
Régimen de Beneficiarios del Seguro	Artículos 1141, 1142, 1143, 1146, 1148, 1149, 1150 del Código de Comercio.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA. DOCUMENTOS SUGERIDOS PARA EL TRÁMITE DE UNA RECLAMACIÓN: De conformidad con lo señalado por el artículo 1077 del Código de Comercio, al Asegurado o Beneficiario le corresponderá demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida. Sin embargo, se sugiere que en caso de presentarse un siniestro que afecte alguna de las coberturas otorgadas en la póliza, sean allegados los siguientes documentos según apliquen, sin que se constituyan como los únicos medios de prueba para comprobar el derecho al pago de la suma asegurada:

DOCUMENTOS EN CASO DE	A	B
Comunicación en la que se informe a la Compañía la ocurrencia del siniestro, junto con los datos de contacto de quien reclama.	•	•
Certificado individual del seguro y Designación de Beneficiarios	•	•
Copia Cédula de ciudadanía del asegurado y los beneficiarios	•	•
Registro Civil de Defunción	•	
Si la muerte es natural: Historia clínica completa, donde conste la causa y fecha de diagnóstico que generó la muerte del Asegurado.	•	
Si la muerte es Accidental o por Homicidio o Suicidio: Se deben adjuntar los documentos legales idóneos que determinen que la persona fallecida fue plenamente identificada, y las circunstancias de tiempo, modo y lugar como ocurrieron los hechos. (Acta de Levantamiento del cadáver, Copia de la Necropsia o el Informe de la Autoridad Competente)	•	
Historia clínica completa del asegurado	•	•
Dictamen de pérdida de la capacidad laboral en firme, emitido por una junta de calificación de invalidez, regional o nacional, o por las entidades competentes del sistema de seguridad social (EPS, ARL AFP).		•
Los demás documentos que la Compañía considere necesarios.	•	•

A. Muerte por cualquier causa e Indemnización Adicional por Muerte Accidental.
B. Incapacidad Total y Permanente e Indemnización Adicional por Incapacidad Total y Permanente Accidental.

Colmena Seguros a través de la página web: www.colmenaseguros.com, facilita la información necesaria respecto de los trámites y plazos relacionados con la atención de reclamaciones derivadas del presente contrato de seguro, b en sea con ocasión a la afectación del amparo básico, amparos adicionales, o los anexos opcionales de asistencias.

Para mayor información comuníquese con nuestra Línea Efectiva de Colmena Seguros en: Bogotá 4010447- Medellín 4441246- Cali 4036400- Barranquilla 3537559- ó a nivel nacional al: 018000919667.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA. DOMICILIO NOTIFICACIONES Y TERRITORIALIDAD: Para todos los efectos relacionados con el presente contrato de seguro, se fija como domicilio del Asegurado la ciudad y dirección indicadas en el certificado individual de seguro.

Las notificaciones que deban hacerse las partes para los efectos de la presente póliza, respecto de **LA COMPAÑÍA** se podrán realizar a través de los canales dispuestos por esta para la atención del consumidor financiero, y para este último consignarse por escrito y será prueba suficiente de las mismas, la constancia del envío de la comunicación por correo certificado dirigido a la última dirección por ellas registrada.

La presente póliza otorga cobertura a nivel nacional. Sin embargo, si el riesgo asegurado ocurre fuera del territorio nacional, tendrá cobertura siempre que asegurado esté domiciliado en el territorio colombiano.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA F DE COLOMBIA
IEGA Colmena Seguros S.A.

TRANSCRIPCIÓN DE LA VENTA AL SEÑOR CARLOS ALBERTO SANTACRUZ LAZO

Por: 1559 – ANDRES DEVIA Fecha: 17 –AGOSTO– 2017 Hora: 09:32 AM.

Cliente: alo buenas tardes

Asesor: alo muy buenos días por favor el señor Carlos Alberto Santacruz Lazo

Cliente: si señor

Asesor: muy buenos días señor Santacruz habla con Andrés Devía asesor del banco caja social en alianza con colmena seguros como se encuentra usted en la mañana de hoy como le va

Cliente: bien si señor cuénteme

Asesor: bueno señor Santacruz pues el motivo de mi llamada en la mañana de hoy primero que nada es agradecerle por elegirnos como su entidad bancaria y en la misma manera hacer le entrega de los excelentes beneficios que se lean sido otorgados por ser cliente preferencial de nuestra oficina en la avenida cero para poder indicarle de que se trata el beneficio permítame realizarle tan solo tres sencillas preguntas el señor Santacruz se encuentra entre los 18 y 55 años de edad

Cliente: si señor

Asesor: actualmente señor Santacruz a que se dedica o en que trabaja

Cliente: comercio

Asesor: comercio que tipo de comercio de ropa, calzado, víveres

Cliente: ropa y calzado

Asesor: y el señor Santacruz goza un excelente estado de salud le han diagnosticado alguna enfermedad

Cliente: no bien bien salud

Asesor: bien de salud permítame indicarle señor Santacruz que el banco caja social y colmena seguros pues tiene un excelente beneficio para usted en el cual estamos buscando garantizar tanto su tranquilidad como el de las personas más importantes en su vida teniendo en cuenta que si en su vida se llegara a presentar alguna enfermedad o algún accidente que lastimosamente cambie su calidad de vida como la trae hasta el día de hoy verdad entonces nuestra compañía le informa que si usted llegara a enfermar y esa enfermedad pues a usted lo incapacita total y permanente o Dios no lo quiera usted llegue a fallecer por cualquier tipo de

causa con nuestra compañía le entregaría a usted o a su familia un respaldo económico de 30.000.000 pesos pero por el contrario si la incapacidad es total y permanente o el fallecimiento se llega a dar causa de cualquier tipo de accidente ya sea un accidente de tránsito o en su lugar de trabajo o hasta usted haciendo una mala fuerza pues el respaldo económico va ser del doble es decir que ya serán de 60.000.000 pesos adicional a ello señor Santacruz la compañía le otorga una asistencia odontológica en caso de emergencias momento en que usted llegue a necesitar una calza, un tratamiento con ducto o cualquier otro tipo de emergencia dental pues ya comunicándose a la línea que le vamos a brindar allí le indicaran donde se podrá presentar y con su cedula será atendido totalmente gratis, también la compañía le otorga una asistencia exequial que en caso de su fallecimiento ante la compañía le pagara el 100% de los gastos fúnebres con el fin de que su familia pueda llevar un (No se entiende) en paz permítame indicarle señor Santacruz que la única inversión o el único aporte que usted realizara a la protección de vida suya y la de su familia es una inversión mínima de tan solo 717 pesos diarios que equivalen 21.500 pesos mensuales este será un valor fijo y estable que nunca le va a incrementar pasen los días o los años o el tiempo que usted desea tomar el beneficio siempre serán estos únicos 21.500 pesos y la compañía le entrega cinco cupos disponibles para que usted pueda vincular y proteger la vida de sus seres más amados y en caso de su fallecimiento entre estas cinco personas van a recibir el respaldo de la indemnización con el fin de que puedan continuar con un mejor futuro y una mejor calidad de vida señor Santacruz hoy en día que personas son importantes para usted que desearía vincular como sus beneficiarios

Cliente: mi esposa y mi niño no más y papá y mamá

Asesor: o sea su esposa y su hijo y nadie mas

Cliente: si señor

Asesor: de acuerdo entonces en este caso me confirma el nombre completo de su esposa

Cliente: umm espere un momentico espere que estoy con ella para preguntarle a ver si, porque tiene un seguro activo

Asesor: si señor

Cliente: (No se entiende)

Asesor: alo si señor

Cliente: pere pere viejo

Asesor: si señor

Cliente: espere que esta ocupada ya no puedo preguntarle listo

Asesor: alo señor Santacruz

Cliente: si dígame bueno los (No se entiende bien) cuantas personas cubre

Asesor: entonces como tal en ese momento vamos a solicitar únicamente a las a los beneficiarios es decir únicamente con nombre completos no vamos a necesitar números de cedula ni ningún tipo de ese documento de acuerdo únicamente el nombre completo de acuerdo

Cliente: y yo que le iba a decir y en mi cuenta va

Asesor: señor

Cliente: a las cinco personas que dice que tal es

Asesor: ah bueno entonces las cinco personas que usted vincula señor Santacruz son las personas en caso de que usted llegue a fallecer pues van a recibir el respaldo de la indemnización es decir que en caso de que Dios no lo quiera usted fallezca entonces a su esposa o a su hijo se le van a dar 30.000.000 o 60.000.000 millones de pesos de acuerdo

Cliente: si señor espere tantico

Asesor: si señor

Cliente: alo

Asesor: alo si señor

Cliente: venga yo no lo puedo hacer por medio de una oficina (No se le entiende)

Asesor: ah bueno en este caso señor Santacruz como el beneficio únicamente se otorga vía telefónica debido a que yo me encuentro en la principal del banco caja social de igual manera el procedimiento no lo vamos a demorar más de 5 6 minutos y lo únicamente como le

Cliente: por eso en la cede donde es

Asesor: y pues entonces que solicitamos son los nombre completos entonces como sería el nombre completo de su señora esposa

Cliente: pero diga por donde puedo pasar

Asesor: ah

Cliente: a donde paso por la cero

Asesor: ah de acuerdo en este caso únicamente es vía telefónica señor Santacruz de acuerdo porque estamos manejando son bases de datos del banco caja social entonces nosotros tenemos acá en nuestro sistema la base de los clientes preferenciales y toda la vinculación se hace aquí telefónica de acuerdo

Cliente: (No se entiende)

Asesor: señor

Cliente: si eh

Asesor: entonces me indica el nombre completo de su señora esposa por favor

Cliente: Carmen Mildred Liscano Rojas

Asesor: Carmen Inés

Cliente: Mildred Mildred

Asesor: Mildred si señor los apellidos de ella

Cliente: Liscano Rojas

Asesor: Cano Flores

Cliente: Liscano Liscano Rojas

Asesor: ah Liscano Rojas Liscano Rojas, y el nombre completo de su hijo

Cliente: Carlos Mauricio

Asesor: Carlos Mauricio Santacruz

Cliente: Liscano

Asesor: Liscano entonces estas dos personas van a recibir el respaldo de la indemnización desea que al momento de su fallecimiento la repartición del 100% se realice por partes iguales del 50 y 50 o desea darle un porcentaje mayor alguno de ellos dos

Cliente: no 50 50

Asesor: de acuerdo a usted se le enviara la certificado de la póliza desea que se lo enviemos a un correo electrónico o a su lugar de residencia

Cliente: lugar de residencia

Asesor: me confirma la dirección

Cliente: ese pago me lo descuentan de donde

Asesor: del de la cuenta de ahorros se realiza un debito mensual de los 21.500 pesos de acuerdo

Cliente: bueno si señor

Asesor: me confirma la dirección por favor señor Santacruz

Cliente: calle 17

Asesor: si señor

Cliente: 1-13A- 89

Asesor: en que barrio

Cliente: condominio los ciruelos

Asesor: Condominio los

Cliente: los ciruelos

Asesor: ciruelos tiene alguna casa numero de casa, casa uno, apartamento uno

Cliente: casa D3

Asesor: casa D3

Cliente: D3

Asesor: D de dedo 3

Cliente: si

Asesor: alguna torre o únicamente son casas

Cliente: no casas

Asesor: casas correcto, eh me confirma entonces su fecha de nacimiento

Cliente: 05, 05,71

Asesor: 05, 05 del 71 es decir que usted a la fecha usted cumplió 46 años correcto

Cliente: si señor

Asesor: actualmente practica algún deporte extremo o peligroso

Cliente: no venga como coloco la dirección usted

Asesor: entonces la dirección es la siguiente se la confirmo calle 17 número 13 a 89 condominio los ciruelos casa d de dedo 3

Cliente: espere que le confirmo bien la dirección

Asesor: si señor

Cliente: es 3 a no 13

Asesor: ha es 3 a casa 3 a

Cliente: si

Asesor: entonces le confirmo nuevamente calle 17 número 13 a 89

Cliente: 3

Asesor: a 3

Cliente: calle 7

Asesor: si

Cliente: numero 3 a

Asesor: 3 a si señor condominio 3 a 89 condominio los ciruelos casa d de dedo 3

Cliente: si señor

Asesor: por su seguridad señor santa cruz permítame indicarle que la llamada está siendo totalmente grabada y monitoreada para garantizar la total transparencia calidad y confidencialidad de mi gestión y la explicación de las condiciones del seguro de vida realizadas antes de su compra con el fin de confirmar su aceptación y consentimiento para el débito de pago de la póliza le confirmo que usted aperturo una cuenta de ahorro en nuestra oficina avenida 0 terminado en los dígitos terminado en los 4 dígitos 8426 y vitando suplantaciones en su buen nombre me comunico con el señor Carlos Alberto Santacruz lazos correcto

Cliente: si

Asesor: me puede confirmar su número de cedula es tan amable

Cliente: un momentico 345576

Asesor: correcto señor Santacruz a continuación le voy a realizar las 3 preguntas para la autorización para el pago del beneficio por favor contestar claro con un sí o con un no a las 3 preguntas que le voy a realizar a continuación señor Santacruz primera pregunta

Cliente: (no se entiende)

Asesor: señor

Cliente: los últimos dígitos de la cuenta

Asesor: a los 4 últimos dígitos de su cuenta son 8426

Cliente: alo

Asesor: alo si señor le confirmo los 4 últimos dígitos son 8426 están correctos

Cliente: si señor

Asesor: perfecto entonces a continuación le voy a realizar las 3 preguntas de autorización señor Santacruz entonces primera pregunta es si autoriza a colmena

Cliente: Santacruz

Asesor: Santacruz si señor que pena primera pregunta autoriza a colmena seguros a debitar la suma de tan solo 21500 pesos mensuales correspondientes al pago de la prima del seguro que ellos le otorgan autoriza

Cliente: si señor

Asesor: señor Santacruz segunda pregunta nos autoriza por este medio para debitar el monto de la prima mensual del seguro que son únicamente 21500 pesos mensuales de cualquiera de los productos activos del banco caja social autoriza

Cliente: si señor

Asesor: y autoriza al banco caja social y colmena seguros a solicitar su historia clínica únicamente en caso de ser necesario conservando la confidencialidad de esta autoriza

Cliente: si señor

Asesor: señor santa cruz permítame indicarle que el plan adquirido el día de hoy es un plan plus 2 de vida segura que lo va a proteger mediante incapacidad total y permanente o fallecimiento por cualquier causa recibe una indemnización de 30 millones de pesos o incapacidad total y permanente o fallecimiento por cualquier tipo de accidente recibe el doble del valor que ya serán 60 millones de pesos a partir del día 91 se le amplia la cobertura ante suicidio o homicidio o enfermedades graves como el cáncer y el sida que por lo tanto le generen la una incapacidad total y permanente o el fallecimiento y le recuerdo que la asistencia odontológica en caso de emergencia exequial va hacer únicamente para usted como titular la asistencia exequial le cubre desde el día siguiente de inicio de la vigencia del seguro por muerte accidental y 46 días después del inicio de la vigencia por enfermedades suicidio y homicidio señor Santacruz le confirmo no practica ningún deporte peligroso ni extremo número de celular 31230555329 fecha de nacimiento el 5 del 05 del 71 dirección de residencia calle 17 número 3 a 89 condominio los ciruelos en la casa d 3 ocupación se desempeña como comerciante de ropa y calzado y sus únicos beneficiaros son su señora esposa la señora Carmen Mildred Liscano rojas y su hijo Carlos Mauricio Santacruz Liscano cada uno de ellos con el 50% de la indemnización para un total del 100% es correcto la información

Cliente: si señor

Asesor: ya para terminar señor Santacruz permítame realizarle entonces algunas preguntas en relación a su estado de salud que van hacer muy importantes a la hora de analizar el riesgo y tomar una decisión sobre su aceptación de igual manera le recuerdo declare muy sinceramente su estado de salud ya que de lo contrario si hubiera alguna inexactitud o retisencia a la

información su seguro no podrá ser objetado al momento de una reclamación por favor contestar únicamente con un sí o con un no a las preguntas que le voy a realizar

Cliente: se demora mucho es que

Asesor: no señor ya vamos a terminar entonces señor Santacruz declara que a las actividades que se dedica son normales

Cliente: si señor

Asesor: no le generan ningún riesgo ni azarocidad contra su vida

Cliente: no

Asesor: a la fecha goza de buena salud

Cliente: si señor

Asesor: no ha sido diagnosticado no padece ni ha padecido enfermedades de tipo contagioso cardio bascular ni neurológico ni enfermedades como hipertensión arterial diabetes trombosis derrame cerebral artritis rematuidea cáncer sida tumores ni defectos ni limitaciones físicas o mentales epilepsia leucemia enfisema pulmonar insuficiencia renal o trastornos inmunológicos

Cliente: no

Asesor: no tiene intervenciones quirúrgicas pendientes

Cliente: no

Asesor: no consume bebidas alcohólicas en exceso ni consume sustancias psicoactivas

Cliente: no

Asesor: declara un buen estado de salud

Cliente: si señor

Asesor: señor Santacruz el banco caja social lo felicita de haber tomado la mejor decisión de asegurar su futuro y el de su familia le confirmo que la vigencia de la póliza es desde el momento que ya está protegido será desde las 0 horas a partir del 19 de agosto el proceso de aceptación por parte de la compañía de seguros se encuentra sujeta a la revisión de sus datos personales y dicho proceso no tiene ningún costo para usted ni el débito en su cuenta le confirmo para el envió de la documentación se le enviara a la calle 17 3 a 89 condominio los ciruelos en la casa d 3 en el transcurso de 20 a 30 días después de esta llamada y le recuerdo que el valor de la prima de su seguro los 21500 pesos van hacer debitados directamente desde su cuenta y es independiente a cualquier costo que le genere la entidad por el manejo de los productos activos que tenga con el banco caja social tenga en cuenta que el beneficio es de renovación automática

y el primer debito se realizara los 5 días posteriores a esta llamada y se normalizaran los 5 primeros días de cada mes señor Santacruz tiene papel y lápiz para la línea o se lo dejo en un buzón de voz

Cliente: eh

Asesor: en el buzón de voz

Cliente: si en buzón de voz

Asesor: ah bueno señor entonces señor Santacruz no siendo más en nombre del banco caja social y colmena seguros le damos la grata bienvenida y lo felicitamos por su excelente decisión le recuerdo que hablo con el asesor Andrés devia que pase un feliz día por favor no contestar que le voy a volver a marcar para que la llamada entre a buzón de voz de acuerdo

Cliente: si señor

Asesor: bueno señor feliz día.

Colmena Seguros

CONDICIONES PARTICULARES
PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL PARA DEUDORES DEL BANCO CAJA SOCIAL

Colmena Seguros, quien en adelante y para los efectos de este contrato se denominará **LA COMPAÑÍA,** con sujeción a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por el Tomador y Asegurado, otorga el siguiente seguro de vida individual temporal para deudores del Banco Caja Social, sujeto a las siguientes condiciones particulares.

Las siguientes condiciones complementan, adicionan y/o modifican en lo que sea diferente a las Condiciones Generales del Producto de Vida Individual para Deudores de Entidades Financieras ***Registro SFC-08/01/2016-1425-P-37-3704_VI_092015.***

1. OBJETO DE LA PÓLIZA

Proteger contra los riesgos de Muerte e Incapacidad Total y Permanente, y demás riesgos previstos en esta póliza, a los deudores principales y solidarios, de cualquier línea de crédito, incluidas, pero sin limitarlas a las siguientes: vivienda, microcrédito, comercial, libre destino, rotativo, libranza, vehículo, así como a los locatarios en contratos de leasing y Fogafín, otorgados por el Banco, adquiriendo éste, en todos los casos, la calidad de primer beneficiario a título oneroso.

2. ASEGURADO

Es aquella persona natural deudora de alguno de los créditos relacionados en el objeto de la póliza, y que haya sido aceptada como asegurado por **LA COMPAÑÍA** en el presente seguro, previo cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad establecidos en el numeral 8 de estas condiciones.

3. COBERTURAS APLICABLES DE ACUERDO A CADA PLAN.

Las coberturas de la presente póliza, serán concedidas por parte de **LA COMPAÑÍA** de conformidad con los planes que se describen a continuación, y/o a las condiciones de suscripción del riesgo por parte de **LA COMPAÑÍA**:

3.1. Plan 1 Completo:
- Muerte por Cualquier Causa
- Incapacidad Total y Permanente
- Enfermedades Graves
- Beneficios por Hospitalización

3.2. Plan 2 Básico:
- Muerte por Cualquier Causa
- Incapacidad Total y Permanente

3.3 Plan 3 Vida:
- Muerte por Cualquier Causa

Parágrafo: Sin perjuicio del plan concedido por **LA COMPAÑÍA**, para las líneas de créditos rotativos y de libranzas solo se otorgarán las coberturas de Muerte por Cualquier Causa e Incapacidad total y permanente

4. CONDICIONES ESPECIALES A LOS AMPAROS BÁSICOS

MUERTE POR CUALQUIER CAUSA: En virtud de esta condición se aclara que mediante este amparo **LA COMPAÑÍA** pagará al beneficiario la suma asegurada, una vez comprobado legalmente el fallecimiento

del asegurado dentro de la **vigencia** de la póliza por cualquier causa natural no preexistente, o preexistente siempre y cuando haya sido declarada por el asegurado, o accidental, incluyendo el suicidio y el homicidio.

5. CONDICIONES ESPECIALES DE LOS AMPAROS ADICIONALES

5.1 ENFERMEDADES GRAVES: LA COMPAÑÍA pagará al beneficiario la suma asegurada, si durante la vigencia de la póliza le es diagnosticada médicamente al asegurado cualquiera de las siguientes enfermedades graves:

- **Cáncer:** La presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y la dispersión incontrolable de células malignas y la invasión del tejido. Esto incluye leucemia, linfomas, la enfermedad de hodgking y melanomas malignos.

  No incluye los tumores de la piel, ni el cáncer in situ no invasivo en cualquier órgano.

  El cáncer de seno, matriz y piel no están cubiertos bajo el amparo de Enfermedades Graves, constituyéndose en una exclusión adicional de la mencionada cobertura.

- **Accidente o enfermedad cerebro vascular:** Se entiende por accidente cerebro vascular aquel evento médico en el cual existe una destrucción del tejido cerebral causada por trombosis, hemorragia o embolia de fuente extracraneal, que genera secuelas de disfunción neurológica permanente.

  No se entienden cubiertos por esta enfermedad los traumas craneoencefálicos.

- **Insuficiencia renal:** El fallo total, crónico e irreversible de ambos riñones, a consecuencia de lo cual haya que efectuar regularmente diálisis renal.

- **Infarto al miocardio:** Muerte del miocardio a consecuencia de abastecimiento sanguíneo inadecuado probado mediante el historial de dolores de pecho, alteraciones recientes de ecocardiograma y encimas cardiacas elevadas.

- **Intervención quirúrgica por enfermedades de las arterias coronarias:** Afecciones de las arterias coronarias evidenciadas por el resultado de una angiografía y que por recomendación de un especialista hayan sido tratadas con una operación de bypass o puente coronario para corregir una estenosis u oclusión en las arterias coronarias.

  Se excluyen de cobertura para esta enfermedad la angioplastia, tratamiento láser, operaciones de válvulas, operación por tumoración intracardiaca o alteración congénita.

5.2. BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN: Se otorga esta cobertura en caso que el asegurado sea hospitalizado como consecuencia de una enfermedad no preexistente o de un accidente, que ocasione una hospitalización equivalente a once (11) días o más continuos.

Los once (11) días corresponden a día y hora calendario. Incluye hospitalizaciones domiciliarias debidamente soportadas.

6. VALORES ASEGURADOS

6.1 VALORES ASEGURADOS EN LOS AMPAROS BÁSICOS:

6.1.1 BÁSICO DE VIDA: Para créditos de vivienda, será el saldo insoluto de la deuda del crédito amparado por el presente seguro. El Banco, será el beneficiario a título oneroso hasta por el saldo insoluto de la deuda.

Por saldo insoluto de la deuda se entiende el capital no pagado más los intereses corrientes calculados a la fecha de fallecimiento, adicionado en el valor equivalente a 30 días calendario mas intereses corrientes calculados a la tasa pactada para el respectivo crédito.

Para las demás líneas de crédito diferentes a Vivienda, el valor asegurado corresponde al valor del desembolso, adicionado en el valor equivalente a 30 días más de intereses corrientes calculados a la tasa pactada para el respectivo crédito. El Banco, será el beneficiario a título oneroso hasta por el saldo insoluto de la deuda y la diferencia si la hubiere se pagará al(los) beneficiario(s) designado(s) por el asegurado en la solicitud de seguro o en su defecto a los beneficiarios de ley.

Para ambos casos, en el evento de mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y las primas del seguro de vida no canceladas por el deudor.

Para la línea de créditos rotativos, se conviene específicamente que el valor asegurado será el saldo de la deuda al momento del fallecimiento.

6.1.2 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: Para créditos de vivienda y créditos rotativos será el saldo insoluto de la deuda del crédito que certifique el Banco. Se tendrá como saldo insoluto de la deuda aquel que se registre en la fecha en la cual **LA COMPAÑÍA** informe por escrito al tomador su aceptación respecto de la declaratoria de incapacidad del asegurado. El Banco, será el beneficiario a título oneroso hasta por el saldo insoluto de la deuda.

Por saldo insoluto de la deuda se entiende el capital no pagado más los intereses corrientes calculados a la fecha en la cual **LA COMPAÑÍA** informe por escrito su aceptación respecto de la declaratoria de incapacidad total y permanente del asegurado, a la tasa pactada para el respectivo crédito.

Para créditos de consumo, comercial y microcrédito el valor asegurado será el valor del desembolso del crédito. En consecuencia, el primer beneficiario a título oneroso es el Banco hasta por el saldo insoluto de la deuda, y el excedente si lo hubiere, para el asegurado en caso de afectación de la cobertura de Incapacidad Total y Permanente. Se tendrá como saldo insoluto aquel que registre en la fecha en la cual **LA COMPAÑÍA** informe por escrito al Banco su aceptación respecto de la declaratoria de la incapacidad del asegurado.

En el evento de mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y las primas del seguro de vida no canceladas por el deudor.

6.2 VALORES ASEGURADOS EN LOS AMPAROS ADICIONALES:

6.2.1 ENFERMEDADES GRAVES: La suma asegurada en el amparo de enfermedades graves será el equivalente al 10% del valor de la deuda para cualquiera de los tipos de crédito amparados.

Esta cobertura cubre el equivalente al 10% del valor de la deuda, mínimo $1.000.000 y máximo $5.000.000 para créditos de consumo, comercial y microcréditos y mínimo $1.000.000 y máximo $7.000.000 para créditos de vivienda.

Si el valor **del desembolso** es menor que el valor mínimo de indemnización y el Banco decide cancelar la deuda, el excedente del valor mínimo se le entregará al asegurado.

Esta cobertura opera una sola vez durante toda la vigencia de la póliza. En consecuencia ningún asegurado será indemnizado dos veces por el amparo de enfermedades graves.

6.2.2 BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN: Si el asegurado es hospitalizado entre once (11) y treinta (30) días continuos, mediante éste amparo se cubre el valor de una (1) cuota del crédito.

Si la hospitalización se prolonga por más de treinta (30) días continuos, se cubrirá una cuota adicional del crédito por cada mes adicional de hospitalización continuo, sin superar seis (6) cuotas.

Esta cobertura operará máximo una vez por año calendario, por asegurado y solo para el crédito reclamado, los 11 días continuos corresponden a día y hora calendario.

Si se presenta simultáneamente una reclamación por beneficios por hospitalización y enfermedades graves y el saldo insoluto de la deuda queda cubierto con la indemnización de beneficios por hospitalización, el valor de la indemnización por el amparo de enfermedades graves será entregado al asegurado.

7. VALOR MÁXIMO ASEGURADO:

El valor máximo asegurado es el equivalente a seiscientos cincuenta millones de pesos ($650'000.000,oo) por deudor en una o varias operaciones de crédito.

Los créditos que superan el monto antes mencionado serán objeto de un estudio detallado por parte de **LA COMPAÑÍA**.

8. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD:

8.1 Créditos de Vivienda, consumo, comercial y microcrédito:

Atendiendo a los criterios de una adecuada evaluación de riesgo se aplicarán requisitos de asegurabilidad en función del monto del crédito y la edad del solicitante.

LA COMPAÑÍA no aplicará extra primas de riesgo por ocupación o actividad.

Los siguientes tablas describen los valores para atender los perfiles de requisitos de asegurabilidad adicionales, es decir mayores a perfil 1 de acuerdo a la edad y monto solicitado. Adicionalmente la tabla de requisitos médicos que le aplica según el perfil de riesgo.

Para los asegurados que sean considerados como perfil 1, **LA COMPAÑÍA** expedirá automáticamente la póliza sin necesidad de exigir requisitos adicionales de asegurabilidad.

102

RANGO DE EDAD	ENTRE	$ 37.402.200	$ 37.402.201	$ 91.236.859	$ 130.899.719	$ 188.122.298	$ 226.188.820	$ 303.181.431	$ 453.360.001
	Y		$ 91.236.858	$ 130.899.718	$ 188.122.297	$ 226.188.819	$ 303.181.430	$ 453.360.000	$ 650.000.000
18-54		PERFIL 1	PERFIL 1	PERFIL 1	PERFIL 1	PERFIL 1	PERFIL 1	PERFIL 3	PERFIL 4
55-59		PERFIL 1	PERFIL 2	PERFIL 2	PERFIL 2	PERFIL 3	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4
60-75		PERFIL 1	PERFIL 2	PERFIL 3	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4

TABLA DE REQUISITOS MEDICOS	
DESCRIPCION DE LOS REQUISITOS / PERFILES	
Perfil 1	Diligenciamiento de declaración de asegurabilidad.
Perfil 2	Diligenciamiento de declaración de asegurabilidad. + EXAMEN MEDICO GENERAL
Perfil 3	Diligenciamiento de declaración de asegurabilidad. + EXAMEN MEDICO GENERAL - ANALISIS DE ORINA - ELECTROCARDIOGRAMA
Perfil 4	Diligenciamiento de declaración de asegurabilidad. + EXAMEN MEDICO GENERAL - ANALISIS DE ORINA - ELECTROCARDIOGRAMA - QUIMICA SANGUÍNEA (GLICEMIA, COLESTEROL, HDL, LIPOPROTEINAS DE ALTA DENSIDAD), TRIGLICERIDOS, CREATININA, Y V.I.H.
Perfil 5	Diligenciamiento de declaración de asegurabilidad. + EXAMENES ESPÉCIALES SOLICITADOS POR MEDICO CALIFICADOR

Independientemente del valor del crédito otorgado, cuando un deudor exprese no gozar de buena salud en los formatos que **LA COMPAÑÍA** ha dispuesto para ello, **LA COMPAÑÍA** exigirá examen médico y aquellos exámenes adicionales que estime convenientes para la adecuada evaluación del riesgo.

Riesgo Normal
Es aquel que no presenta ninguna alteración física o mental; no existe alteración de índole genético o hereditario y la profesión o actividad y modo de vivir no implican peligro suplementario alguno.

Riesgo Subnormal
Es aquel que presenta alteraciones en el promedio de vida por condiciones de salud.

Los solicitantes deben cumplir todos los requisitos según su edad y monto del crédito. **LA COMPAÑÍA** se reserva el derecho de solicitar exámenes pruebas o confirmaciones adicionales independientemente del valor del crédito otorgado cuando un deudor exprese tener alguna de las enfermedades graves o exprese no gozar de buena salud en la declaración de asegurabilidad. Después de dicha evaluación se informará al cliente por escrito sobre la aceptación o rechazo del seguro.

8.2 Créditos rotativos:
Para el caso de los créditos rotativos, no se aplicarán los requisitos de asegurabilidad descritos en el numeral anterior.

8.3 Créditos de libranzas:

- Los pensionados por invalidez: Ingresarán a la póliza sin la cobertura de Incapacidad Total y Permanente.
- La edad de ingreso será hasta los 79 años 11 meses y 29 días aplicando los mismos requisitos establecidos para los perfiles de riesgo del rango 60-75 años. La permanencia será hasta los 84 años 11 meses y 29 días.

9. PLAZO PARA LA ACEPTACIÓN O RECHAZO DE RIEGOS SUBNORMALES

Cuando un deudor exprese no gozar de buena salud, padecer o haber padecido alguna (s) de la (s) enfermedades señaladas en la solicitud certificado de seguro, **LA COMPAÑÍA** exige un examen médico y aquellos análisis y estudios adicionales que estime conveniente para la adecuada evaluación del riesgo, dando a conocer por escrito la aceptación o rechazo de seguro al Banco y al asegurado, a más tardar cinco (5) días hábiles después de que el asegurado se practique los exámenes médicos y de laboratorio ordenados por **LA COMPAÑÍA** o el médico examinador (exámenes adicionales).

10. SEGURO CONJUNTO:

De conformidad con lo establecido en la condición Octava de las Condiciones Generales de la Póliza, la condición de "Seguro Conjunto" atenderá las siguientes reglas:

- El seguro conjunto solamente aplicará para créditos de vivienda, en consecuencia se otorgará cobertura para el deudor principal, el deudor solidario o el locatario según corresponda.

- En caso de fallecimiento de uno de los asegurados, **LA COMPAÑÍA** pagará al Banco el Valor Asegurado según se estableció en la condición 6.1.1 de las presentes condiciones particulares.

- En caso de Incapacidad **LA COMPAÑÍA** pagará al Banco el valor asegurado según estableció en la condición 6.1.2 de las presentes condiciones particulares.

- En caso de fallecimiento simultáneo de los asegurados **LA COMPAÑÍA** pagará al Banco el 100% del saldo de la deuda según lo establecido en la condición 6.1.1 de las presentes condiciones particulares. Para ello descontará el 50% del valor asegurado de cada una de las pólizas individualmente contratadas sobre la misma deuda. El remanente, es decir el 50% que no fue destinado para cubrir el saldo, se pagará a los beneficiarios de cada asegurado.

  Para efectos de esta póliza se entenderá que se ha presentado el fallecimiento simultáneo de los asegurados cuando el deceso ocurra dentro de las 24 horas siguientes al mismo evento.

11. INCLUSIÓN DE DEUDORES

LA COMPAÑÍA acepta expedir a favor de cualquier cliente del Banco, una póliza de Seguro de Vida Individual Deudor, de acuerdo a las siguientes reglas:

- **LA COMPAÑÍA**, una vez notificada por parte del Banco de la terminación del seguro colectivo sobre un cliente, podrá expedir una póliza de Seguro de Vida Individual para Deudores. En este caso no se solicitarán los requisitos asegurabilidad establecidos en el numeral 8 de las presentes condiciones. Aplica para todas las líneas de crédito.

- Si el cliente no ha estado dentro de la póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores del Banco o ha sido rechazado por parte de **LA COMPAÑÍA** en un proceso de suscripción anterior, esta propenderá porque el cliente sea asegurado a través de una la póliza de Seguro de Vida Individual para Deudores, en cuyo caso será necesario que el cliente cumpla con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la condición 8 de las presentes condiciones.

- Cuando se trate de créditos para la adquisición de vehículos, **LA COMPAÑÍA** podrá aceptar los clientes asegurados en la póliza contratada por la Entidad crediticia otorgadora del crédito.

103

LA COMPAÑÍA propenderá por la expedición de una póliza de vida individual para los clientes que en virtud de una compra de cartera por parte del Banco sean deudores de créditos de vehículo de dicha Entidad, sin exigir para tales efectos requisitos de asegurabilidad adicionales.

12. PRINCIPIO DE CAUSALIDAD

Las reclamaciones por casos en que la muerte, incapacidad total y permanente, enfermedades graves y beneficios por hospitalización se produzcan por hechos o causas diferentes a aquellas que fueron materia de inexactitud o reticencia en la declaración de asegurabilidad, serán resueltos por **LA COMPAÑÍA** con sujeción a lo establecido en las disposiciones legales pertinentes, en concordancia con la línea jurisprudencial que corresponda, sin perjuicio de la posibilidad para la misma de dar aplicación al Principio de Causalidad.

13. PAGO AUTOMATICO

LA COMPAÑÍA podrá realizar pagos automáticos de siniestros, de conformidad con las siguientes reglas:

- El valor de la reclamación no exceda de una cuantía de $6.000.000.
- Que Tomador no haya incurrido en mora en el pago de la prima.
- Cuando el evento reclamado se encuentre demostrado por parte del Tomador, Asegurado o Beneficiario y se haya encontrado viable su pago.
- Esta condición sólo aplica para las coberturas Muerte por Cualquier Causa e Incapacidad Total y Permanente.

14. INDEMNIZACION

Los reclamos por concepto de afectación de las coberturas de Muerte, Incapacidad Total y Permanente, Enfermedades Graves y Beneficios por Hospitalización, podrán ser tramitados por el Tomador/asegurado ante el Banco sin perjuicio de la posibilidad de reclamar directamente a **LA COMPAÑÍA**

Indemnización por Incapacidad Total y Permanente

Para efectos del seguro de Incapacidad Total y Permanente se entenderá formalizado el reclamo cuando **LA COMPAÑÍA** reciba el documento de declaratoria de Incapacidad Total y Permanente.

Las reclamaciones que afecten la cobertura de incapacidad total y permanente menores a $10.000.000, cuya historia clínica sea suficiente para evaluar y determinar la Incapacidad Total y Permanente por parte del departamento médico de **LA COMPAÑÍA** de conformidad con lo establecido en la definición de la cobertura contemplada en las condiciones generales, podrán ser evaluadas y aprobadas para pago sin exigir la declaratoria de incapacidad total y permanente.

15. CALCULO DE LA PRIMA:

Para los créditos rotativos la prima mensual se calculará aplicando la tasa correspondiente sobre el saldo promedio de la deuda del mes facturado.

16. PAGO DE PRIMAS:

El pago de la prima de la presente póliza se realizará mediante débito automático a la cuenta bancaria de donde se efectúe simultáneamente el pago de la cuota del crédito.

El tomador/asegurado dispone de un plazo de sesenta (60) días corrientes sin recargo de intereses, para el pago de la prima.

17. REAJUSTE DE VALORES ASEGURADOS:

Sin perjuicio de lo establecido en la condición Décima Sexta de las Condiciones Generales de la Póliza, en virtud de la presente estipulación **LA COMPAÑÍA** acepta que para créditos rotativos no habrá solicitud adicional de requisitos médicos, por lo tanto se mantendrá la cobertura por los valores reajustados.

18. TERMINACIÓN DE ESTE SEGURO:

Este seguro termina en los siguientes casos:

a. Por mora en el pago de la prima vencido el plazo otorgado para tal fin en el numeral 16.
b. Por solicitud del Tomador / Asegurado mediante aviso escrito a **LA COMPAÑÍA** con un plazo no menor a sesenta (60) días, para que **LA COMPAÑÍA** pueda dar cumplimiento a lo pactado en la condición 20 de las condiciones generales.
c. Cuando la obligación crediticia se extinga íntegramente
d. Por el fallecimiento del asegurado
e. Por pago de la suma asegurada en el amparo de incapacidad total y permanente
f. Por el pago de la suma asegurada en el seguro conjunto

19. MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA:

El seguro terminará de manera automática por el no pago de la prima vencido del plazo otorgado para tal fin en el numeral 16.

No obstante lo anterior, el Banco en su condición de beneficiario oneroso podrá pagar por el asegurado las primas en mora correspondientes al valor de la garantía, para evitar la terminación automática del contrato de seguro.

Para los créditos rotativos el Banco asume el pago de la prima para pólizas en mora por parte del Tomador/Asegurado hasta una altura de cuatro (4) meses. A partir del vencimiento de este término cesará la cobertura.

Para créditos de vivienda el Banco podrá pagar las primas de las pólizas en mora hasta por un plazo de ocho (8) meses.

Para los casos de líneas de crédito en donde el Banco asuma el pago de la prima por pólizas en mora, se entenderá que si el Tomador/Asegurado, posteriormente paga dichas primas, **LA COMPAÑÍA** restituirá dichos valores al Banco.

20. PAGO DEL SINIESTRO:

Una vez acreditada la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, **LA COMPAÑÍA** pagará al Banco

el monto indemnizable dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la formalización del reclamo.

21. NOTIFICACIONES:

Cualquier notificación que deban hacerse las Partes durante la ejecución de este contrato deberá consignarse por escrito a la última dirección registrada por las Partes.

El Tomador/Asegurado está obligado a informar mediante comunicación escrita dirigida a **LA COMPAÑÍA** cualquier cambio de domicilio. A falta de ello, toda comunicación dirigida al último domicilio conocido del Tomador/Asegurado surtirá efecto en los términos de la presente póliza.

22. DOCUMENTOS PARA PRESENTAR LA RECLAMACIÓN:

Al amparo de lo consagrado en el artículo 1077 del Código de Comercio, al Asegurado o al beneficiario, según corresponda, le corresponderá demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida.

Se sugiere que en caso de presentarse un siniestro que afecte cualquiera de los amparos de esta póliza, el asegurado allegue los siguientes documentos, según apliquen, sin que se constituyan como los únicos medios de prueba para comprobar su derecho a la indemnización:

MUERTE:

- Copia de la solicitud de seguro.
- Carta de reclamación que incluya el número del crédito, teléfono, dirección y correo electrónico del reclamante.
- Historia clínica completa del asegurado.
- Registro civil de defunción del asegurado.
- Registro civil de matrimonio del asegurado.
- Registro civil de nacimiento del asegurado y los beneficiarios.
- Fotocopia de la Cedula de ciudadanía o documento de identidad del asegurado y de los beneficiarios.
- Si la muerte fue natural, historia clínica donde conste la fecha de diagnóstico de la enfermedad causa de la muerte, Si la entidad hospitalaria niega la entrega de la copia de la historia clínica enviar copia de la carta en la que esa institución rechaza la solicitud.
- Si la muerte fue accidental, por homicidio o suicidio, se deben adjuntar los documentos legales idóneos que determinen que la persona fallecida fue plenamente identificada, y las circunstancias de tiempo, modo y lugar como ocurrieron los hechos (acta de levantamiento del cadáver, certificado de medicina legal, certificación de necropsia o informe de autoridad competente).
- Certificación del saldo insoluto de la deuda a la fecha de siniestro expedida por el Banco, discriminando los diferentes conceptos que hacen parte de la liquidación (saldo de capital a la fecha del siniestro, intereses corrientes, intereses de mora, primas de seguro de vida).
- La designación de Beneficiarios, en los casos que aplique. A falta de designación de beneficiarios serán los de ley de acuerdo con el artículo 1142 del código de Comercio.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

- Copia de la solicitud de seguro.
- Carta de reclamación del asegurado que incluya el número del crédito, dirección, teléfono y correo electrónico.
- Fotocopia de la Cédula de ciudadanía o documento de identidad del asegurado.
- Historia clínica completa del asegurado.
- Dictamen de pérdida de la capacidad laboral en firme, emitido por la Junta de Calificación de Invalidez, Regional o Nacional, o por las entidades competentes del sistema de seguridad social (EPS, ARL, AFP).

Las personas que hacen parte de regímenes especiales, como lo son el Magisterio, las Fuerzas Militares y de Policía, entre otros, deberán aportar como prueba de su incapacidad total y permanente dictamen emitido por la Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez.

- Certificación del saldo insoluto de la deuda expedida por el Banco, discriminando los diferentes conceptos que hacen parte de la liquidación (saldo de capital a la fecha del siniestro, intereses corrientes, intereses de mora, primas de seguro de vida).

ENFERMEDADES GRAVES:

- Copia de la solicitud de seguro.
- Carta de reclamación del asegurado que incluya el número del crédito, dirección, teléfono y correo electrónico.
- Fotocopia de la Cédula de ciudadanía o documentos de identidad del asegurado.
- Historia clínica completa del asegurado.
- Informe del médico tratante con fecha del diagnóstico de la enfermedad.
- Certificación de saldo insoluto de la deuda expedida por el Banco a la fecha de diagnóstico de la enfermedad.

BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN:

- Copia de la solicitud de seguro.
- Carta de reclamación del asegurado que incluya el número del crédito, dirección, teléfono y correo electrónico.
- Fotocopia de la Cédula de ciudadanía o documento de identidad del asegurado.
- Certificado de hospitalización donde se incluya la fecha de ingreso y egreso.
- Historia clínica completa del asegurado donde conste la fecha y causa de la hospitalización.
- Certificación del Banco sobre el valor de la cuota mensual del crédito.

Si del análisis de los documentos aportados, surge la necesidad de documentación adicional, **LA COMPAÑÍA** podrá solicitarlos directamente al asegurado y/o beneficiario(s).

Colmena Seguros S.A.
FIRMA AUTORIZADA

Banco Caja Social

HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s)

CARLOS ALBERTO SANTACRUZ LASSO identificado con [illegible]

Actualmente posee(n) el siguiente producto radicado en la oficina 0432 AVENIDA CERO con las siguientes características.

Préstamo

Número	33013469162
Fecha de Desembolso	18 de febrero de 2019
Valor Desembolso	$ 10.000.000,00
Saldo Capital	$ 10.000.000,00
Saldo Total Adeudado	$ 10.250.896,14
Destino Préstamo	MICROFINANZAS
Estado de Manejo	Normal o Al Día

Esta constancia se expide con destino a: *** A QUIEN INTERESE ***
Realizada en la oficina 0432 AVENIDA CERO de la ciudad de CUCUTA el día jueves, 4 de abril de 2019

Cordialmente,

Efectuado por:
JTATL2R2 - JESUS ANTONIO ARDILA LOZADA

FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS

106

Banco Caja Social

Estado de Cuenta
Credito de Vivienda

Numero de Credito
0530200057686

SANTACRUZ LASSO CARLOS ALBERT

PARA DETERMINAR EL VALOR DE LA CUOTA SIN LA COBERTURA, TOME EL VALOR A PAGAR Y SUME EL VALOR [illegible]

Fecha Limite de Pago	Valor a Pagar PESOS
20190326	687.881.30

Concepto	Valor en UVR	Valor en Pesos
Abono a Capital	[illegible]	[illegible]
Intereses Corrientes	[illegible]	[illegible]
Intereses de Mora		.00
Seguro de Vida		[illegible]
Seguro de Incendio		14.452.00
Seguro de Terremoto		12.994.00
Comisión FNG		
Descuento Intereses DTO		[illegible]
Seguro de Desempleo e ITT		[illegible]

Fecha de Facturacion
[illegible]

Vida	Incendio Terremoto
57.848.220.50	[illegible]

Normal
Abono Extra con reducción de Cuota
Abono Extra con reducción de Plazo
Pago Cuotas por Anticipado
Cancelación Total

Saldo Capital Antes de Este Pago

UVR	Pesos
	57,222,965.96

Información General del Credito

Sistema de Amortización		[illegible]
Plazo Total	[illegible] Meses	
Cuotas Pendientes	162	
Cuotas Facturadas	[illegible]	
Cuotas en Mora	000	
Tasa de Interés Pactada		13.25 %EA
Tasa de Interés Cobrada		9.25 %EA
Tasa de Interés con Beneficio		9.25 %EA
Tasa de Mora Vigente		19.37 %EA

Detalle Cuota Periodo Anterior

Fecha de Pago	Cotización UVR
[illegible]	

Concepto	Valor en UVR	Valor en Pesos
Abono a Capital	0.0000	183,731.07
Intereses Corrientes	0.0000	598,340.21
Intereses de Mora		1,300.77
Seguro de Vida		31,563.00
Seguro de Incendio		14,452.00
Seguro de Terremoto		12,994.00
Comisión FNG		
Descuento Intereses DTO		187,933.00
Seguro de Desempleo e ITT		31,562.00
Total		873,933.00

Línea Amiga

Información Importante

Banco Caja Social

Consulta Saldo / Estado Crédito

Fecha:20190404
Pagina 1

No. Credito	0530200057686			Jornada	N
No. Identificacion	9834557[illegible]	Nombre	SANTACRUZ LASSO CARLOS ALBERT		
Saldo a Favor	$ 0.00	Fecha Saldo	20190404	Opcion de Compra	$ 0.00
Saldo de Capital		UVR	0	Moneda Legal	$ 57.038.370.43

Movimientos Pendientes de Aplicación

Tipo	Valor
	$ 0.00
	$ 0.00
	$ 0.00
	$ 0.00

Estado del Credito

Cuota	19	0	0	0	19
Fecha	20190426				20190426
Capital	$ 197.637.50	$ 0.00	$ 0.00	$ 0.00	$ 197.637.50
Intereses Corrientes	$ 401.796.51	$ 0.00	$ 0.00	$ 0.00	$ 401.796.51
Intereses Mora	$ 0.00	$ 0.00	$ 0.00	$ 0.00	$ 0.00
Seguro Vida	$ 31.260.00	$ 0.00	$ 0.00	$ 0.00	$ 31.260.00
Seguro Incendio	$ 14.452.00	$ 0.00	$ 0.00	$ 0.00	$ 14.452.00
Seguro Terremoto	$ 12.994.00	$ 0.00	$ 0.00	$ 0.00	$ 12.994.00
TOTAL	$ 689.678.07	$ 0.00	$ 0.00	$ 0.00	$ 689.678.07
Comisión FNG	$ 0.00	$ 0.00	$ 0.00	$ 0.00	$ 0.00
Seguro Desempleo	$ 31.538.00	$ 0.00	$ 0.00	$ 0.00	$ 31.538.00
Descuento	$ 186.716.00	$ 0.00	$ 0.00	$ 0.00	$ 186.716.00
Ajustes	$ 0.00	$ 0.00	$ 0.00	$ 0.00	$ 0.00
Intereses Mora Seguro	$ 0.00	$ 0.00	$ 0.00	$ 0.00	$ 0.00

Descripción Estado Crédito: 1 NORMAL

CAJA2R2 JESUS ANTONIO ARDILA LOZADA Fecha Impresion 20190404 Oficina 0453AVENIDA CERO

Colmena Seguros

CONDICIONES GENERALES
PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL PARA DEUDORES DE ENTIDADES FINANCIERAS

Colmena Seguros, quien en adelante y para los efectos de este contrato se denominará **LA COMPAÑÍA,** con sujeción a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por el Tomador/ Asegurado, otorga el siguiente seguro de vida individual temporal para deudores de entidades financieras, sujeto a las siguientes Condiciones Generales.

Forman parte de este Contrato, los anexos, las declaraciones de asegurabilidad, los certificados médicos, los parámetros técnicos fijados por la Superintendencia Financiera de Colombia y cualquier otro documento escrito y aceptado por las Partes, que guarde relación con el presente contrato de seguro.

CONDICIONES GENERALES

CONDICIÓN PRIMERA. OBJETO DE LA PÓLIZA: Proteger contra los riesgos de Muerte e Incapacidad Total y Permanente, y demás riesgos previstos en esta póliza, a los deudores principales y solidarios, de cualquier línea de crédito, incluidas, pero sin limitarlas, las siguientes: hipotecarios, microcrédito, comercial, libre destino, rotativo, libranza, vehículo, así como a los locatarios en contratos de leasing, de entidades financieras, adquiriendo éstas, en todos los casos, la calidad de primer beneficiario a título oneroso.

CONDICIÓN SEGUNDA. AMPAROS BÁSICOS:

1. **MUERTE POR CUALQUIER CAUSA:** Mediante este amparo **LA COMPAÑÍA** pagará al beneficiario la suma asegurada, una vez comprobado legalmente el fallecimiento del asegurado dentro de la vigencia de la póliza por cualquier causa natural no preexistente o accidental, incluyendo el suicidio y el homicidio.

   Para efectos de determinar la cobertura del amparo Básico de Vida se entenderá que la fecha de la muerte constituye la realización del riesgo, es decir, la fecha del siniestro. Si la muerte del asegurado se declara en virtud de su desaparecimiento, la fecha del siniestro corresponderá a la fecha de muerte presunta establecida en la sentencia.

2. **INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:** Para efectos de este seguro se entiende por Incapacidad Total y Permanente del Asegurado menor de 70 años, la incapacidad estructurada durante la vigencia del presente seguro y calificada médicamente con un grado de invalidez igual o superior al 50% por la Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez o por las entidades competentes del sistema de seguridad social (EPS, ARL, AFP), con base en el Manual de Calificación de Invalidez del Sistema de Seguridad Social vigente al momento de la reclamación.

   Para efectos de este seguro, las personas que hacen parte de regímenes especiales, como lo son el Magisterio, las Fuerzas Militares y de Policía, entre otros, deberán aportar como prueba de su incapacidad total y permanente dictamen emitido por la Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez.

   Para efectos de determinar la cobertura de Incapacidad Total y Permanente se entenderá que la fecha de estructuración de la incapacidad total y permanente constituye la realización del riesgo, es decir la fecha del siniestro.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros S.A.

Una vez pagada la indemnización por el amparo de Incapacidad Total y Permanente termina la cobertura para los amparos de Vida, Enfermedades Graves y Beneficios por Hospitalización, si fueron contratados, cesando la responsabilidad de **LA COMPAÑÍA.**

CONDICIÓN TERCERA. AMPAROS ADICIONALES: Cuando expresamente se indique en la carátula de la póliza, se podrán otorgar los siguientes amparos adicionales:

1. **ENFERMEDADES GRAVES: LA COMPAÑÍA** pagará al beneficiario la suma asegurada, si durante la vigencia de la póliza le es diagnosticada médicamente al asegurado cualquiera de las siguientes enfermedades graves:

   - **Cáncer:** La presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y la dispersión incontrolable de células malignas y la invasión del tejido. Esto incluye leucemia, linfomas, la enfermedad de hodgking y melanomas malignos.

   - **Accidente o enfermedad cerebro vascular:** Se entiende por accidente cerebro vascular aquel evento médico en el cual existe una destrucción del tejido cerebral causada por trombosis, hemorragia o embolia de fuente extracraneal, que genera secuelas de disfunción neurológica permanente.

   - **Insuficiencia renal:** El fallo total, crónico e irreversible de ambos riñones, a consecuencia de lo cual haya que efectuar regularmente diálisis renal.

   - **Infarto al miocardio:** Muerte del miocardio a consecuencia de abastecimiento sanguíneo inadecuado probado mediante el historial de dolores de pecho, alteraciones recientes de ecocardiograma y encimas cardiacas elevadas.

   - **Intervención quirúrgica por enfermedades de las arterias coronarias:** Afecciones de las arterias coronarias evidenciadas por el resultado de una angiografía y que por recomendación de un especialista hayan sido tratadas con una operación de bypass o puente coronario para corregir una estenosis u oclusión en las arterias coronarias.

2. **BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN:** Se otorga esta cobertura en caso que el asegurado sea hospitalizado como consecuencia de una enfermedad no preexistente o de un accidente, de acuerdo con las condiciones de cobertura establecidas en las CONDICIONES PARTICULARES.

CONDICIÓN CUARTA. EXCLUSIONES PARA TODOS LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA: CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO CUBREN PÉRDIDA ALGUNA QUE SEA CONSECUENCIA DE:

a. LA MUERTE, INCAPACIDAD, ENFERMEDAD U HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO ORIGINADA O DERIVADA POR CUALQUIER CAUSA, PATOLOGÍA O ENFERMEDAD, FÍSICA O MENTAL, CONGÉNITA O ADQUIRIDA, PREEXISTENTE, QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA, O CONOCIDA POR EL ASEGURADO, O POR LA CUAL SE HAYA RECIBIDO TRATAMIENTO, O QUE POR SUS SÍNTOMAS O SIGNOS NO PUDIESE PASAR DESAPERCIBIDA, Y NO HAYA SIDO DECLARADA POR EL ASEGURADO CON ANTERIORIDAD A LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros S.A.

109

b. LA MUERTE, INCAPACIDAD, ENFERMEDAD U HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO CAUSADA U ORIGINADA CON OCASIÓN O EN EL EJERCICIO DE ACTIVIDADES ILÍCITAS.

CONDICIÓN QUINTA. EXCLUSIONES PARA LOS AMPAROS ADICIONALES DE LA PÓLIZA: EN RELACIÓN CON LOS AMPAROS ADICIONALES QUE SE OTORGUEN, LA PRESENTE PÓLIZA NO CUBRE PÉRDIDA ALGUNA QUE SEA A CONSECUENCIA DE, EN RELACIÓN CON O CUANDO:

PARA EL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES:

a. TUMORES Y CÁNCER DE LA PIEL
b. CÁNCER IN SITU NO INVASIVO EN CUALQUIER ÓRGANO
c. CÁNCER DE SENO Y MATRIZ
d. PARA EL CASO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR, NO SE INCLUYEN TRAUMAS CRANEOENCEFÁLICOS NI ACCIDENTES VASCULARES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS O ACCIDENTES DE LOS QUE EL ASEGURADO PUEDA RECUPERARSE COMPLETAMENTE DENTRO DE LAS SEIS (6) SEMANAS SIGUIENTES AL MISMO.
e. PARA EL CASO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR ENFERMEDAD DE LAS ARTERIAS CORONARIAS, SE EXCLUYEN LA ANGIOPLASTIA, TRATAMIENTO LÁSER, OPERACIONES DE VÁLVULAS, OPERACIÓN POR TUMORACIÓN INTRACARDIACA O ALTERACIÓN CONGÉNITA.
f. EL ASEGURADO PADECE Y/O SE LE DIAGNOSTICA UNA DE LAS ENFERMEDADES CUBIERTAS A CONSECUENCIA DE O EN CONEXIÓN CON EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), LA PRESENCIA DEL VIRUS VIH, ENFERMEDAD DE TIPO SIMILAR BAJO CUALQUIER NOMBRE, ASÍ COMO DE CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE ESTE VIRUS

PARA EL AMPARO DE BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN:

a. CIRUGÍA PLÁSTICA O COSMÉTICA, A MENOS QUE SEA NECESARIA PRACTICARLA COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO EN LA VIGENCIA DEL SEGURO.
b. EMBARAZO, PARTO O ABORTO Y LAS COMPLICACIONES QUE SURJAN DE ELLOS

CONDICIÓN SEXTA. VALORES ASEGURADOS EN LOS AMPAROS BÁSICOS:

BÁSICO DE VIDA: Para créditos hipotecarios o contratos de leasing, será el saldo insoluto de la deuda del crédito amparado por el presente seguro.

Por saldo insoluto de la deuda se entiende el capital no pagado más los intereses corrientes calculados a la fecha de fallecimiento a la tasa pactada para el respectivo crédito.

En el evento de mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y las primas del seguro de vida no canceladas por el deudor.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: Para créditos hipotecarios o contratos de leasing, será el saldo insoluto de la deuda del crédito amparado por el presente seguro.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros S.A.

Por saldo insoluto de la deuda se entiende el capital no pagado más los intereses corrientes calculados a la fecha en la cual **LA COMPAÑÍA** informe por escrito su aceptación respecto de la declaratoria de incapacidad total y permanente del asegurado, a la tasa pactada para el respectivo crédito.

En el evento de mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y las primas del seguro de vida no canceladas por el deudor.

PARÁGRAFO: Tratándose de créditos distintos a hipotecarios y contratos de leasing, el valor asegurado podrá corresponder al valor inicial del crédito (valor del desembolso) o al saldo insoluto de la deuda, según se establezca en condiciones particulares.

Si el valor asegurado contratado corresponde al valor inicial del crédito (valor del desembolso), el primer beneficiario a título oneroso será la entidad financiera que otorgó el crédito, hasta por el saldo insoluto de la deuda y la diferencia, si la hubiere, se pagará a los beneficiarios designados por el asegurado, o en su defecto, a los beneficiarios determinados en la ley.

CONDICIÓN SÉPTIMA. VALORES ASEGURADOS EN LOS AMPAROS ADICIONALES:

ENFERMEDADES GRAVES: La suma asegurada en el amparo de enfermedades graves será el equivalente al 10% del valor de la deuda para cualquiera de los tipos de crédito amparados.

Esta cobertura opera una sola vez durante toda la vigencia de la póliza. En consecuencia ningún asegurado será indemnizado dos veces por el amparo de enfermedades graves.

BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN: Si el asegurado es hospitalizado entre once (11) y treinta (30) días continuos, mediante éste amparo se cubre el valor de una (1) cuota del crédito.

Si la hospitalización se prolonga por más de treinta (30) días continuos, se cubrirá una cuota adicional del crédito por cada mes adicional de hospitalización continuo, sin superar seis (6) cuotas.

Esta cobertura operará máximo una vez por año calendario.

Si se presenta simultáneamente una reclamación por beneficios por hospitalización y enfermedades graves y el saldo insoluto de la deuda queda cubierto con la indemnización de beneficios por hospitalización, el valor de la indemnización por el amparo de enfermedades graves será entregado al asegurado.

CONDICIÓN OCTAVA. SEGURO CONJUNTO: Esta póliza contempla la posibilidad de contratar el seguro de manera conjunta para dos o más asegurados en beneficio unos de otros, respecto de una misma deuda, para los amparos Básico de Vida e Incapacidad Total y Permanente.

Cuando existan dos (2) asegurados respecto de una misma deuda y cada uno de ellos se encuentre cubierto a través de la presente póliza de Vida Individual Deudor, y se produzca la realización del riesgo asegurado respecto de cualquiera de ellos, el seguro terminará para el asegurado sobreviviente o para el no incapacitado total y permanentemente, en la fecha de fallecimiento o declaratoria de incapacidad total y permanente del primero de los asegurados respecto del cual se realizó el riesgo y se canceló la indemnización correspondiente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros S.A.

Si los asegurados fallecen simultáneamente en el mismo evento la cobertura del seguro se reconocerá para cada uno de ellos.

En tal caso, **LA COMPAÑÍA** pagará a la entidad financiera el saldo insoluto de la deuda y a los beneficiarios de cada asegurado el 50% del mismo valor.

Lo anterior, sin perjuicio de los valores remanentes de la suma asegurada que **LA COMPAÑÍA** deba pagar a los beneficiarios de cada asegurado.

CONDICIÓN NOVENA. EDADES MÍNIMAS Y MÁXIMAS DE INGRESO Y PERMANENCIA: La edad mínima de ingreso a la póliza es 18 años. La edad máxima de ingreso para la cobertura Básica de Vida es de 75 años + 364 días con permanencia hasta la cancelación de la deuda.

La edad máxima de ingreso para las coberturas de Incapacidad Total y Permanente, Enfermedades Graves y Beneficios por Hospitalización es de 69 años + 364 días con permanencia hasta los 70 años + 364 días.

CONDICIÓN DÉCIMA. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO: El Tomador/Asegurado, de conformidad con lo establecido en el artículo 1058 del código de comercio, se obliga a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo según los cuestionarios que le sean propuestos por **LA COMPAÑÍA.**

La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que conocidas por **LA COMPAÑÍA** la hubiesen retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producirán la nulidad relativa del contrato de seguro.

Sin embargo, si la inexactitud o la reticencia son imputables a error inculpable del Tomador/Asegurado el contrato no será nulo, pero en caso de siniestro **LA COMPAÑÍA** únicamente estará obligada a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente, respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado de riesgo.

Las sanciones establecidas en esta condición no se aplicarán si **LA COMPAÑÍA,** antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debió conocer los hechos o circunstancias sobre los cuales versan los vicios de la declaración o si ya celebrado el contrato se allana a subsanarlos expresa o tácitamente.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA. IRREDUCTIBILIDAD DE LA SUMA ASEGURADA: De conformidad con lo establecido en el artículo 1160 del Código de Comercio, una vez transcurridos dos (2) años en vida del asegurado, contados desde la fecha de perfeccionamiento del contrato o desde la fecha de perfeccionamiento de su rehabilitación o desde la fecha de aprobación del aumento de la suma asegurada, según el caso, y encontrándose éste vigente, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad.

Este beneficio no se extiende a los amparos adicionales.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA. VIGENCIA DE LA PÓLIZA: La póliza se mantendrá vigente mientras se efectúe el pago de la prima de acuerdo a la periodicidad de pago establecida.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros S.A.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA. INICIO DE LA COBERTURA: La cobertura de la póliza iniciará para los créditos nuevos desde la fecha de desembolso del crédito y para los créditos en curso desde la fecha de aceptación del riesgo por parte de **LA COMPAÑÍA.**

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA. CALCULO DE LA PRIMA: Si el valor asegurado corresponde al saldo insoluto de la deuda, la prima se calculará aplicando al saldo insoluto de la deuda la tarifa correspondiente al género y la edad alcanzada, de acuerdo a las coberturas concedidas o el plan seleccionado. En este caso, el valor sobre el cual se liquida la prima será variable durante la existencia del crédito.

Si el valor asegurado corresponde al valor inicial del crédito (desembolso), es decir que el valor asegurado es constante durante toda la vigencia de la póliza, la prima se calculará aplicando al valor asegurado la tarifa correspondiente al género y la edad que resulte de: sumar a la edad alcanzada al momento de suscribir la póliza, la mitad del tiempo en años del plazo del crédito.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA. PAGO DE PRIMAS: El pago de la prima de la presente póliza se podrá realizar:

a. Mediante débito automático a la cuenta bancaria de donde se efectúe simultáneamente el pago de la cuota del crédito,
b. De tarjeta de crédito previamente autorizada por el Tomador/Asegurado.
c. Pago directo a cuenta recaudadora de **LA COMPAÑÍA**

El tomador/ asegurado dispone de un plazo de treinta (30) días corrientes sin recargo de intereses, para el pago de la prima.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA. REAJUSTE DE VALORES ASEGURADOS: Si la entidad financiera prórroga, refinancia, nova el crédito al Asegurado o le otorga un nuevo crédito, el mismo no será objeto de cobertura por la presente póliza. En tal caso, el Tomador/Asegurado podrá solicitar a **LA COMPAÑÍA** el otorgamiento de una nueva póliza.

Para el otorgamiento de un nuevo seguro en las anteriores circunstancias, **LA COMPAÑÍA** mantendrá las condiciones de asegurabilidad y antigüedad hasta por la suma asegurada establecida en la primera póliza.

En caso de que el valor del nuevo crédito sea superior a la suma asegurada establecida en la primera póliza, **LA COMPAÑÍA** podrá solicitar requisitos de asegurabilidad adicionales.

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA. CONVERTIBILIDAD DE LA PÓLIZA: Si el seguro termina porque se extingue íntegramente la obligación crediticia, los asegurados cuya edad sea igual o menor a 75 años que hayan permanecido asegurados en la presente póliza por lo menos un año continuo, tendrán derecho a ser asegurados sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma asegurada igual a la establecida y por la misma duración del presente seguro, en cualquiera de los planes de seguro de vida individual de los que estén autorizados a **LA COMPAÑÍA,** siempre y cuando lo solicite dentro de los treinta (30) días comunes siguientes, contados a partir de la fecha en que se extinga la obligación amparada por este seguro.

Si el asegurado fallece dentro del plazo para solicitar la póliza individual, conforme lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que ella se hubiere expedido por **LA COMPAÑÍA** (medie o no solicitud de seguro o pago de

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros S.A.

prima), sus beneficiarios tendrán derecho a la prestación asegurada en el amparo básico de vida, caso en el cual se deducirá de la indemnización el valor de la prima correspondiente. Esta condición no se aplica a los amparos de Incapacidad Total y Permanente, Enfermedades Graves ni Beneficios por Hospitalización.

La prima a pagar será la que corresponda al género y edad alcanzada al momento de la convertibilidad.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA. TERMINACIÓN DE ESTE SEGURO: Este seguro termina en los siguientes casos:

a. Por mora en el pago de la prima vencido del plazo otorgado para tal fin en la condición DÉCIMA QUINTA.
b. Por solicitud del Tomador/Asegurado mediante aviso escrito a **LA COMPAÑÍA** con un plazo no menor a sesenta (60) días, para que **LA COMPAÑÍA** pueda dar cumplimiento a lo pactado en la condición VIGÉSIMA.
c. Cuando la obligación crediticia se extinga íntegramente
d. Por el fallecimiento del asegurado
e. Por pago de la suma asegurada en el amparo de incapacidad total y permanente
f. Por el pago de la suma asegurada en el seguro conjunto

Salvo el amparo de Vida e Incapacidad Total y Permanente, los demás amparos podrán ser revocados unilateralmente por **LA COMPAÑÍA** mediante el envío de una comunicación escrita dirigida al asegurado con por lo menos diez (10) días hábiles de antelación a la terminación efectiva del amparo.

La terminación de este seguro no perjudicará las reclamaciones originadas antes de dicha cancelación.

Si después de la terminación de este seguro **LA COMPAÑÍA** llegare a recibir cualquier prima, no significará que el seguro ha sido restablecido y por lo tanto, la obligación de **LA COMPAÑÍA** se limitará a la devolución de dichas primas.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA. MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA: El seguro terminará de manera automática por el no pago de la prima vencido del plazo otorgado para tal fin en la condición DÉCIMA QUINTA.

No obstante lo anterior, la entidad financiera en su condición de beneficiario oneroso podrá pagar por el asegurado las primas en mora correspondientes al valor de la garantía, para evitar la terminación automática del contrato de seguro.

Si posteriormente el asegurado paga las primas que fueron pagadas por la entidad financiera, el valor de las mismas le será restituido a la Entidad.

En todo caso, **LA COMPAÑÍA** deberá dar aviso a la entidad financiera en su condición de primer beneficiario a título oneroso, por escrito y con un mes de anticipación, el hecho que el asegurado incurrió en mora en el pago de la prima, a efecto de que aquella pueda ejercer la facultad que consagra la presente condición.

CONDICIÓN VIGÉSIMA. AVISO AL BENEFICIARIO ONEROSO SOBRE LA REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA: En los casos de mora en el pago de la prima o solicitud de revocación por parte del Tomador/Asegurado, la presente póliza no podrá ser revocada por **LA COMPAÑÍA** en lo que respecta a

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros S.A.

los amparos Básico de Vida e Incapacidad Total y Permanente sin el aviso escrito al Tomador/Asegurado y al beneficiario oneroso con no menos de un (1) mes de antelación a la fecha prevista de revocación.

Tratándose de coberturas diferentes a Vida e Incapacidad Total y Permanente, **LA COMPAÑÍA** podrá revocarlas mediante aviso escrito al Tomador/Asegurado con no menos de diez (10) días de antelación, contados a partir de la fecha de envío de la comunicación.

El pago de primas con posterioridad a la revocación no reestablece las coberturas de la póliza.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA. BENEFICIARIOS: En caso de siniestro la suma asegurada contratada en la póliza será pagada a:

a. El primer beneficiario a título oneroso hasta el saldo insoluto de la deuda

b. Respecto de los valores remanentes si los hubiera, a los beneficiarios gratuitos designados por el asegurado o a los beneficiarios legales cuando no se designe beneficiario, la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA. CAMBIO DE BENEFICIARIOS: La designación de beneficiario a título oneroso no podrá ser revocada ni modificada por el asegurado sin la previa y expresa autorización del beneficiario oneroso.

La designación de beneficiarios a título gratuito podrá ser revocada o modificada por el asegurado en cualquier tiempo mientras la póliza se encuentre vigente, mediante comunicación escrita dirigida a **LA COMPAÑÍA.**

La revocación o modificación de beneficiarios surtirá efecto desde el momento en que dicha comunicación sea entregada en **LA COMPAÑÍA.**

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA. AVISO DE SINIESTRO: El beneficiario y/o asegurado deberá dar aviso a **LA COMPAÑÍA** del acaecimiento del siniestro dentro de los diez (10) días siguientes a aquel en que haya conocido o debido conocer el siniestro.

CONDICIÓN VIGÉSIMA CUARTA. PAGO DEL SINIESTRO: De conformidad con el artículo 1080 del Código de Comercio el pago del siniestro será efectuado por **LA COMPAÑÍA** a los beneficiarios dentro del término legal de un mes contado a partir de la fecha en que se acredite la ocurrencia del siniestro, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1077 del mismo estatuto.

CONDICIÓN VIGÉSIMA QUINTA. ERROR EN LA EDAD: De conformidad con el artículo 1161 del Código de Comercio, si **LA COMPAÑÍA** llegare a comprobar inexactitud en la declaración de la edad del asegurado, se aplicarán las siguientes reglas según el caso:

a. Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por las tarifas de **LA COMPAÑÍA,** el contrato quedará automáticamente sujeto a lo previsto en el artículo 1058 del Código de Comercio, es decir la nulidad relativa.

b. Si la edad verdadera es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que la suma asegurada guarde relación matemática con la prima anual percibida por **LA**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros S.A.

112

COMPAÑÍA.

c. Si la edad verdadera es menor que la declarada, el seguro se aumentará en la proporción necesaria para que la suma asegurada guarde relación matemática con la prima anual percibida por **LA COMPAÑÍA.**

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEXTA. EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN DE LA PÓLIZA: De conformidad con el Parágrafo del artículo 1046 del Código de Comercio, en caso de extravío o destrucción de la póliza, **LA COMPAÑÍA,** a petición del asegurado, expedirá un duplicado del documento original. El duplicado de la póliza reemplazará la anterior extraviada o destruida.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SÉPTIMA. PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN: La mala fe del asegurado o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causará la pérdida de tal derecho.

CONDICIÓN VIGÉSIMA OCTAVA. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS: Toda controversia o diferencia que surja en relación o con ocasión del presente contrato de seguro en cuanto a su celebración, ejecución, desarrollo o terminación, y en general que tenga que ver con el mismo, se resolverá por la vía del arreglo directo, o en su defecto, mediante la decisión de un tribunal de arbitramento designado por la cámara de comercio de la ciudad de expedición de la póliza consignada en la carátula de la misma, de acuerdo con el procedimiento señalado por la ley y el centro de arbitraje y conciliación. El tribunal tendrá un (1) árbitro designado por la cámara de comercio respectiva, quien fallará en derecho.

CONDICIÓN VIGÉSIMA NOVENA. ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN: El Tomador/ Asegurado se obliga a actualizar anualmente la información relativa a su actividad laboral, comercial, financiera y demás contenida en el formulario de vinculación de clientes.

CONDICIÓN TRIGÉSIMA. NOTIFICACIONES: Cualquier notificación que deban hacerse las Partes durante la ejecución de este contrato deberá consignarse por escrito a la última dirección registrada por las Partes.

El Tomador/Asegurado está obligado a informar mediante comunicación escrita dirigida a **LA COMPAÑÍA** cualquier cambio de domicilio. A falta de ello, toda comunicación dirigida al último domicilio conocido del Tomador/Asegurado surtirá efecto en los términos de la presente póliza.

CONDICIÓN TRIGÉSIMA PRIMERA. PRESCRIPCIÓN: La prescripción de las acciones que se deriven del presente contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen, podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos (2) años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco (5) años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Estos términos no podrán ser modificados por las partes.

CONDICIÓN TRIGÉSIMA SEGUNDA. DISPOSICIONES LEGALES: Para todos los aspectos no

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros S.A.

previstos explícitamente en las presentes condiciones, se aplicarán las disposiciones del Código de Comercio y demás normas legales pertinentes.

CONDICIÓN TRIGÉSIMA TERCERA. PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS: De conformidad con lo establecido por las normas legales de Colombia sobre el tema de prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo, el Tomador, Asegurado y beneficiario se obligan con **LA COMPAÑÍA** a realizar las declaraciones que se estipulen en el formulario que para tal fin se les entregue con total veracidad y a suministrar los documentos que se soliciten en dicho formato, tanto al momento de contratar la póliza como en la renovación de la misma y/o al momento del pago de cualquier indemnización.

Cualquier inconsistencia o información falsa en las declaraciones o documentos aportados en razón a la presente condición se entenderá como reticencia en la información y producirá los efectos consagrados en el artículo 1058 del Código de Comercio, sin perjuicio de las sanciones que la ley establezca.

CONDICIÓN TRIGÉSIMA CUARTA. DOMICILIO, LEGISLACIÓN APLICABLE, TERRITORIO Y NOTIFICACIONES: Para todos los efectos relacionados con el presente contrato de seguro y sin perjuicio de las disposiciones procesales, se fija como domicilio de las partes la ciudad y dirección indicadas en la carátula de la póliza.

El presente contrato de seguro se rige por las leyes de la República de Colombia aplicables al mismo.

CONDICIÓN TRIGÉSIMA QUINTA. PROHIBICIÓN DE CESIÓN: El Tomador no podrá ceder su posición contractual ni los derechos derivados de la misma, ni las obligaciones emanadas de este contrato sin previa autorización por escrito de **LA COMPAÑÍA.**

CONDICIÓN TRIGÉSIMA SEXTA. DOCUMENTOS PARA PRESENTAR LA RECLAMACIÓN: Al amparo de lo consagrado en el artículo 1077 del Código de Comercio, al Asegurado o al beneficiario, según corresponda, le corresponderá demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la perdida.

Se sugiere que en caso de presentarse un siniestro que afecte cualquiera de los amparos de esta póliza, el asegurado allegue los siguientes documentos, según apliquen, sin que se constituyan como los únicos medios de prueba para comprobar su derecho a la indemnización:

MUERTE:

- Copia de la póliza
- Carta de reclamación que incluya el número del crédito, teléfono, dirección y correo electrónico del reclamante
- Historia clínica completa del asegurado
- Registro civil de defunción del asegurado
- Registro civil de matrimonio del asegurado
- Registro civil de nacimiento del asegurado y los beneficiarios
- Fotocopia de la Cedula de ciudadanía o documento de identidad del asegurado y de los beneficiarios
- Si la muerte fue natural, historia clínica donde conste la fecha de diagnóstico de la enfermedad causa de la muerte
- Si la muerte fue accidental, por homicidio o suicidio, se deben adjuntar los documentos legales idóneos que determinen que la persona fallecida fue plenamente identificada, y las circunstancias de tiempo, modo

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros S.A.

y lugar como ocurrieron los hechos (acta de levantamiento del cadáver, certificado de medicina legal, certificación de necropsia o informe de autoridad competente)
- Certificación del saldo insoluto de la deuda expedida por la entidad financiera, discriminando los diferentes conceptos que hacen parte de la liquidación (saldo de capital a la fecha del siniestro, intereses corrientes, intereses de mora, primas de seguro de vida)

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:
- Copia de la póliza
- Carta de reclamación del asegurado que incluya el número del crédito, dirección, teléfono y correo electrónico
- Fotocopia de la Cédula de ciudadanía o documento de identidad del asegurado
- Historia clínica completa del asegurado
- Dictamen de pérdida de la capacidad laboral en firme, emitido por la Junta de Calificación de Invalidez, Regional o Nacional, o por las entidades competentes del sistema de seguridad social (EPS, ARL, AFP). Las personas que hacen parte de regímenes especiales, como lo son el Magisterio, las Fuerzas Militares y de Policía, entre otros, deberán aportar como prueba de su incapacidad total y permanente dictamen emitido por la Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez.
- Certificación del saldo insoluto de la deuda expedida por la entidad financiera, discriminando los diferentes conceptos que hacen parte de la liquidación (saldo de capital a la fecha del siniestro, intereses corrientes, intereses de mora, primas de seguro de vida)

ENFERMEDADES GRAVES:
- Copia de la póliza
- Carta de reclamación del asegurado que incluya el número del crédito, dirección, teléfono y correo electrónico
- Fotocopia de la Cédula de ciudadanía o documento de identidad del asegurado
- Historia clínica completa del asegurado
- Informe del médico tratante con fecha del diagnóstico de la enfermedad
- Certificación de saldo insoluto de la deuda expedida por la entidad financiera a la fecha de diagnóstico de la enfermedad.

BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN:
- Copia de la póliza
- Carta de reclamación del asegurado que incluya el número del crédito, dirección, teléfono y correo electrónico
- Fotocopia de la Cédula de ciudadanía o documento de identidad del asegurado
- Certificado de hospitalización donde se incluya la fecha de ingreso y de salida
- Historia clínica completa del asegurado donde conste la fecha y causa de la hospitalización
- Certificación de la entidad financiera sobre el valor de la cuota mensual del crédito

Si del análisis de los documentos aportados, surge la necesidad de documentación adicional, **LA COMPAÑÍA** podrá solicitarlos directamente al asegurado y/o beneficiario(s).

Colmena Seguros S.A.
FIRMA AUTORIZADA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros S.A.

Colmena Seguros

CONCEPTO CALIFICACIÓN MÉDICA

Nombre del asegurado.	CARLOS ALBERTO SANTACRUZ LASSO
No. Cedula.	C.C. No. 98345576
Fecha de ingreso a póliza.	1-. 12/02/2019 Y 2-. 15/02/2017-.
Fecha de ocurrencia del evento por el que reclama.	N/A
Amparo por el que reclama.	I.T.P.
Declaración, examen, condiciones de ingreso.	DOS DECLARACIONES NEGATIVAS DE: 1-. 12/02/2019 Y 2-. 15/02/2017-.
Diagnóstico que motiva el reclamo.	1-. TRSTORNO ESTRÉS POSTRAUMA, TRASTORNO DE ANSIEDAD. 2-. DISFONÍA. POR PÓLIPO LARÍNGEO 3-. HIPOACUSIA-.
Antecedentes (fecha y fuente) Relación. (RC) (NRC)	EN DICTAMEN, TRASTORNO DE ANSIEDAD FECHA H.C. PSIQUIATRÍA DEL 11/11/2003-. TRASTORNO ESTRÉS POSTRAUMA POSTERIOR A EMBOSCADA EN EL AÑO 1998-. DISFONÍA POR CIRUGÍA RESECCIÓN MASA LARÍNGEA, CUERDAS VOCALES 19/10/2016 CON HISTORIA DE DISFONÍA DESDE EL 2014-.
Concepto Médico.	PREEXISTENCIAS NO DECLARADAS EN RELACIÓN CAUSAL CON SU RECLAMO-. NO PROCEDE-. DE HABERSE CONOCIDO SUS ANTECEDENTES AL MOMENTO DE SU SOLICITUD DEL SEGURO, MÉDICAMENTE EL RIESGO PAR LOS AMPAROS ADICIONALES AL BÁSICO DE VIDA INCLUIDO EL MPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE HUBIERAN SIDO RECHAZADOS-. PARA EL AMPARO BÁSICO, HUBIERA REQUERIDO UNA AMPLIACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SUS ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PARA VERIFICAR SI ERA POSIBLE ACEPTAR EL RIESGO O NO-. NO ES POSIBLE DETERMINAR SI EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMA, EL TRASTORNO DE ANSIEDAD ASÍ COMO LA DISFONÍA SE HUBIERAN DETECTADO EN UN EXAMEN MÉDICO DE ASEGURABILIDAD, DEBIDO A QUE CURSAN CON PERÍODOS CÍCLICOS SINTOMÁTICOS ALTERNADOS CON PERÍODOS DE BAJOS O AUSENTES SÍNTOMAS-. DE NO SER MANIFIESTOS EN EL MOMENTO DE UN EXAMEN, HUBIERAN PASADO DESAPERCIBIDOS- LA HIPOACUSIA ES MÁS PROBABLE DE HABER SIDO DETECTADA EN UN EXAMEN DE ASEGURABILIDAD.
Nombre Médico y firma.	DR. JUAN PABLO MERIZALDE PRICE MD
Fecha de evaluación.	27/05/2019, REVISIÓN Y AMPLIACIÓN 01/10/2019

115

Colmena Seguros

SOLICITUD / PÓLIZA SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

[illegible]

Carlos Alberto Santacruz [illegible]

Calle 13 - 31 - [illegible]

$ [illegible]

[illegible]

Carlos Santacruz

[illegible] 98'245 596

- ANEXO -