

Señores:

**JUZGADO DÉCIMO (10°) CIVIL MUNICIPAL DE CÚCUTA.**

jcivmcu10@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

**REFERENCIA:** VERBAL  
**RADICADO:** 540014003010-2021-00302-00.  
**DEMANDANTES:** DORAY GUALDRON FORERO Y OTROS  
**DEMANDADOS:** BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y OTRO

**ASUNTO: APORTA PRUEBAS Y SOLICITA TÉRMINO ADICIONAL.**

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, de notas civiles ya conocidas, actuando en calidad de apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, comedidamente procedo dentro del término concedido por el Despacho, a presentar las pruebas requeridas mediante Auto de fecha 25 de septiembre de 2024, en los siguientes términos:

1. Copia de la carátula de la póliza de seguro de vida grupo deudores No. 02 2019 0000199129, Certificado No. 0013-0158-66-4004269981, asegurada DORAY GUALDRON FORERO.

Tratándose de seguros de vida grupo deudor la carátula del seguro está compuesta por la declaración de asegurabilidad, la cual reposa en el expediente pero que se adjunta a este escrito.

2. Copia del certificado de seguro emitido a la asegurada DORAY GUALDRON FORERO, respecto de la póliza de seguro de vida grupo deudores No. 02 2019 0000199129, Certificado No. 00130158664004269981.

Se aporta la correspondiente certificación

3. Copia de la carátula de la póliza de seguro de vida grupo deudores No. 02 2019 0000198946, Certificado No. 0013-0158-69-4004263737, asegurada DORAY GUALDRON FORERO.

Tratándose de seguros de vida grupo deudor la carátula del seguro está compuesta por la declaración de asegurabilidad, la cual reposa en el expediente, pero que se adjunta a este escrito.

4. Copia del certificado de seguro emitido a la asegurada DORAY GUALDRON FORERO, respecto de la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores No. 0220190000198946 – Certificado No. 0013-0158- 69-4004263737.

Se aporta la correspondiente certificación

5. Copia de la solicitud/declaración de asegurabilidad diligenciada el día 22 de noviembre de 2016 por la señora DORAY GUALDRON FORERO, respecto de cada una de las pólizas de seguro de vida grupo deudores, así, Póliza de seguro de vida grupo deudores:

Se aporta las dos declaraciones de asegurabilidad suscritas por la señora Doray Gualdrón Forero respecto a las siguientes pólizas, que se aclara corresponden a los mismos documentos señalados en el numeral primero de este escrito:

- Póliza No. 02 2019 0000199129 Certificado No. 0013-0158-664004269981.
- Póliza No. 02 2019 0000198946 – Certificado No. 0013-0158-69-4004263737.

6. Copia de las condiciones generales de las Pólizas de Seguro de Vida Grupo Deudores mencionadas en precedencia, Tomador: BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. “BBVA”, Asegurado: DORAY GUALDRON FORERO.

Se aporta el respectivo clausulado.

7. En cuanto a lo atinente a “que se ordene a las codemandadas la exhibición del original del documento denominado “SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES” de las Pólizas: a) Póliza No. 02 2019 0000199129 Certificado No. 0013-

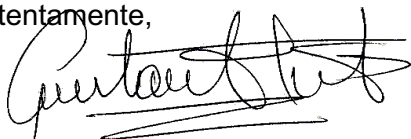
015866-4004269981 y b) Póliza No. 02 2019 0000198946 – Certificado No. 00130158-69-4004263737; frente a ello, se accede; por ende, se requiere al Representante Legal de la entidad aseguradora, para que proceda de conformidad, las cuales deben ser allegadas en el término mencionado en los párrafos que antecede.”

Frente a este requerimiento comedidamente se solicita al Despacho que conceda un término adicional para atender la solicitud, teniendo en cuenta que los documentos originales se encuentran en los archivos y para poder obtenerlos y enviarlos desde la ciudad de Bogotá hasta la ciudad de Cúcuta se requiere adelantar unas gestiones adicionales que no se ha podido cumplir dentro del término concedido, sin embargo, se reitera la total disposición por acatar la orden impartida por su señoría.

#### **I. NOTIFICACIONES**

- El suscrito en la Carrera 11 No. 94ª-56, Oficina 201, en la ciudad de Bogotá D.C.  
**Correo electrónico:** [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)
- Mi procurada, **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, recibirá notificaciones en la Carrera 9 No. 72 – 21, Piso 8, en la ciudad de Bogotá D.C.  
**Correo electrónico:** [judicialesseguros@bbva.com](mailto:judicialesseguros@bbva.com)
- La parte demandante recibirá notificaciones en las direcciones que relaciona en su libelo.

Atentamente,



**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**  
C.C. No. 19.395.114 expedida en Bogotá D.C.  
T. P. No. 39.116 del C. S. de la J.

SOLICITUD/CERTIFICADO  
SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES PÓLIZA No. 052842000085

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente, Desmembración o inutilización.

| FECHA DE CONTABILIZACIÓN DEL CRÉDITO |     |     | SUCURSAL                       | CIUDAD |
|--------------------------------------|-----|-----|--------------------------------|--------|
| Año                                  | Mes | Día |                                |        |
| BENEFICIARIO                         |     |     | NIT                            |        |
| BBVA COLOMBIA S.A.                   |     |     | 860.003.020-1                  |        |
| VIGENCIA DESDE                       |     |     | VIGENCIA HASTA                 |        |
| Año                                  | Mes | Día | FIN DEL CRÉDITO A LAS 24 HORAS |        |

| DATOS DEL TOMADOR/ASEGURADO |  |                |            |  |
|-----------------------------|--|----------------|------------|--|
| NOMBRES Y APELLIDOS         |  | IDENTIFICACIÓN | EDAD       |  |
| Doray Guldron Forero        |  | 37886878       | 56         |  |
| DIRECCIÓN                   |  | TELÉFONO       | CIUDAD     |  |
| VIEH # 3-02                 |  | 3380483        | Sangil     |  |
| FECHA DE NACIMIENTO         |  | SEXO           | OCCUPACIÓN |  |
| Año 60 Mes 4 Día 3          |  | M              | Pensionada |  |

| DATOS DEL SEGURO |             |              |               |                                        |
|------------------|-------------|--------------|---------------|----------------------------------------|
| TASA             | EXTRA PRIMA | ANEXO ITP    | OBLIGACIÓN NO | VALOR DE LA OBLIGACIÓN (Vr. Asegurado) |
| %                | %           | SI No        |               |                                        |
| PRIMA ANUAL      |             | PERIODICIDAD | A S T M       | Vr. PRIMA                              |

| NOMBRES Y APELLIDOS | PARENTESCO | % PARTICIPACIÓN |
|---------------------|------------|-----------------|
|                     |            |                 |
|                     |            |                 |

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS A MANO POR EL ASEGURADO EN FORMA CLARA SIN USAR RAYAS NI COMILLAS

| DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (DATOS SENSIBLES)                                                                                            |      |    |       |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----|-------|-------|
| ESTATURA                                                                                                                                   | PESO | Kg | FUMAR | SI No |
| 1.60m                                                                                                                                      | 62   |    |       | No    |
| ¿Cuántos cigarrillos diarios?                                                                                                              |      |    |       |       |
| Camina                                                                                                                                     |      |    |       |       |
| ¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?                                                                                        |      |    |       |       |
| X                                                                                                                                          |      |    |       |       |
| ¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?                                                                                                 |      |    |       |       |
| X                                                                                                                                          |      |    |       |       |
| ¿HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO ANTIALCOHÓLICO O POR DROGADICCIÓN?                                                                         |      |    |       |       |
| X                                                                                                                                          |      |    |       |       |
| ¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?                                                                                         |      |    |       |       |
| X                                                                                                                                          |      |    |       |       |
| ¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS?                                  |      |    |       |       |
| X                                                                                                                                          |      |    |       |       |
| TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS                                                                                                        |      |    |       |       |
| X                                                                                                                                          |      |    |       |       |
| PARÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLOR, DOLORS DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO                                   |      |    |       |       |
| X                                                                                                                                          |      |    |       |       |
| BOCIO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO                                                                                       |      |    |       |       |
| X                                                                                                                                          |      |    |       |       |
| REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MÚSCULOS O COLUMNA                                                                |      |    |       |       |
| X                                                                                                                                          |      |    |       |       |
| ENFERMEDADES DEL BAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFÁTICO O ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS   |      |    |       |       |
| X                                                                                                                                          |      |    |       |       |
| DOLOR EN EL PECHO, TENSIÓN ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN                                                       |      |    |       |       |
| X                                                                                                                                          |      |    |       |       |
| ENFERMEDADES RENALES-CÁLCULOS-PRÓSTATA-TESTÍCULOS                                                                                          |      |    |       |       |
| X                                                                                                                                          |      |    |       |       |
| ASMA, TOS CRÓNICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO                                          |      |    |       |       |
| X                                                                                                                                          |      |    |       |       |
| ÚLCERA DEL ESTÓMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, ESÓFAGO, VESÍCULA, HÍGADO, DIARREAS FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO |      |    |       |       |
| X                                                                                                                                          |      |    |       |       |
| ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, RONQUERA O PROBLEMAS DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS                                          |      |    |       |       |
| X                                                                                                                                          |      |    |       |       |
| CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE                                                                                                        |      |    |       |       |
| X                                                                                                                                          |      |    |       |       |
| SI ES MUJER, ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENO, MATRIZ, OVARIOS?                                                                   |      |    |       |       |
| X                                                                                                                                          |      |    |       |       |
| ¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRÁCTICA DE EXAMEN PARA DIAGNÓSTICO DEL SIDA? CASO POSITIVO INDIQUE EL RESULTADO. |      |    |       |       |
| X                                                                                                                                          |      |    |       |       |
| ¿SUFRE O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE?                                                              |      |    |       |       |
| X                                                                                                                                          |      |    |       |       |

SI CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DETALLE LA ENFERMEDAD Y FECHAS DE OCURRENCIA:

Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas, verdicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio.

En créditos de libranza y Consumer finance, si hay lugar a pago de indemnización que exceda el valor de la deuda, la proporción en exceso se entregará a los beneficiarios designados por el asegurado o en su defecto a los beneficiarios de ley.

Las actividades a las que me dedico son lícitas y no generan ningún riesgo o azarosidad contra mi vida.

En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y/o episódios o historias clínicas aún con posterioridad a la ocurrencia de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse.

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

BBVA Seguros recolectará, usará y tratará sus datos personales principalmente para fines relacionados con la actividad y prestación de servicios afines a la actividad aseguradora, así como para actividades de marketing, mercados, atención al cliente y demás establecidas en nuestra política de tratamiento de datos personales disponible en [www.bbvasseguros.com](http://www.bbvasseguros.com). El cliente imparte de manera previa, expresa e informada las siguientes autorizaciones: A BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y a BBVA SEGUROS COLOMBIA S.A. como responsables del tratamiento, a los encargados del mismo o a quien represente sus derechos, para las siguientes finalidades: El cumplimiento de obligaciones establecidas en la ley, en normas extranjeras e internacionales, análisis de riesgos, generación de estadísticas, de control, supervisión, muestreo, mercados y comercialización de productos, verificación y actualización de información. En todo caso, el cliente se reserva el derecho de solicitar que no se utilice la información con fines de mercadeo y/o promoción de productos o servicios, en desarrollo de lo anterior los mismos podrán: a) almacenar, consultar, procesar, reportar, obtener, actualizar, compilar, tratar, intercambiar, compartir, enviar, modificar, emplear, utilizar, eliminar, ofrecer, suministrar, grabar, conservar y divulgar a responsables o encargados del tratamiento de datos personales, los operadores, centrales o bases de información y/o cualquier otra entidad nacional o extranjera que tenga los mismos fines así como a contratistas y/o terceras personas con las cuales se establezcan relaciones comerciales, legales, contractuales, que permitan el desarrollo del objeto social de la Aseguradora, la información de carácter personal, incluida la de carácter financiero, así como aquella que se derive de la relación y/o operaciones que llegue a celebrar con el responsable del tratamiento o que llegaren a conocer, siempre que a tales compañías, contratistas y/o terceros se les exija cumplir la ley Colombiana sobre protección o tratamiento de datos personales y las políticas internas del BBVA; b) transferir o transmitir, nacional o internacionalmente, y suministrar toda la información para los fines indicados y el desarrollo, prestación de los servicios principales, accesorios y conexos de responsable, los encargados y demás sujetos citados. Igualmente, se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad. Sus derechos son los previstos en la constitución y las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012 los cuales puede ejercer observando igualmente nuestra política de tratamiento de datos personales que se encuentra en nuestra página web. El cliente se obliga a suministrar información veraz y verificable, actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros entregando los soportes y documentos correspondientes.

\*Terminación automática del contrato de seguro, la mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato" Art. 1068 Código de Comercio.

El censual con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas: [www.bbvasseguros.com.co](http://www.bbvasseguros.com.co) y [www.bbva.com.co](http://www.bbva.com.co)

CERTIFICO QUE RECIBI LA INFORMACION RELATIVA AL PRODUCTO DE FORMA CLARA Y COMPLETA QUE DILIGENCIA TIBREMENTE LA INFORMACION CONTENIDA EN ESTA SOLICITUD INCLUYENDO Y ESTADO REAL DE SALUD Y SUSCRIBO EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL PRESENTE SEGURO.

Para constancia se firma en Guango a los 22 días del mes de NOV de 2016

|                                                                                               |                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><i>[Firma]</i></p> <p>ASEGURADO</p> <p>Dirección pa<br/>Líne<br/>Consumidor Financiero</p> | <p>SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO</p> <p>IVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.<br/>Teléfono 2191100<br/>232224<br/>ivacolombia@bbva.com.co</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|





**BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**  
**Nit. 800.240.882 - 0**

**C E R T I F I C A :**

Que: El (a) Señor (a) **DORAY GUALDRON FORERO**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **37.886.878**, adquirió la obligación No. **0013-0158-00-9609293622** con el Banco BBVA Colombia, la cual se encontraba asegurada bajo la Póliza de Seguro **Vida Grupo Deudores** No. **02 219 0000199129** certificado No. **0013-0158-66-4004269981** con una periodicidad de pago mensual vencido y bajo las siguientes coberturas:

| AMPARO                            | *VR. ASEGURADO  |
|-----------------------------------|-----------------|
| Vida (Muerte por cualquier causa) | \$53,000,000.00 |
| Incapacidad total y permanente    | \$53,000,000.00 |

La última prima cobrada fue por \$39.750, correspondiente al periodo del 22/11/2023 al 21/12/2023.

La póliza fue formalizada con fecha 29/11/2016 y revocada el día 21/12/2023. El beneficiario oneroso de la póliza fue BBVA Colombia, 100%.

Se expide la presente certificación en la ciudad de Bogotá D.C., a los ocho (08) días del mes de octubre del año dos mil veinticuatro (2024).

Cordialmente,



**BBVA Seguros de Vida Colombia S.A | Servicio al cliente.**

Tel: 601 - 307-80-80 | 01-8000-934-020 | [clientes@bbvaseguros.com.co](mailto:clientes@bbvaseguros.com.co)

**BBVA Seguros** - Carrera 9 No 72 - 21 Piso 8 Bogotá Colombia

Elaborado por: V.J.

Se adjunta copia del Clausulado con condiciones generales de la póliza.

**- Artículo 1068 del Código de Comercio.-Terminación Automática del contrato de Seguros "La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por la ocasión de la expedición de contrato".**

"En nombre de BBVA SEGUROS reiteramos nuestro interés en servirle cada día mejor, por lo cual quedamos atentos a atender sus solicitudes y a resolver sus inquietudes a través de nuestra línea de servicio al Cliente en Bogotá al 307 8080 y a nivel nacional al 01 800 09 34020. También podrá acudir a nuestro Defensor del Consumidor Financiero, cuya función es la de ser vocero de los clientes o usuarios ante BBVA SEGUROS, así como conocer y resolver de manera objetiva y gratuita las quejas relativas a la prestación del servicio. Para este efecto debe enviar una solicitud escrita al Dr. Guillermo Dajud Fernández, Defensor del Consumidor Financiero principal, o a su suplente, Dr. Ángela Lucía Bibiana Gómez de lunes a viernes a la Carrera 9 No. 72-21 Piso 2º, en Bogotá, D.C.; teléfono 343 8385, fax 343 8387, por correo electrónico al e-mail: [defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co](mailto:defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co) o directamente en cualquiera de las oficinas de BBVA SEGUROS. Dicha solicitud debe contener los nombres y apellidos completos del reclamante, su documento de identidad, domicilio y dirección o e-mail para recepción de la correspondencia, número de teléfono y/o fax, y una descripción de los hechos y derechos que se consideren vulnerados."

SOLICITUD/CERTIFICADO  
SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES PÓLIZA No. 052842000085

Amparos: Vida Incapacidad Total y Permanente, Desmembración o inutilización.

| FECHA DE CONTABILIZACIÓN DEL CRÉDITO |     |     | SUCURSAL                       | CIUDAD |
|--------------------------------------|-----|-----|--------------------------------|--------|
| Año                                  | Mes | Día |                                |        |
| BENEFICIARIO                         |     |     | NIT                            |        |
| BBVA COLOMBIA S.A.                   |     |     | 860.003.020-1                  |        |
| VIGENCIA DESDE                       |     |     | VIGENCIA HASTA                 |        |
| Año                                  | Mes | Día | FIN DEL CRÉDITO A LAS 24 HORAS |        |

| DATOS DEL TOMADOR/ASEGURADO |                |         |
|-----------------------------|----------------|---------|
| NOMBRES Y APELLIDOS         | IDENTIFICACIÓN | EDAD    |
| Dora y baldon torero        | 37886878       | 56      |
| DIRECCIÓN                   | TELÉFONO       | CIUDAD  |
| Ule 1443-02                 | 31390415       | San Gil |
| FECHA DE NACIMIENTO         | Año            | Mes     |
|                             | 60             | 4       |
| SEXO                        | M              | Y       |
| OCCUPACIÓN/PROFESIÓN        | Pensionada     |         |

| DATOS DEL SEGURO                                                                            |             |                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------|
| TASA                                                                                        | EXTRA PRIMA | ANEXO ITP       |
| %                                                                                           | %           | Si No           |
| PRIMA ANUAL                                                                                 |             |                 |
| Beneficiario en exceso del seguro (Únicamente para créditos de Libranza y Consumer finance) |             |                 |
| NOMBRES Y APELLIDOS                                                                         | PARENTESCO  | % PARTICIPACIÓN |

| TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS A MANO POR EL ASEGURADO EN FORMA CLARA SIN USAR RAYAS NI COMILLAS |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (DATOS SENSIBLES)                                                             |  |  |

|                                                                                                                                            |           |      |       |      |    |    |                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------|-------|------|----|----|-------------------------------|
| ESTATURA                                                                                                                                   | 1.60m     | PESO | 62 Kg | FUMA | Si | No | ¿Cuántos cigarrillos diarios? |
| Deportes que practica                                                                                                                      | dominante |      |       |      |    |    |                               |
| ¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?                                                                                        | X         |      |       |      |    |    |                               |
| ¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?                                                                                                 | X         |      |       |      |    |    |                               |
| ¿HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO ANTIALCOHÓLICO O POR DROGADICCIÓN?                                                                         | X         |      |       |      |    |    |                               |
| ¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?                                                                                         | X         |      |       |      |    |    |                               |
| ¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS?                               | X         |      |       |      |    |    |                               |
| TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS                                                                                                        | X         |      |       |      |    |    |                               |
| PARÁLISIS, EPILEPSIA, VERTIGOS, TEMBLOR, DOLORS DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO                                   | X         |      |       |      |    |    |                               |
| BÓCIO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO                                                                                       | X         |      |       |      |    |    |                               |
| REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MÚSCULOS O COLUMNA                                                                | X         |      |       |      |    |    |                               |
| ENFERMEDADES DEL BAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFÁTICO O ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS   | X         |      |       |      |    |    |                               |
| DOLOR EN EL PECHO, TENSIÓN ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN                                                       | X         |      |       |      |    |    |                               |
| ENFERMEDADES RENALES-CÁLCULOS-PRÓSTATA-TESTÍCULOS                                                                                          | X         |      |       |      |    |    |                               |
| ASMA, TOS CRÓNICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO                                          | X         |      |       |      |    |    |                               |
| ÚLCERA DEL ESTÓMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, ESÓFAGO, VESÍCULA, HÍGADO, DIARREAS FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO | X         |      |       |      |    |    |                               |
| ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, RONQUERA O PROBLEMAS DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS                                          | X         |      |       |      |    |    |                               |
| CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE                                                                                                        | X         |      |       |      |    |    |                               |
| SI ES MUJER, ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENOS, MATRIZ, OVARIOS?                                                                  | X         |      |       |      |    |    |                               |
| ¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRÁCTICA DE EXAMEN PARA DIAGNÓSTICO DEL SIDA? CASO POSITIVO INDIQUE EL RESULTADO. | X         |      |       |      |    |    |                               |
| ¿SUFRE O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE?                                                              | X         |      |       |      |    |    |                               |

SI CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DETALLE LA ENFERMEDAD Y FECHAS DE OCURRENCIA:

|  |
|--|
|  |
|--|

Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas, verdaderas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio.

En créditos de libranza y Consumer finance, si hay lugar a pago de indemnización que exceda el valor de la deuda, la proporción en exceso se entregará a los beneficiarios designados por el asegurado o en su defecto a los beneficiarios de ley.

Las actividades a las que me dedico son lícitas y no generan ningún riesgo o azarosidad contra mi vida. En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y/o episodios o historias clínicas aún con posterioridad a la ocurrencia de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse.

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

BBVA Seguros recolectará, usará y tratará sus datos personales principalmente para fines relacionados con la actividad y prestación de servicios afines a la actividad aseguradora, así como para actividades de marketing, mercadeo, atención al cliente y demás establecidas en nuestra política de tratamiento de datos personales disponible en [www.bbvasseguros.com](http://www.bbvasseguros.com). El cliente imparte de manera previa, expresa e informada las siguientes autorizaciones: A BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y a BBVA SEGUROS COLOMBIA S.A. como responsables del tratamiento, a los encargados del mismo o a quien represente sus derechos, para las siguientes finalidades: El cumplimiento de obligaciones establecidas en la ley, en normas extranjeras e internacionales, análisis de riesgos, generación de estadísticos, de control, supervisión, muestreos, mercadeo y comercialización de productos, verificación y actualización de información. En todo caso, el cliente se reserva el derecho de solicitar que no se utilice la información con fines de mercadeo y/o promoción de productos o servicios, en desarrollo de lo anterior los mismos podrán: a) almacenar, consultar, procesar, reportar, obtener, actualizar, compilar, tratar, intercambiar, compartir, enviar, modificar, emplear, utilizar, eliminar, ofrecer, suministrar, grabar, conservar y divulgar a responsables o encargados del tratamiento de datos personales, los operarios, centrales o bases de información y/o cualquier otra entidad nacional o extranjera que tenga los mismos fines así como a contratistas y/o terceras personas con las cuales se establezcan relaciones comerciales, legales, contractuales, que permitan el desarrollo del objeto social de la Aseguradora, la información de carácter personal, incluida la de carácter financiero, así como aquella que se deriva de la relación y/u operaciones que llegue a celebrarse con el responsable del tratamiento o que llegaren a conocer, siempre que a tales compañías, contratistas y/o terceros se les exija cumplir la ley Colombiana sobre protección o tratamiento de datos personales y las políticas internas del BBVA; b) transferir o transmitir, nacional o internacionalmente, y suministrar toda la información para los fines indicados y el desarrollo, prestación de los servicios principales, accesorios y conexos de responsable, los encargados y demás sujetos citados. Igualmente, se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad. Sus derechos son los previstos en la constitución y las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012 los cuales puede ejercer observando igualmente nuestra política de tratamiento de datos personales que se encuentra en nuestra página web. El cliente se obliga a suministrar información veraz y verificable, actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros entregando los soportes y documentos correspondientes.

\*Terminación automática del contrato de seguro, la mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anejos que se emiten con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato" Art. 1058 Código de Comercio.

El clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas: [www.bbvasseguros.com.co](http://www.bbvasseguros.com.co) y [www.bbva.com.co](http://www.bbva.com.co)

CERTIFICO QUE RECIBI LA INFORMACIÓN RELATIVA AL PRODUCTO DE FORMA CLARA Y COMPLETA, QUE DILIGENCIE LIBREMENTE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE SOLICITUD INCLUYENDO MI ESTADO REAL DE SALUD Y SUSCRIBO EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL PRESENTE SEGURO.

Para constancia se firma en Bimengra a los 22 días del mes de NOV de 2016

|                                                                                      |  |                                                                                    |                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>ASEGURADO</b></p> <p>Dirección para<br/>Línea<br/>Consumidor Financiero Ca</p> |  | <p>SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO</p> <p>M026300110236201589609261785</p> | <p>A SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.</p> <p>fono 2191100<br/>2224<br/><a href="mailto:acolombia@bbva.com.co">acolombia@bbva.com.co</a></p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



**BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**  
**Nit. 800.240.882 - 0**

**C E R T I F I C A :**

Que: El (a) Señor (a) **DORAY GUALDRON FORERO**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **37.886.878**, adquirió la obligación No. **0013-0158-00-9609261785** con el Banco BBVA Colombia, la cual se encontraba asegurada bajo la Póliza de Seguro **Vida Grupo Deudores** No. **02 219 0000198946** certificado No. **0013-0158-69-4004263737** con una periodicidad de pago mensual vencido y bajo las siguientes coberturas:

| AMPARO                            | *VR. ASEGURADO  |
|-----------------------------------|-----------------|
| Vida (Muerte por cualquier causa) | \$44,200,000.00 |
| Incapacidad total y permanente    | \$44,200,000.00 |

La última prima cobrada fue por \$33.150, correspondiente al periodo del 04/11/2021 al 03/12/2021.

La póliza fue formalizada con fecha 28/11/2016 y revocada el día 03/12/2021. El beneficiario oneroso de la póliza fue BBVA Colombia, 100%.

Se expide la presente certificación en la ciudad de Bogotá D.C., a los ocho (08) días del mes de octubre del año dos mil veinticuatro (2024).

Cordialmente,



**BBVA Seguros de Vida Colombia S.A | Servicio al cliente.**

Tel: 601 - 307-80-80 | 01-8000-934-020 | [clientes@bbvaseguros.com.co](mailto:clientes@bbvaseguros.com.co)

**BBVA Seguros** - Carrera 9 No 72 - 21 Piso 8 Bogotá Colombia

Elaborado por: V.J.

Se adjunta copia del Clausulado con condiciones generales de la póliza.

**- Artículo 1068 del Código de Comercio.-Terminación Automática del contrato de Seguros "La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por la ocasión de la expedición de contrato".**

"En nombre de BBVA SEGUROS reiteramos nuestro interés en servirle cada día mejor, por lo cual quedamos atentos a atender sus solicitudes y a resolver sus inquietudes a través de nuestra línea de servicio al Cliente en Bogotá al 307 8080 y a nivel nacional al 01 800 09 34020. También podrá acudir a nuestro Defensor del Consumidor Financiero, cuya función es la de ser vocero de los clientes o usuarios ante BBVA SEGUROS, así como conocer y resolver de manera objetiva y gratuita las quejas relativas a la prestación del servicio. Para este efecto debe enviar una solicitud escrita al Dr. Guillermo Dajud Fernández, Defensor del Consumidor Financiero principal, o a su suplente, Dr. Ángela Lucía Bibiana Gómez de lunes a viernes a la Carrera 9 No. 72-21 Piso 2º, en Bogotá, D.C.; teléfono 343 8385, fax 343 8387, por correo electrónico al e-mail: [defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co](mailto:defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co) o directamente en cualquiera de las oficinas de BBVA SEGUROS. Dicha solicitud debe contener los nombres y apellidos completos del reclamante, su documento de identidad, domicilio y dirección o e-mail para recepción de la correspondencia, número de teléfono y/o fax, y una descripción de los hechos y derechos que se consideren vulnerados."

## **PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES BANCASEGUROS**

### **AMPARO BÁSICO**

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., EN ADELANTE DENOMINADA “LA COMPAÑÍA”, CUBRE A LOS MIEMBROS DEL GRUPO ASEGURADO CONTRA EL RIESGO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA, INCLUYENDO EL SUICIDIO Y HOMICIDIO DESDE EL PRIMER DÍA, HASTA POR LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA ESTE AMPARO.

### **EXCLUSIONES**

EL AMPARO BÁSICO NO CONTEMPLA EXCLUSIONES

### **CONDICIONES GENERALES**

#### **CLÁUSULA PRIMERA – EL TOMADOR**

Es la persona jurídica a cuyo nombre se expide la presente póliza para asegurar un número determinado de personas.

#### **CLÁUSULA SEGUNDA – GRUPO ASEGURADO**

Es el constituido por un conjunto de personas naturales vinculadas bajo una misma personería jurídica en virtud de una situación legal reglamentaria, o que tienen con una tercera persona (TOMADOR) relaciones estables de la misma naturaleza, cuyo vínculo no tenga relación con el único propósito de contratar el seguro de vida.

#### **CLÁUSULA TERCERA – PAGO DE PRIMAS**

El pago de la primera prima o cuota es condición indispensable para la iniciación de la vigencia del seguro.

Para el pago de las demás primas anuales o fraccionadas, “LA COMPAÑÍA” concede sin recargo de intereses un plazo de gracia de un mes a partir de la fecha de cada vencimiento. Durante dicho plazo se considerará el seguro en vigor y por consiguiente si ocurriere algún siniestro, “LA COMPAÑÍA” tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas pendientes de pago por parte del tomador, hasta completar la anualidad respectiva.

Si las primas posteriores a la primera no fueran pagadas antes de vencerse el plazo de gracia, se producirá la terminación del contrato y “LA COMPAÑÍA” quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de dicho plazo.

#### **CLÁUSULA CUARTA – FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS**

Las primas están calculadas con forma de pago anual, pero pueden ser pagadas en fracciones semestrales, trimestrales o mensuales, mediante aplicación de recargos.

En grupo deudores las primas dependen de la periodicidad pactada para la amortización de la deuda, por lo tanto estas primas no están sujetas a recargo por pago fraccionado.

#### **CLÁUSULA QUINTA – REVOCACIÓN DEL CONTRATO**

Si el Tomador avisa por escrito a “LA COMPAÑÍA” para que esta póliza sea revocada, será responsable de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de la revocación. El contrato quedará revocado en la fecha del recibo de tal comunicación por “LA COMPAÑÍA” o en la fecha especificada por el tomador, si esta es posterior a la fecha de recibido para tal terminación y el tomador será responsable de pagar a “LA COMPAÑÍA” todas las primas adeudadas en esa fecha.

“LA COMPAÑÍA” devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de revocación. El valor de la prima devengada y de la devolución se calculará a prorrata.

#### **CLÁUSULA SEXTA – DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE**

El tomador y los asegurados individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por “LA COMPAÑÍA”.

La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por “LA COMPAÑÍA”, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del presente contrato. Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud produce igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculparable del tomador, el contrato no será nulo, pero “LA COMPAÑÍA” sólo estará obligada en caso de siniestro 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 del riesgo.

Si la reticencia o la inexactitud provienen del asegurado, se aplicará lo contenido en el artículo 1058 del código de comercio.

#### **CLÁUSULA SÉPTIMA - IRREDUCTIBILIDAD**

Transcurridos dos (2) años en vida del asegurado, desde la fecha en que se perfecciona el contrato, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad.

#### **CLÁUSULA OCTAVA – TERMINACIÓN DEL AMPARO BÁSICO**

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

- a. Por falta de pago de prima.
- b. Cuando el tomador solicite por escrito la exclusión del seguro, excepto en el seguro de deudores.
- c. Un mes después de haber dejado de pertenecer al grupo asegurado.
- d. Al vencimiento de la póliza si ésta no se renueva.
- e. A la terminación o revocación del contrato por parte del tomador.
- f. En el aniversario de la póliza más próximo a la fecha en que el asegurado cumpla la edad definida en las condiciones generales y particulares de la póliza.
- g. Por la extinción total de la obligación en el caso de seguros de deudores.
- h. Al momento en que a un asegurado se le indemnice los porcentajes de la suma asegurada contemplados en el anexo de Incapacidad Total y Permanente, desmembración o inutilización, si han sido contratados por el tomador.
- i. En el momento de disolución del grupo asegurado.

Se entenderá disuelto, cuando el grupo quede integrado por un número inferior a 10 asegurados durante la vigencia de la póliza.

#### **CLÁUSULA NOVENA – RENOVACIÓN**

La presente póliza es renovable a voluntad de las partes contratantes.

Si las partes, con anticipación no menor de un mes a la fecha de su vencimiento no manifestare lo contrario, el contrato se entenderá renovado automáticamente por un período igual al pactado, sin perjuicio de lo estipulado en la cláusula quinta de la presente póliza.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA- CONVERTIBILIDAD**

Los asegurados que se separen del grupo tendrán derecho a asegurarse sin nuevos requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo esta póliza, pero sin beneficios adicionales, en cualquiera de los planes de seguro individual de los que emite “LA COMPAÑÍA”, con excepción de los planes

temporales o crecientes, siempre y cuando lo solicite dentro de un mes contado a partir de su retiro del grupo asegurado. El seguro individual se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan y conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el asegurado y su ocupación en la fecha de solicitud. En caso de haberse aceptado bajo la póliza riesgos subnormales, se expedirán los certificados individuales con la clasificación impuesta bajo la póliza de grupo y la extra-prima que corresponda.

Si el asegurado fallece dentro del plazo para solicitar la póliza de vida individual, conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que ella se hubiere expedido (medie solicitud o pago de prima) sus beneficiarios tendrán derecho a la prestación aseguradora bajo la póliza respectiva.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA- INEXACTITUD DE LA DECLARACIÓN DE LA EDAD**

Si respecto a la edad del asegurado se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, se aplicarán las siguientes normas:

- a. Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados de la tarifa de “LA COMPAÑÍA”, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio.
- b. Si es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por “LA COMPAÑÍA”.
- c. Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el literal b.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA- CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO**

“LA COMPAÑÍA” o el Tomador cuando sea autorizado, expedirá para cada asegurado un certificado individual con aplicación a esta póliza. En caso de cambio de beneficiarios o de valor asegurado, se expedirá un nuevo certificado que reemplazara al anterior.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS**

El beneficiario puede ser a título oneroso y debe nombrarse expresamente al suscribirse el seguro.

Cuando el beneficiario sea título gratuito, el asegurado lo podrá cambiar en cualquier momento, pero tal cambio sólo surtirá efecto a partir de la fecha de notificación escrita a “LA COMPAÑÍA”.

Cuando no se designen los beneficiarios o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, tendrán la calidad de tales el cónyuge del asegurado en la mitad del seguro, y los herederos

legales de esté en la otra mitad. Igual solución se les dará si la designación del beneficiario ha sido a título gratuito y ocurre uno de los eventos siguientes: Si el asegurado y el beneficiario mueren simultáneamente o se ignora cuál de los dos ha muerto primero y si la designación ha sido a título oneroso y ocurre cualquiera de los dos últimos eventos mencionados, el seguro será provecho únicamente de los herederos del beneficiario.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA – PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN**

El asegurado o el beneficiario según el caso, quedará privado de todo derecho procedente de la presente póliza, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, o si en apoyo de ella se hicieran otros medios o documentos engañosos o dolosos.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA – AVISO DE SINIESTRO**

En caso de siniestro de cualquiera de los asegurados, el tomador o beneficiario deberá dar aviso a “LA COMPAÑÍA” dentro de los 60 días comunes siguientes a aquel en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

El asegurado, tomador o beneficiario podrá reportar en línea el siniestro mediante:

Correo electrónico: siniestros.co@bbva.com  
Línea nacional: 018000934020  
Línea en Bogotá: 3078080

Si el siniestro se reporta por medio del correo electrónico mencionado anteriormente, para mayor agilidad y claridad, el asunto del correo se debe identificar como: Aviso de Siniestro, nombre de producto a reclamar, número de la póliza a reclamar, nombre completo del cliente y número del documento de identificación.

En este correo se debe hacer una breve descripción de los hechos que generaron el evento o la pérdida, la fecha y lugar de ocurrencia.

Sin perjuicio de la libertad probatoria que asiste, el asegurado, tomador o beneficiario deberá brindar los siguientes documentos, teniendo en cuenta el amparo presentado:

Hipotecario:

VIDA: Carta de reclamación formal o correo de aviso de siniestro, Registro civil de defunción, Epicrisis sobre la causa de fallecimiento.

ITP: Dictamen de calificación.

ITT: Copia de cada una de las incapacidades temporales superiores a 15 días

Leasing Habitacional:

VIDA: Carta de reclamación formal o correo de aviso de siniestro, Registro civil de defunción, Epicrisis sobre la causa de fallecimiento.

ITP: Dictamen de calificación.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA– PAGO DE INDEMNIZACIONES**

“LA COMPAÑÍA” pagará el valor del seguro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o el beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante “LA COMPAÑÍA”. Vencido este plazo, “LA COMPAÑÍA” reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario además del valor a indemnizar, lo estipulado en el artículo 1080 del código de comercio.

Para el pago de la indemnización, el tomador o beneficiarios, entregarán a “LA COMPAÑÍA” las pruebas legales necesarias y cualquier otro documento indispensable que “LA COMPAÑÍA” esté en derecho de exigir para acreditar la ocurrencia del siniestro.

El tomador o el beneficiario, a petición de “LA COMPAÑÍA”, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle la investigación del siniestro. En caso de incumplimiento de esta obligación, “LA COMPAÑÍA” podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento.

“LA COMPAÑÍA” pagará por conducto del tomador a los beneficiarios, o directamente a estos la indemnización a que está obligada por la presente póliza y sus anexos, si los hubiere.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA– DERECHOS DE INSPECCIÓN**

“LA COMPAÑÍA” se reserva el derecho de inspeccionar los libros y documentos del tomador que se refieran al manejo de esta póliza.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA– ADHESIÓN**

Si durante la vigencia de este seguro se presentan modificaciones a las condiciones generales de la póliza, legalmente aprobados y que representen un beneficio a favor del asegurado, estas modificaciones se considerarán automáticamente incorporadas a la póliza, siempre que el cambio no implique un aumento a la prima originalmente pactada.

**CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA-  
NOTIFICACIONES**

Para cualquier notificación que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá consignarse por escrito (cuando la ley así lo exija) y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío del aviso por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada por las partes.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA- PRESCRIPCIÓN**

La prescripción de las acciones derivadas de las parte de la presente póliza, se regirá de acuerdo con la ley.

**CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA-  
DISPOSICIONES LEGALES**

Para los demás efectos contemplados en este contrato, la presente póliza se regirá por lo estipulado en el Código de Comercio y demás normas concordantes y complementarias.

**CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA-  
OBLIGACIONES DEL TOMADOR /  
ASEGURADO**

Con fundamento en normas legales el tomador o asegurado de la póliza mantendrá vigente la información que exige la Compañía como requisito para la vinculación de clientes según los formularios propuestos y, para efecto, la actualizará al momento de renovación o por lo menos anualmente. Cuando se trate de un beneficiario diferente al asegurado que reciba la indemnización del seguro, deberá suministrar la información como requisito previo para el respectivo pago.

**CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA-  
DOMICILIO**

Sin perjuicio de las disposiciones procesales para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá, D.C. en la República de Colombia.

**ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

Por convenio entre LA COMPAÑÍA y el tomador, el presente anexo hace parte de la póliza de vida grupo arriba indicada y queda sujeto a sus estipulaciones y excepciones, lo mismo que a las siguientes condiciones:

**1. AMPAROS**

**1.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE Y ANTES DE CUMPLIR EL ASEGURADO LA EDAD DEFINIDA EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA, SI COMO ASEGURADO SUFRE UNA INCAPACIDAD QUE IMPIDA DE EN FORMA TOTAL Y PERMANENTE REALIZAR CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD U OCUPACIÓN SIEMPRE QUE NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL 100% DEL VALOR ASEGURADO.

SÓLO SE CONSIDERARÁ COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO, CON INDEPENDENCIA DE SI PERTENECE O NO A UN RÉGIMEN ESPECIAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, CUANDO EXISTA UNA CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, EN FIRME, REALIZADA POR LA EPS, LA ARL O LA AFP A LA CUAL SE ENCUENTRE AFILIADO O POR LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, SIEMPRE QUE LA MISMA ARROJE UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL 50%.

LA FECHA DEL SINIESTRO SERÁ LA FECHA DE EMISIÓN DE LA CORRESPONDIENTE CALIFICACIÓN.

**2. CONVERTIBILIDAD**

El derecho de conversión previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.

## ANEXO PARA PÓLIZA DE DEUDORES

Por convenio entre “LA COMPAÑÍA” y el tomador, el presente anexo hace parte de la Póliza de Vida grupo arriba indicada y queda sujeto a sus estipulaciones y excepciones, lo mismo que a las siguientes condiciones:

### AMPARO

AMPARA CONTRA EL RIESGO DE MUERTE A LOS DEUDORES DEL TOMADOR DE LA PRESENTE PÓLIZA

### CAUSALES DE TERMINACIÓN

- A. Por extinción total de la obligación
- B. Por muerte o incapacidad total y permanente (si se ha contratado este amparo) del deudor.

### CONDICIONES PARTICULARES

1. La edad mínima de ingreso a la póliza es de 18 años.
2. Para los efectos del presente anexo, la iniciación del seguro para cada uno de los asegurados individualmente considerados amparados por la presente póliza, queda condicionada a la entrega real del dinero, por lo tanto la cobertura individual se inicia en la fecha del desembolso del mismo.
3. Se considera como tomador al acreedor, quien tendrá carácter de beneficiario a título oneroso hasta por el saldo insoluto de la deuda. Entendiéndose por saldo insoluto el capital no pagado, más los intereses corrientes calculados hasta la fecha del fallecimiento del deudor. En el evento de existir mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y

las primas del seguro de vida grupo deudores no pagadas por el deudor.

4. Cuando el valor de la deuda a la cual se vincula el seguro, se expresa en Unidades de Valor Real UVR, adeudadas será calculada con base en la cantidad de Unidades de Valor Real UVR adeudadas en la fecha del fallecimiento, liquidada a la cotización del día en que se efectúe el pago del siniestro o en la fecha en la cual “LA COMPAÑÍA” informe por escrito al tomador su aceptación de la declaratoria de Incapacidad Total y Permanente del deudor según el caso y si ha contratado este amparo.
5. La vigencia de la póliza depende de la periodicidad pactada para la amortización de la deuda, motivo por el cual no supone recargo en la prima correspondiente.

### CLÁUSULA PARTICULAR PARA TODOS LOS AMPAROS – EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Aplica para el amparo básico:

- Edad mínima de ingreso: 18 años
- Edad máxima de ingreso: 74 años más 364 días.
- Permanencia: Hasta el fin del crédito.

Aplica para el anexo de incapacidad total y permanente:

- Edad mínima de ingreso: 18 años
- Edad máxima de ingreso: 69 años más 364 días.
- Permanencia: 71 años más 364 días.