

**CONDICIONES TÉCNICAS MINIMAS OBLIGATORIAS  
SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES LIBRANZA  
BANCO GNB SUDAMERIS**

**TOMADOR**

Banco GNB Sudameris, en adelante el "Banco".

**ASEGURADOS**

Personas que adquieran una deuda con el Banco mediante la modalidad de libranza

**BENEFICIARIO**

Por los amparos de fallecimiento e incapacidad total y permanente, será el Banco a título oneroso hasta el monto del saldo insoluto de la deuda. Para los demás amparos el beneficiario será el deudor asegurado, sus beneficiarios designados o los de Ley.

**INTERÉS ASEGURABLE**

El Banco tiene interés asegurable en las personas, cuya muerte o incapacidad pueden aparejarle un perjuicio económico.

**VALOR ASEGURADO**

El valor asegurado para cada deudor será el saldo insoluto de la deuda reportada por el Tomador, incluyendo capital no pagado más los intereses corrientes y de mora, sobregiros y primas de seguro, y cualquier otra suma que se relacione con la misma operación de crédito.

El valor máximo asegurado es el equivalente a \$350.000.000, por deudor en una o varias operaciones de crédito. Los créditos que superen el monto antes mencionado serán objeto de un estudio por parte de la Aseguradora seleccionada.

## **GRUPO ASEGURABLE**

Lo constituyen los deudores del Banco que sean personas naturales, mediante la línea de crédito de Libranza.

## **OBJETO DEL SEGURO**

Protección de los deudores del Banco, conformado por los deudores principales, deudores solidarios o codeudores.

## **COBERTURAS BÁSICAS**

### **Muerte por cualquier causa**

La Aseguradora, se compromete a pagar la correspondiente suma asegurada al fallecimiento de cualquiera de las personas amparadas en la póliza, bajo las condiciones generales y particulares de la misma. Se incluye Suicidio, Homicidio, Terrorismo (siempre que el deudor asegurado no participe en estos actos terroristas), epidemias, pandemias y SIDA (siempre que no sea preexistente), desde el inicio de vigencia del seguro para cada deudor.

Nota: Este amparo se extiende a cubrir la muerte presunta por desaparecimiento conforme a la definición de la Ley colombiana, es decir, siempre que medie fallo o sentencia por autoridad competente.

## **EXCLUSIONES**

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

**Incapacidad total y permanente, incluyendo la tentativa de homicidio, las lesiones por intento de suicidio y las ocasionadas por epidemias o pandemias.**

Para todos los efectos del presente amparo se entiende por incapacidad total y permanente aquella incapacidad sufrida por el asegurado, que se produzca como consecuencia de lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona desempeñar totalmente su profesión u oficio habitual, siempre que dicha incapacidad haya existido por un período continuo no menor de ciento veinte (120) días, no haya sido provocada por el asegurado, y haya sido calificada con una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%.

Se ampara la incapacidad total y permanente, cuando ésta, así como el evento que da origen a la misma, se produzca dentro de la vigencia de este amparo. De la misma forma, se amparan únicamente aquellos casos de incapacidad total y permanente cuya fecha de estructuración se encuentre dentro de la vigencia de la póliza. Las incapacidades producidas por enfermedades o patologías preexistentes solo podrán tener cobertura cuando estas sean manifestadas expresamente por el asegurado en la Declaración de Asegurabilidad. La incapacidad total y permanente deberá ser certificada por los entes autorizados en el Sistema General de Seguridad Social vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación (EPS, ARL, AFP, Junta Regional o Junta Nacional de calificación de invalidez) o mediante Acta de Junta Médica Laboral, Militar y/o de Policía.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considera como tal:

- a) La pérdida total e irrecuperable de la visión en ambos ojos, no preexistente.
- b) La amputación traumática o quirúrgica de ambas manos, a nivel de la articulación radiocarpiana o por encima de ella.
- c) La amputación traumática o quirúrgica de ambos pies, a nivel de la articulación tibiotarsiana o por encima de ella.
- d) La amputación traumática o quirúrgica de toda una mano y de todo un pie, a nivel de las articulaciones ya definidas.

Se entiende como fecha del siniestro la fecha en que de acuerdo con el dictamen de calificación ejecutoriado se haya estructurado la pérdida de capacidad laboral definida.

PARÁGRAFO: La indemnización por el amparo de Incapacidad Total y Permanente no es acumulable al amparo de Muerte, y por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicha incapacidad, la Aseguradora quedará libre de

toda responsabilidad en lo que se refiere al seguro de Vida Grupo Deudores para el asegurado incapacitado.

## **EXCLUSIONES**

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

**Auxilio funerario**, sin cobro de prima adicional.

La Aseguradora indemnizará la suma de \$1.060.000 por fallecimiento de cualquiera de los deudores que formen parte del grupo asegurado, como un auxilio por concepto de servicios funerarios. El valor se pagará a los beneficiarios nombrados por el asegurado, o en su defecto, a los beneficiarios de ley.

Este valor corresponde a una suma única a indemnizar, independientemente del número de obligaciones que tenga el deudor asegurado.

## **EXCLUSIONES**

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

**Renta por muerte y/o incapacidad total permanente** sin cobro de prima adicional.

En caso de Fallecimiento o de Incapacidad Total y Permanente del deudor asegurado, la Aseguradora reconocerá una suma mensual de \$318.000 durante máximo seis (6) meses. El pago de la renta se puede hacer en un pago único de \$1.908.000. Este beneficio, se otorga siempre y cuando haya lugar a la indemnización por la cobertura Básica o el anexo de Incapacidad Total Permanente.

El valor total definido para este amparo corresponde a una suma única a indemnizar, independientemente del número de obligaciones que tenga el deudor asegurado y se pagará a los beneficiarios designados en caso de fallecimiento o al mismo asegurado en caso de ITP.

## **EXCLUSIONES**

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

El amparo de incapacidad total y permanente y el auxilio de libre destinación por incapacidad total y permanente, no aplicarán si al momento de la valoración médica no fueron otorgados por la compañía de seguros.

## **DEFINICIÓN DE PREEXISTENCIA**

Se entiende por condición médica preexistente, cualquier enfermedad que con anterioridad a la inclusión del Asegurado en la póliza, se haya manifestado, contraído, diagnosticado o por la cual el Asegurado haya recibido tratamiento. También se considerará como condición médica preexistente las consecuencias derivadas de la misma aun cuando tales consecuencias se manifiesten o diagnostiquen con posterioridad al ingreso del asegurado a la póliza.

También se considera condición médica preexistente, las lesiones o secuelas debidas a accidentes ocurridos antes de la inclusión del Asegurado en la póliza.

## **LÍMITES DE EDAD**

### **PARA TODOS LOS AMPAROS DE LA PRESENTE PÓLIZA**

Mínimo para ingresar	18 años
Máximo para Ingresar	75 años + 364 días
Máximo de permanencia	Hasta la cancelación de la deuda, siempre que la póliza esté vigente con la Aseguradora

## **PROCEDIMIENTO PARA LA SUSCRIPCIÓN DEL SEGURO**

Atendiendo los requisitos de asegurabilidad contenidos en la Tabla de Requisitos indicada en la presente oferta, la Aseguradora hará una evaluación del riesgo para determinar la aceptación o rechazo del seguro.

## REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD NUEVOS DEUDORES

Independientemente del valor asegurado, edad y estado del riesgo, las siguientes personas deberán cumplir con la evaluación médica respectiva:

- 1- Pensionados por Sanidad e Invalidez
- 2- Cuando haya asistido al médico con anterioridad y el crédito actual tenga extra prima, excepto en aquellos casos en los cuales el deudor haya sido calificado como riesgo subestándar, se autoriza para refinanciaciones, normalizaciones y reestructuraciones hasta \$20.000.000 adicionales a lo inicialmente aprobado en la calificación médica, sin necesidad de actualizar requisitos de asegurabilidad, siempre que la calificación no supere los doce (12) meses de vigencia.
- 3- Cuando se declaren las siguientes enfermedades:
  - Cáncer /Tumores
  - Infección por VIH (SIDA)
  - Accidente Cerebro Vascular (ACV) o Infarto Agudo Miocardio
  - Enfermedades Neurológicas
  - Otras enfermedades (diferentes a las mencionadas, al estándar y a las extra primadas de acuerdo con el criterio del evaluador).

ENFERMEDAD	MONTO ASEGURADO	HASTA 70 AÑOS	DE 71 A 75
No declara ninguna enfermedad	Hasta \$60.000.000	* Solicitud individual y declaración de asegurabilidad	*Solicitud individual y declaración de asegurabilidad
	De \$60.000.001 a \$100.000.000		*Solicitud individual y declaración de asegurabilidad *Examen medico
	De \$100.000.001 a \$350.000.000		*Solicitud individual y declaración de asegurabilidad * Examen médico * Cuadro Hemático, creatinina en Sangre, electrocardiograma.

Cuando declaran tener Hipertensión Arterial	Hasta \$45.000.000	*Solicitud individual y declaración de asegurabilidad con la extra prima indicada	*Solicitud individual y declaración de asegurabilidad  * Examen médico
	De \$45.000.001 a \$60.000.000	*Solicitud individual y declaración de asegurabilidad *Examen Médico	Solicitud individual y declaración de asegurabilidad * Examen médico  *Cuadro Hemático, creatinina en Sangre  *Electrocardiograma.
	De \$60.000.001 a \$100.000.000		
	De \$100.000.001 a \$350.000.000		
Para los solicitantes que indiquen las siguientes patologías  *Enfermedades Mentales  *Enfermedades cardíacas y vasculares  *Renales  *Diabetes Mellitus  *Metabólicas: Hiperlipidemia, Hipotiroidismo, Hipertiroidismo  *Ceguera  *Colesterol, triglicéridos  *Amputaciones de causa traumática	Hasta \$60.000.000	• Solicitud individual y declaración de asegurabilidad con la extra prima indicada	
	De \$60.000.001 a \$100.000.000	* Solicitud individual y declaración de asegurabilidad * Examen Médico	* Solicitud individual y declaración de asegurabilidad * Examen médico * Cuadro hemático y creatinina en sangre * Electrocardiograma EKG
	De \$100.000.001 a \$350.000.000		



*Taquicardias y/o arritmias, bloqueos cardiacos			
Para los solicitantes que apliquen en los puntos 1,2 y 3,	Hasta \$60.000.000	<ul style="list-style-type: none"><li>Solicitud individual y declaración de asegurabilidad</li><li>* Examen Médico</li></ul>	
	De \$60.000.001 a \$100.000.000		
	De \$100.000.001 a \$350.000.000		
Sin importar si declara o no enfermedades	Para personas con montos superiores a \$350.000.000, serán objeto de análisis y autorización por parte de la aseguradora	<ul style="list-style-type: none"><li>* Solicitud individual y declaración de asegurabilidad</li><li>* Examen médico</li><li>*Cuadro Hemático, triglicéridos, Colesterol, glicemia, creatinina en Sangre.</li></ul> (solicitud de exámenes adicionales a criterio del evaluador de acuerdo con la enfermedad declarada)	
EXTRAPRIMAS	Para las siguientes enfermedades por favor remitirse a la tabla de extra primas: <ul style="list-style-type: none"><li>* *Enfermedades cardíacas y vasculares (enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio, cirugía de corazón abierto, colocación de stent)</li><li>* Renales</li><li>* Enfermedades Mentales (neurosis, ansiedad, depresión, síndrome mental orgánico, trastorno de estrés pos trauma, epilepsia)</li><li>* Diabetes Mellitus</li><li>* *Metabólicas: Hiperlipidemia (Hipercolesterleemia, hiperlipidemia), Hipotiroidismo, Hipertiroidismo</li><li>* Ceguera</li><li>* Colesterol, triglicéridos</li><li>* Amputaciones de causa traumática</li></ul>		

Los RX de Tórax (anteroposterior o Lateral) se solicitará a criterio del médico examinador, en pacientes grandes fumadores , con antecedentes de asma, EPOC, sospecha de enfermedad pulmonar o hipertrofia cardiaca, exámenes cubiertos por la compañía aseguradora.

Todos los exámenes médicos exigidos, así como los exámenes de laboratorio indicados deben ser asumidos por la aseguradora seleccionada y serán efectuados por médicos adscritos a la compañía. La aseguradora asumirá el costo de exámenes adicionales especializados que pudiere llegar a requerir un deudor en razón a su estado de salud.

Para los casos en los cuales se presente restablecimiento de la suma asegurada, por refinanciación o por el otorgamiento de nuevos créditos, no se solicitará el cumplimiento de nuevos requisitos de asegurabilidad adicionales a los presentados para el desembolso del crédito inicial, siempre que no haya transcurrido doce (12) meses entre el crédito inicial y su restablecimiento, el valor asegurado total no supere \$100.000.000 y haya sido calificado como riesgo estándar.

## **PROCESO PARA EVALUACIÓN MÉDICA.**

Para los casos que según la tabla anterior, se requiera de evaluación médica, la Aseguradora deberá proveer un mecanismo virtual para el contacto y valoración médica.

De acuerdo con el resultado del diagnóstico médico, el candidato para el Seguro podrá ser remitido a exámenes médicos a través de la Red Médica dispuesta por la Aseguradora. El médico podrá evaluar la posibilidad de aceptar los exámenes con los cuales cuente el candidato.

## **PRÁCTICA DE EXÁMENES MÉDICOS.**

La Aseguradora seleccionada pondrá a disposición del Banco, la red médica a nivel nacional, con presencia en los lugares donde el Banco cuente con oficinas.

De no contar con la totalidad de la red, la Aseguradora seleccionada autorizará la práctica de los requisitos en un Centro Médico legalmente constituido y reembolsará el costo de los mismos a tarifas de la Aseguradora Seleccionada, en un plazo no mayor a 8 días.

Una vez se realice el examen médico y de laboratorio según el caso, el médico calificador emitirá el concepto médico dentro de los plazos establecidos en el numeral anterior.

## **PLAZO PARA LA ACEPTACIÓN O RECHAZO.**

Tratándose de ciudades donde la Aseguradora seleccionada tenga Sucursal, la respuesta sobre las condiciones de aceptación de un nuevo cliente del Banco se dará así: En Bogotá en ocho (8) horas hábiles, ciudades fuera de Bogotá, veinticuatro (24) horas hábiles, contadas desde la fecha de la práctica o presentación del examen médico.

## **CLÁUSULA ESPECIAL DE NO APLICACIÓN DE EXÁMENES MÉDICOS.**

En caso de que el crédito no exceda de \$5'000.000 y haya respuestas afirmativas a la Declaración de Estado de Salud, el Departamento Médico de la Aseguradora evaluará el riesgo y definirá las condiciones de aceptación del mismo: Aceptado con extra prima, Declinado o Aplazado.

Así mismo, para los clientes que residan a más de una hora de distancia de la ciudad principal donde exista IPS contratada por la aseguradora, serán tramitados con solicitud individual de seguro para calificación médica. Y estos casos serán revisados de manera puntual con la aseguradora seleccionada para su aprobación y definición de ingreso a la póliza, para créditos hasta un monto máximo de \$25.000.000 de valor asegurado por cliente.

## **VALIDEZ DE LA CALIFICACIÓN MÉDICA Y DE LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD.**

La calificación médica que emita la Aseguradora seleccionada tendrá validez hasta por doce (12) meses. La Declaración de Asegurabilidad tendrá igualmente una validez de hasta doce 12 meses.

## **AMPARO AUTOMÁTICO.**

### **Deudores con edad hasta 70 años:**

Se otorgará Amparo Automático desde el momento en que el Banco apruebe el crédito, para los deudores con edad hasta 70 años que hayan diligenciado la solicitud correspondiente, contestando negativamente las preguntas sobre su salud y cuyos créditos o acumulación de créditos no superen los \$350'000.000.

En caso de que alguna de las preguntas sobre salud allí realizadas sea contestada afirmativamente, el deudor deberá practicarse un examen médico y de laboratorio de acuerdo con la tabla de requisitos indicada en la presente invitación y su amparo se iniciará previa autorización de la Aseguradora seleccionada.

### **Deudores con edad entre 71 y 75 años más 364 días:**

Se otorgará Amparo Automático desde el momento en que el Banco apruebe el crédito, para los deudores con edad entre 71 y 75 años más 364 días, que hayan diligenciado la solicitud correspondiente, contestando negativamente las preguntas sobre su salud y cuyos créditos o acumulación de créditos no superen los \$60'000.000. En caso de que alguna de las preguntas sobre salud allí realizadas sea contestada afirmativamente, el deudor deberá practicarse un examen médico y su amparo se iniciará previa autorización de la Aseguradora seleccionada.

### **INICIO Y DURACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL**

La cobertura individual del seguro inicia desde la fecha en que el Banco apruebe el crédito, siempre y cuando el solicitante haya cumplido previamente con los requisitos de asegurabilidad, y estará vigente hasta la terminación del plazo del crédito o hasta el pago de la totalidad de la deuda a cargo del deudor, incluyendo los procesos judiciales para su cobro, siempre que la póliza esté vigente con la Aseguradora seleccionada.

Lo dispuesto anteriormente opera siempre y cuando el solicitante del crédito haya cumplido previamente con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la presente propuesta y medie aprobación formal de la Aseguradora seleccionada en los casos que no encajen en lo establecido en la cláusula de amparo automático.

### **VIGENCIA DEL PROGRAMA DE SEGUROS**

El programa de seguros tendrá vigencias anuales. En caso que la adjudicación se haga por el plazo máximo establecido que es de dos (2) años, la póliza se renovará por períodos iguales.

## **CLÁUSULAS ESPECIALES**

### **CONTINUIDAD DE AMPARO**

Se otorga continuidad de amparo para los asegurados incluidos en la póliza actualmente vigente, en iguales condiciones de edad, calificación (riesgo normal o extra primado), con los mismos amparos y hasta los mismos valores asegurados. Esto significa, que cualquier enfermedad, tratamiento o lesión que se haya presentado en este período, la Compañía no los considerará preexistentes, y en caso de presentarse alguna reclamación por este motivo, no habrá lugar a Objeción.

Los siniestros pagados contra la cláusula de no objeción, no generarán el reconocimiento o pago de los amparos adicionales de Auxilio Funerario, ni Renta por Fallecimiento o Incapacidad Total Permanente.

### **RETICENCIA E INEXACTITUD**

El concepto de reticencia e inexactitud contemplado en el artículo 1058 del Código de Comercio se aplicará respetando el principio de causalidad, es decir, se objetará el pago del seguro solamente en aquellos casos en que la muerte o incapacidad se produzca por causas relacionadas directamente con los hechos materia de inexactitud o de reticencia en la declaración de asegurabilidad.

### **DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES.**

A continuación, se relacionan los documentos necesarios para tramitar el pago de indemnizaciones de las diferentes coberturas. Los documentos se remitirán de forma electrónica.

#### **Muerte Natural**

- Fotocopia del Registro Civil de Defunción o Certificado de Registro de Defunción emitido por la Registraduría cuando el reclamo sea realizado por el Banco.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado.
- Copia de Solicitud Individual de Seguro.
- Información del saldo de la deuda la cual será remitirá por el Banco a través de correo por parte del área encargada.

### **Muerte Accidental**

- Fotocopia del Registro Civil de Defunción o Certificado de Registro de Defunción emitido por la Registraduría cuando el reclamo sea realizado por el Banco
- Fotocopia de la cédula del asegurado
- Certificación de Fiscalía o autoridad competente donde establezca claramente la causa de la muerte
- Información del saldo de la deuda la cual será remitirá por el Banco a través de correo por parte del área encargada
- Copia de la Solicitud Individual del Seguro

### **Incapacidad Total y Permanente**

- Historia clínica completa
- Fotocopia de la cédula del asegurado
- Copia de la Solicitud Individual del Seguro
- Información del saldo de la deuda la cual será remitirá por el Banco a través de correo por parte del área encargada.
- Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral emitida por entes autorizados en el Sistema General de Seguridad Social vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación (EPS, ARL, AFP, Junta Regional o Junta Nacional de calificación de invalidez) o mediante Acta de Junta Médica Laboral, Militar y/o de Policía.