

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.

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.

- 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.

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.

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.

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:

- Mediante débito automático a la cuenta bancaria de donde se efectúe simultáneamente el pago de la cuota del crédito,
- De tarjeta de crédito previamente autorizada por el Tomador/Asegurado.
- 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

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

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**

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

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 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 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

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