

**SOLICITUD INDIVIDUAL  
PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DE  
BBVA COLOMBIA**

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO



M026300110236207469615482476

**DATOS DEL TOMADOR**

|                                                                                                                                               |                                      |                                     |                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| TIPO DE DOCUMENTO<br><input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input checked="" type="checkbox"/> NIT No. <b>860.003.020-1</b> | RAZÓN SOCIAL<br><b>BBVA COLOMBIA</b> |                                     |                                     |
| DIRECCIÓN<br><b>CARRERA 9 # 72 - 21</b>                                                                                                       | TÉLEFONO<br><b>3471600</b>           | CIUDAD / MUNICIPIO<br><b>BOGOTÁ</b> | DEPARTAMENTO<br><b>CUNDINAMARCA</b> |

**INFORMACIÓN DEL ASEGURADO**

|                                                                                                                  |                                              |                                                       |                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| TIPO DE DOCUMENTO<br><input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> | NÚMERO DE DOCUMENTO<br><b>7.702.874</b>      | LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN<br><b>Neiva</b>           | DÍA MES AÑO<br><b>21/11/1994</b>               |
| NOMBRES Y APELLIDOS<br><b>Alexander Marin Larrahondo</b>                                                         |                                              |                                                       |                                                |
| DIRECCIÓN DOMICILIO<br><b>CL 9C #50-16, apt 602A</b>                                                             | TÉLEFONO Fijo / CELULAR<br><b>3175014629</b> | CIUDAD / MUNICIPIO<br><b>Cali</b>                     | DEPARTAMENTO<br><b>Valle</b>                   |
| CORREO ELECTRÓNICO<br><b>larrahondo2510@gmail.com</b>                                                            | LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO<br><b>Neiva</b>  | DÍA MES AÑO<br><b>25/10/1976</b>                      | GÉNERO PESO ESTATURA<br><b>M 75 Kg 172 cms</b> |
| DEPORTES QUE PRÁCTICA<br><b>Caminata</b>                                                                         |                                              | VALOR CRÉDITO (SEGURO DE GRUPO DEUDORES)<br><b>\$</b> |                                                |

|                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> DIESTRO <input type="checkbox"/> AMBIDIESTRO <input type="checkbox"/> ZURDO | ESTADO CIVIL<br><input checked="" type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE  |
| OCUPACIÓN DETALLADA<br><b>Médico</b>                                                                            | EN CASO DE SER PENSIONADO, MARQUE TIPO<br><input type="checkbox"/> POR SERVICIO <input type="checkbox"/> POR EDAD <input type="checkbox"/> POR SANIDAD <input type="checkbox"/> POR INVALIDEZ <input type="checkbox"/> POR SUSTITUCIÓN |

**DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD**

1. ¿HA PADECIDO O ESTÁ EN TRATAMIENTO DE ALGUNA ENFERMEDAD O INCAPACIDAD RELACIONADA CON LO SIGUIENTE?

|                            |                                                                    |                   |                                                                    |                           |                                                                    |          |                                                                    |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------------------------------------------|
| CORAZÓN                    | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | PRESIÓN ARTERIAL  | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | RIÑONES  | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| CÁNCER                     | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | DIABETES          | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | ENFERMEDADES HEPÁTICAS    | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | PULMONES | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | INFECCIÓN POR HIV | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | TRASTORNOS MENTALES       | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |          |                                                                    |

2. ¿HA PADECIDO, PADECE O ES TRATADO ACTUALMENTE DE DEPRESIÓN, DEMENCIA O TRASTORNOS MENTALES U OTRA ENFERMEDAD DIFERENTE A LAS MENCIONADAS EN EL NUMERAL ANTERIOR?

SI ☐ NO ☒

3. ¿HA TENIDO O TIENE ALGUNA PÉRDIDA FUNCIONAL O ANATÓMICA, HA PADECIDO ACCIDENTES QUE IMPIDAN DESEMPEÑAR LABORES PROPIAS DE SU OCUPACIÓN O SABE SI SERÁ HOSPITALIZADO O INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE?

SI ☐ NO ☒

4. ¿HA TENIDO O TIENE ALGÚN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PENDIENTE?

SI ☐ NO ☒

EN CASO DE HABER CONTESTADO AFIRMATIVO A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, POR FAVOR DAR DETALLES

**CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN**

DECLARO QUE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ME HA INFORMADO: 1) QUE EL AVISO DE PRIVACIDAD Y EL MANUAL DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES SE ENCUENTRAN EN LA PÁGINA WEB: [HTTPS://WWW.ASEGURADORASOLIDARIA.COM.CO](https://www.aseguradorasolidaria.com.co), 2) QUE SON FACULTATIVAS LAS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS SOBRE DATOS DE NIÑAS, NIÑOS, ADOLESCENTES Y AQUELLAS QUE VERSEN SOBRE DATOS SENSIBLES Y EN CONSECUENCIA NO HE SIDO OBLIGADO A RESPONDERLAS, 3) QUE COMO TITULAR DE LA INFORMACIÓN, ME ASISTEN LOS DERECHOS PREVISTOS EN LAS LEYES 1266 DE 2008 Y 1581 DE 2012 EN ESPECIAL, ME ASISTE EL DERECHO A CONOCER, ACTUALIZAR, RECTIFICAR, REVOCAR Y SUSPENDER LAS INFORMACIONES QUE SE HAYAN RECOGIDO SOBRE MÍ

AUTORIZO DE MANERA PREVIA, EXPRESA E INFORMADA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA Y/O CUALQUIER SOCIEDAD CONTROLADA DIRECTAMENTE O INDIRECTAMENTE QUE TENGA PARTICIPACIÓN ACCIONARIA O SEA ASOCIADO, DOMICILIADO EN COLOMBIA Y/O EN EL EXTERIOR, TERCEROS CONTRATADOS POR ESTA O A QUIEN LA REPRESENTA, EN ADELANTE LA ASEGURADORA PARA:

- A) RECOLECTAR, SOLICITAR, CONSULTAR, VERIFICAR, ALMACENAR, COMPARTIR, ENVIAR, REPORTAR, MODIFICAR, TRANSFERIR, TRANSMITIR, ACTUALIZAR, USAR, GRABAR Y CONSERVAR MIS DATOS PERSONALES, FINANCIEROS Y CREDITICIOS, ASÍ COMO AQUELLA INFORMACIÓN DERIVADA DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL, SIEMPRE Y CUANDO SEA PARA LA SIGUIENTE FINALIDAD: 1) DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL CONTRATO DE SEGURO
- B) RECOLECTAR, SOLICITAR, CONSULTAR, VERIFICAR, ALMACENAR, COMPARTIR, ENVIAR, REPORTAR, MODIFICAR, ACTUALIZAR, USAR, GRABAR Y CONSERVAR LOS DATOS PERSONALES DE MIS HIJOS MENORES DE EDAD EN MI CALIDAD DE SU REPRESENTANTE LEGAL, SIEMPRE Y CUANDO SE CUMPLA CON EL INTERÉS PREVALENTE DEL MENOR CONFORME AL ARTÍCULO 12 DEL DECRETO 1377 DE 2013
- C) RECOLECTAR, SOLICITAR, CONSULTAR, VERIFICAR, ALMACENAR, COMPARTIR, ENVIAR, REPORTAR, MODIFICAR, ACTUALIZAR, USAR, GRABAR Y CONSERVAR MIS DATOS PERSONALES SENSIBLES INCLUYENDO LA HISTORIA CLÍNICA Y DATOS SOBRE MI ESTADO DE SALUD, AÚN DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO, ENTENDIÉNDOSE LA POSIBILIDAD DE OBTENER COPIA DE MI HISTORIA CLÍNICA, SIEMPRE Y CUANDO SE CUMPLA CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 6 DE LA LEY 1581 DE 2012
- D) TRANSMITIR Y TRANSFERIR MIS DATOS PERSONALES A TERCEROS PAÍSES SIEMPRE QUE SE REQUIERA CUMPLIR LAS FINALIDADES DESCRITAS O SE ENCUENTRE ESTIPULADA POR EL ARTÍCULO 26 DE LA LEY 1581 DE 2012.

**DECLARACIONES - FIRMA**

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE SOLICITUD, DECLARO EXPRESAMENTE LO SIGUIENTE

1. TANTO MI PROFESIÓN U OFICIO DECLARADOS EN LA PRESENTE SOLICITUD, SON LÍCITAS Y LAS EJERZO DENTRO DE LOS MARCOS LEGALES Y NO PRÁCTICO DEPORTES O AFICIONES QUE AFECTEN MI INTEGRIDAD. LOS DINEROS UTILIZADOS PARA PAGAR LA PRIMA DE SEGUROS NO PROVIENEN DE NINGUNA ACTIVIDAD ILÍCITA DE LAS CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO PENAL COLOMBIANO.

2. LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN ESTE DOCUMENTO SON EXACTAS, COMPLETAS Y VERÍDICAS EN LA FORMA QUE APARECEN DESCRITAS, POR LO TANTO, LA FALSEDAD, OMISIÓN, ERROR O RETICENCIA EN ELLAS TENDRÁN LAS CONSECUENCIAS ESTIPULADAS EN LOS ARTÍCULOS 1068 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO A LOS 07 DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO 2018, EN LA CIUDAD DE Cali

Alexander Marin L

NOMBRES Y APELLIDOS

Alexander Marin L

FIRMA SOLICITANTE  
C.C. 7702874

AUDORES BBVA COLOMBIA FM-GCOM-34 V.2 13/06/2018

CESOS Y CALIDAD SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRU

GERENCIA DL

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO



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

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

Que: El (la) Señor(a) **ALEXANDER MARIN LARRAHONDO** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **7.702.874**, adquirió la obligación No. **0013-0158-67-9615482476** con el Banco BBVA Colombia, la cual se encuentra asegurada bajo la Póliza **Vida Grupo Deudor** No. **02 121 0000017885**, Certificado No. **0013-0158-63-4007884190**, con una periodicidad de pago mensual vencido y bajo las siguientes coberturas:

| AMPARO                            | VR. ASEGURADO    |
|-----------------------------------|------------------|
| Vida (Muerte por cualquier causa) | \$130,898,407.35 |
| Incapacidad total y permanente    | \$130,898,407.35 |

La póliza fue emitida con fecha **18/12/2018** y actualmente se encuentra vigente, (Adjuntamos Clausulado).

Se expide la presente certificación en la ciudad de Bogotá D.C., a los seis (06) días del mes de enero 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 CGV.

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 601 307 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.

Bogotá, D.C. 17 de enero 2024.

## COLMENA SEGUROS

### CERTIFICA QUE:

El cliente ALEXANDER MARIN LARRAHONDO identificado con CC. 7.702.874 cuenta con la póliza VIDA GRUPO DEUDOR que se relaciona a continuación:

La póliza 34VD-5015959 con fecha inicio vigencia 19/03/2021 fecha fin vigencia 31/12/2023, el estado actual de la póliza es ACTIVA

Para constancia se firma en Bogotá a los 17 días del mes de enero de 2024.

Cordialmente,



**Jefe de Operaciones de Bancaseguros**  
**Gerencia de Operaciones**

Colmena Seguros de Vida informa que la Defensoría del Consumidor Financiero es ejercida por el Dr. Andrés Augusto Garavito Colmenares y Defensor Suplente: César Alejandro Pérez Hamilton Dirección: Av. 19 No. 114-09 Of. 502 Bogotá, Colombia  
Teléfonos: (601) 2131370- 2131322 Celular: 321 924 0479 - 323 2322934 - 323 2322911 Correo Electrónico

[defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com)

[www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)



# CERTIFICADO INDIVIDUAL



|                                                                                |  |                           |           |                   |                                 |                 |             |
|--------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------|-----------|-------------------|---------------------------------|-----------------|-------------|
| RAMO                                                                           |  | POLIZA MATRIZ No.         |           | NIT 901.528.731-1 |                                 |                 |             |
| VIDA GRUPO                                                                     |  | 5015959                   |           |                   |                                 |                 |             |
| POLIZA VIDA GRUPO                                                              |  |                           |           | No. Certificado:  |                                 | 1               |             |
| TOMADOR                                                                        |  | BANCO CAJA SOCIAL         |           |                   | NIT                             |                 | 860007335-4 |
| DIRECCION                                                                      |  | Calle 77                  |           |                   | TELEFONO                        |                 | 2123456     |
| CIUDAD                                                                         |  | Bogotá D.c.               |           |                   | VIGENCIA                        |                 |             |
| TIPO DE POLIZA                                                                 |  | VIDA GRUPO                |           |                   | DESDE:                          |                 | HASTA:      |
| PRODUCTO                                                                       |  | VIDA GRUPO DEUDOR         |           |                   | DD                              | MM              | AAAA        |
| MODALIDAD                                                                      |  | NO CONTRIBUTIVA C/DETALLE |           |                   | 1                               | 1               | 2020        |
| DATOS DEL ASEGURADO                                                            |  |                           |           |                   |                                 |                 |             |
| NOMBRE                                                                         |  | APELLIDO                  |           |                   | FECHA NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)   |                 | SEXO        |
| Alexander                                                                      |  | Marin Larrahondo          |           |                   | 25/10/1976                      |                 | M           |
| TIPO IDENTIFICACION                                                            |  | CC                        | NUMERO    |                   | 7702874                         | CIUDAD          | Cali        |
| TELÉFONO                                                                       |  | 3478854                   | DIRECCIÓN |                   | CL 9 C 50 16 TO A AP 602 ED TOR | EMAIL           |             |
| AMPAROS                                                                        |  |                           |           |                   |                                 |                 |             |
| Los asegurados tendrán los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido: |  |                           |           |                   |                                 |                 |             |
| AMPAROS                                                                        |  |                           |           | VALOR ASEGURADO   |                                 | PRIMA           |             |
| Basico De Vida                                                                 |  |                           |           | Amparo Basico     |                                 | 55,489,836      |             |
| Incapacidad Total Y Permanente                                                 |  |                           |           | Amparo Adicional  |                                 | 55,489,836      |             |
| LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION DE ÉSTE CERTIFICADO: Bogotá D. C.                  |  |                           |           | 18/01/2023        |                                 | TOTAL PRIMA:    |             |
| Inicio de vigencia de este certificado a partir de:                            |  |                           |           | 19/03/2021        |                                 | A las: 00:00:00 |             |
| PERIODICIDAD DE PAGO:                                                          |  |                           |           | MENSUAL           |                                 |                 |             |
| BENEFICIARIOS                                                                  |  |                           |           |                   |                                 |                 |             |
| NOMBRES Y APELLIDOS                                                            |  |                           |           | PARENTESCO        |                                 | %               |             |
|                                                                                |  |                           |           |                   |                                 |                 |             |

## OBSERVACIONES:

VIGENCIA DEL CERTIFICADO: La vigencia de este certificado será determinable de conformidad con la fecha de activación arriba anotada. El seguro se renovará de manera automática por los periodos iguales a los inicialmente contratados en los periodos de pago siempre y cuando se efectúe el pago de la prima.

- a) Las condiciones particulares y generales son las contenidas en las cláusulas y anexos de la presente póliza que el asegurado declara conocer.  
b) El asegurado esta obligado a declarar sinceramente su estado de riesgo conforme lo establece el Art. 1058-C.Co.  
c) La irreductibilidad se regirá por lo establecido en la condición décimo sexta del documento de condiciones generales.  
d) La inexactitud en la declaración de edad se regirá por lo establecido en la condición décimo séptima del documento de condiciones generales.  
e) La convertibilidad se regirá por lo establecido en la condición décimo octava del documento de condiciones generales.  
f) Que entiendo que las Políticas bajo las cuales se tratarán mis Datos Personales se encuentran a mi disposición en la página web de Colmena Seguros de Vida S.A. en el enlace <https://www.colmenaseguros.com/imagenescolmenaARP/contenido/proteccion-datos/Politica-de-proteccion-de-datos-personales.pdf>

ART. 1152 C.Co. "La mora en el pago de la prima de la Póliza, 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 los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato".

## ASEGURADORA

FIRMA AUTORIZADA  
COLMENA Seguros de Vida S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667;  
o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

NIT. 860.035.827-5

1406

Hoja 1 de 1

Bogotá D.C., 8 de marzo de 2023

Señor (a)  
ALEXANDER MARÍN  
larrahando2510@gmail.com  
Cali, Valle.

Asunto: Respuesta a radicación 12686871.

Tenemos el gusto de saludarlo(a) e informarle que frente a la reclamación radicada el 18 de febrero de 2023 relacionada con la solicitud de reclamación por saldo, informamos lo siguiente:

Nuestro Banco se encuentra realizando las verificaciones correspondientes con las áreas responsables, una vez obtengamos respuesta emitiremos la misma el día 23 de marzo de 2023.

El equipo del Banco AV Villas reitera su compromiso y disposición de servicio.



Rafael Miguel Escobar Rodríguez  
Dirección de Seguros  
Elaboró: Leidy Tatiana Martínez R.

|                                                                                                                                     |                                                          |                             |         |                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------|---------|----------------|
| <br>seguros alfa s.a.<br>seguros de vida alfa s.a. | FORMATO DE RECLAMACIÓN SEGURO DE VIDA GRUPO Y COLECTIVOS |                             | CÓDIGO  | JUR-ARJ-FR-003 |
|                                                                                                                                     | TRÁMITE DE RECLAMOS                                      | GERENCIA DE INDEMNIZACIONES | VERSIÓN | 2              |

|                                                                                      |               |                  |   |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------|---|------|
| EL PRESENTE FORMATO DEBE SER DILIGENCIADO EN TODAS SUS PARTES Y DAR TRÁMITE OPORTUNO |               |                  |   |      |
| NOMBRE DEL TOMADOR                                                                   | NIT           | FECHA DE RECLAMO |   |      |
| Bnco AVILLAS                                                                         | 8600 35 827 5 | 15               | 2 | 2023 |
| TIPO DE PÓLIZA:                                                                      | DIRECTO       |                  |   |      |

|                           |                          |             |                  |
|---------------------------|--------------------------|-------------|------------------|
| INFORMACIÓN DEL ASEGURADO |                          | EXPEDIDA EN |                  |
| NOMBRES                   | APELLIDOS                | CC          | MEIVA            |
| Alexander                 | Marin Larrahando         | 7702874     |                  |
| FECHA DE NACIMIENTO       | DIRECCIÓN DE DOMICILIO   | CIUDAD      | TELÉFONO/CELULAR |
| 25/10/76                  | CL 90 # 50-76 APBORA     | Calí        | 3775014629       |
| CORREO ELECTRÓNICO        | larrahando2510@gmail.com |             |                  |

|                                           |                                                                                     |                     |  |                    |  |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--|--------------------|--|
| INFORMACIÓN DEL SINIESTRO                 |                                                                                     | FECHA DEL SINIESTRO |  | HORA DEL SINIESTRO |  |
| PÓLIZA AFECTADA N°                        | RAMO                                                                                |                     |  |                    |  |
| GRD-311                                   | Vida Grupo                                                                          |                     |  |                    |  |
| INDICAR SI SE TRATA DE:                   | ACCIDENTE VALOR DE LOS GASTOS CAUSADOS \$                                           |                     |  |                    |  |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD GRAVE | <input checked="" type="checkbox"/> INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE                    |                     |  |                    |  |
| <input type="checkbox"/> MUERTE NATURAL   | <input type="checkbox"/> MUERTE ACCIDENTAL <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN |                     |  |                    |  |
|                                           | <input type="checkbox"/> HOMICIDIO <input type="checkbox"/> SUICIDIO                |                     |  |                    |  |
|                                           | <input type="checkbox"/> OTRO CUAL:                                                 |                     |  |                    |  |

|                                                                                                                                          |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| CAUSAS Y CIRCUNSTANCIAS DEL SINIESTRO, LESIONES SUFRIDAS (DÓNDE, CUÁNDO Y CÓMO)                                                          |  |
| operado 2013 sleeve gástrico y 2017 bypass gástrico y desde marzo 2022 con síndrome de mala absorción gran operan 9 Dic 2022 de "Y" Roux |  |

|                                                                                                                        |               |          |       |   |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------|-------|---|------|
| INFORMACIÓN GENERAL                                                                                                    |               |          |       |   |      |
| ¿CUAL ERA LA OCUPACIÓN DEL ASEGURADO EN EL MOMENTO DE AFILIARSE AL SEGURO?                                             |               |          |       |   |      |
| Medico                                                                                                                 |               |          |       |   |      |
| ¿CUAL ERA LA OCUPACIÓN DEL ASEGURADO AL MOMENTO DE OCURRIR EL SINIESTRO?                                               |               |          |       |   |      |
| Medico                                                                                                                 |               |          |       |   |      |
| ENUMERE LAS CLÍNICAS, CENTROS MÉDICOS Y/O MÉDICOS PARTICULARES QUE HAYAN ATENDIDO AL ASEGURADO (EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS) |               |          |       |   |      |
| INSTITUCIÓN                                                                                                            | DIRECCIÓN     | TELÉFONO | FECHA |   |      |
| Dr Guillermo Salgado                                                                                                   | CL 53 42-76   | 5546688  | 18    | 7 | 2013 |
| Endocirujías                                                                                                           | CR 42 # 53 53 | 5532737  | DD    | 2 | 2023 |
| Clinica Valle de Ili                                                                                                   | CR 90 # 78-49 | 3319090  | 15    | 3 | 2022 |
| ¿EL ASEGURADO SE ENCONTRABA EN TRATAMIENTO MÉDICO EN EL MOMENTO DE OCURRIR EL SINIESTRO?                               |               |          |       |   |      |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                     |               |          |       |   |      |
| ¿FUE ATENDIDO EN ALGÚN CENTRO HOSPITALARIO?                                                                            |               |          |       |   |      |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿DÓNDE? Clínica Valle de Ili                        |               |          |       |   |      |
| ¿FUE HOSPITALIZADO?                                                                                                    |               |          |       |   |      |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> # DE DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN 28                     |               |          |       |   |      |
| ¿FUE RECLUIDO EN SU RESIDENCIA?                                                                                        |               |          |       |   |      |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                     |               |          |       |   |      |
| CUÁNTAS VECES HA PRESENTADO LA RECLAMACIÓN 0                                                                           |               |          |       |   |      |
| ENUMERE LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS EN LAS CUALES TIENE SEGURO DE VIDA                                                    |               |          |       |   |      |

|                                                                                                        |         |             |                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------|-----------------------------|
| DATOS DEL RECLAMANTE                                                                                   |         |             |                             |
| NOMBRES Y APELLIDOS                                                                                    | CC      | EXPEDIDA EN | PARENTESCO CON EL ASEGURADO |
| Alexander Marin L                                                                                      | 7702874 | MEIVA       | propio asegurado            |
| DIRECCIÓN DE DOMICILIO                                                                                 | CIUDAD  | BARRIO      | TELÉFONO/CELULAR            |
| CL 90 # 50-76 APBORA                                                                                   | Calí    | Camino real | 3775014629                  |
| CORREO ELECTRÓNICO larrahando2510@gmail.com                                                            |         |             |                             |
| CERTIFICO QUE TODAS LAS RESPUESTAS Y DECLARACIONES ANTERIORES SON VERÍDICAS Y AJUSTADAS A LA REALIDAD. |         |             |                             |
| Alexander Marin L                                                                                      |         |             |                             |
| FIRMA DEL RECLAMANTE (Entidad o Beneficiario)                                                          |         |             |                             |

# DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA LA ATENCIÓN DE UNA RECLAMACIÓN SEGUROS DE VIDA

## Muerte natural

- Formulario de reclamación de Seguros de Vida Alfa S.A., debidamente diligenciado.
- Certificado individual del seguro.
- Registro civil de nacimiento y/o fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado.
- Fotocopia Registro civil de nacimiento de los beneficiarios si son menores de edad y cédula de ciudadanía si son mayores de edad.
- Fotocopia del Registro civil de matrimonio si uno de los beneficiarios es el cónyuge.
- Registro de defunción autenticado.
- Historia clínica completa y legible del asegurado.
- Certificación bancaria [original] donde tiene cuenta de ahorros o cuenta corriente.
- Carta de autorización dirigida a Seguros de Vida Alfa S.A., donde se informe el número de la cuenta donde se les debe consignar.

## Muerte accidental

- Formulario de reclamación de Seguros de Vida Alfa S.A., debidamente diligenciado.
- Certificado individual del seguro.
- Registro civil de nacimiento y/o fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado.
- Fotocopia Registro civil de nacimiento de los beneficiarios si son menores de edad y cédula de ciudadanía si son mayores de edad.
- Fotocopia del Registro civil de matrimonio si uno de los beneficiarios es el cónyuge.
- Registro de defunción autenticado.
- Acta del levantamiento del cadáver y/o protocolo de necropsia.
- Certificación de la fiscalía que adelanta la investigación indicando causas y circunstancias de la muerte.
- Certificación bancaria [original] donde tiene cuenta de ahorros o cuenta corriente.
- Carta de autorización dirigida a Seguros de Vida Alfa S.A., donde se informe el número de la cuenta donde se les debe consignar.

## Incapacidad total y permanente

- Formulario de reclamación de Seguros de Vida Alfa S.A., debidamente diligenciado.
- Certificado individual del seguro.
- Registro civil de nacimiento y/o fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado.
- Historia clínica completa y legible del asegurado.
- Dictamen de calificación de la incapacidad emitido por una de las siguientes entidades: ARP, EPS, Junta Regional de Calificación de Invalidez o Junta Nacional de Calificación de Invalidez.
- Certificación bancaria [original] donde tiene cuenta de ahorros o cuenta corriente.
- Carta de autorización dirigida a Seguros de Vida Alfa S.A., donde se informe el número de la cuenta donde se les debe consignar.

## Desmembración

- Formulario de reclamación de Seguros de Vida Alfa S.A., debidamente diligenciado.
- Certificado individual del seguro.
- Registro civil de nacimiento y/o fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado.
- Historia clínica completa y legible del asegurado.
- Certificado del médico tratante sobre la pérdida funcional u orgánica.
- Certificación bancaria [original] donde tiene cuenta de ahorros o cuenta corriente.
- Carta de autorización dirigida a Seguros de Vida Alfa S.A., donde se informe el número de la cuenta donde se les debe consignar.



## Enfermedades graves

- Formulario de reclamación de Seguros de Vida Alfa S.A., debidamente diligenciado.
- Certificado individual del seguro.
- Registro civil de nacimiento y/o fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado.
- Historia clínica completa y legible del asegurado.
- Certificado de la institución médica donde fue atendido.
- Certificado de la incapacidad otorgado por un médico autorizado, para ejercer la profesión donde diagnostique por primera vez con base en pruebas clínicas, radiológicas, histiológicas y de laboratorio a presencia o padecimiento de la enfermedad grave.
- Certificación bancaria (original) donde tiene cuenta de ahorros o cuenta corriente.
- Carta de autorización dirigida a Seguros de Vida Alfa S.A., donde se informe el número de la cuenta donde se les debe consignar.

## Cuidados prolongados por impedimento físico

- Formulario de reclamación de Seguros de Vida Alfa S.A., debidamente diligenciado.
- Certificado individual del seguro.
- Registro civil de nacimiento y/o fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado.
- Historia clínica completa y legible del asegurado.
- Certificado de la incapacidad otorgado por un médico autorizado, para ejercer la profesión donde diagnostique por primera vez con base en pruebas clínicas, radiológicas, histiológicas y de laboratorio a presencia o padecimiento de la enfermedad grave.
- Valoración por parte de un médico de la aseguradora que determinará la existencia del impedimento físico de acuerdo con la definición del amparo.
- Certificación bancaria (original) donde tiene cuenta de ahorros o cuenta corriente.
- Carta de autorización dirigida a Seguros de Vida Alfa S.A., donde se informe el número de la cuenta donde se les debe consignar.

## Gastos médicos

### Renta por hospitalización y cirugía ambulatoria

- Formulario de reclamación de Seguros de Vida Alfa S.A., debidamente diligenciado.
- Historia clínica completa y legible del asegurado.
- Certificado del centro hospitalario donde fue hospitalizado, donde conste el lugar de atención, fecha y hora de ingreso y salida, así como el diagnóstico, tiempo de evolución y tratamiento.
- Certificación bancaria (original) donde tiene cuenta de ahorros o cuenta corriente.
- Carta de autorización dirigida a Seguros de Vida Alfa S.A., donde se informe el número de la cuenta donde se les debe consignar.

### Reembolso de gastos hospitalarios por nacimiento de un hijo

- Formulario de reclamación de Seguros de Vida Alfa S.A., debidamente diligenciado.
- Historia clínica completa y legible del asegurado.
- Certificado del centro hospitalario donde fue hospitalizado, donde conste el lugar de atención, fecha y hora de ingreso y salida, así como el diagnóstico, tiempo de evolución y tratamiento.
- Facturas del centro hospitalario en donde conste que los gastos asumidos por el asegurado no hayan sido cubiertos por el POS o cualquier otro plan de medicina.
- Copia autenticada del certificado de nacido vivo antecedente para el Registro Civil.
- Copia autenticada del Registro Civil de Nacimiento.
- Copia de la cédula de ciudadanía del asegurado.
- Certificación bancaria (original) donde tiene cuenta de ahorros o cuenta corriente.
- Carta de autorización dirigida a Seguros de Vida Alfa S.A., donde se informe el número de la cuenta donde se les debe consignar.

### Nota:

En caso de necesitar un documento adicional a los ya enumerados, la compañía se reserva el derecho de solicitarlo mediante comunicación escrita y enviada a la última dirección conocida mediante correo certificado.



**seguros de vida alfa s.a.**



seguros de vida alfa s.a.

**SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.  
PÓLIZA SEGURO DE VIDA GRUPO**

**PÓLIZA No. \_\_\_\_\_**

|                 |        |
|-----------------|--------|
| VIGENCIA DESDE: | HASTA: |
|-----------------|--------|

**1. AMPARO BÁSICO**

CUBRE EL RIESGO DE MUERTE DE CUALQUIERA DE LAS PERSONAS ASEGURADAS, REALIZADO DENTRO LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

**2. EXCLUSIONES**

SIN PERJUICIO DE LO QUE SE PACTE EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, EN LA MODALIDAD DE VIDA GRUPO DEUDORES, EL SUICIDIO DENTRO DEL PRIMER AÑO DE VIGENCIA DEL SEGURO, SALVO QUE EL ASEGURADO SEA VÍCTIMA DEL DELITO DE SECUESTRO.

MUERTE DERIVADA POR UN ACCIDENTE OCURRIDO O ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA ANTES DE LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SI ESTA NO HA SIDO DECLARADA Y AUTORIZADA POR LA COMPAÑÍA.

**3. AMPAROS OPCIONALES**

ESTA PÓLIZA, ADEMÁS INCLUYE LOS SIGUIENTES AMPAROS OPCIONALES CUANDO ASÍ SE INDIQUE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

3.1. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

3.2. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL.

3.3. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN.

3.4. ENFERMEDADES GRAVES

3.5. AUXILIO DE GASTOS FUNERARIOS.

**4. EXCLUSIONES DE AMPAROS OPCIONALES**

**4.1. EXCLUSIONES DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

4.1.1. CUANDO EL HECHO O CIRCUNSTANCIA QUE GENERÓ LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE HAYA PRODUCIDO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INCLUSIÓN DEL ASEGURADO EN EL PRESENTE AMPARO.



4.1.2. CUANDO EL EVENTO GENERADOR DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE HAYA SIDO PROVOCADO POR EL ASEGURADO.

#### **4.2. EXCLUSIONES DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL**

4.2.1. LESIONES CAUSADAS A SÍ MISMO POR EL ASEGURADO

4.2.2. ENFERMEDADES FÍSICAS O MENTALES DEL ASEGURADO, CUALQUIER CLASE DE HERNIAS Y VARICES, TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS QUE NO SEAN NECESARIOS EN RAZÓN DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD AMPARADOS POR ESTE SEGURO, INFECCIONES BACTERIANAS (SALVO INFECCIONES PIOGÉNICAS QUE ACONTEZCAN COMO CONSECUENCIA DE UNA HERIDA ACCIDENTAL).

4.2.3. ACTOS DE GUERRA INTERIOR O EXTERIOR, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, SEDICIÓN, CONMOCIÓN INTERIOR, ASONADA, ACTOS TERRORISTAS, HUELGA O ACTOS VIOLENTOS MOTIVADOS POR CONMOCIÓN SOCIAL O POR APLICACIÓN DE LA LEY MARCIAL.

4.2.4. MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE SIRVIENDO EN LABORES MILITARES, EN LAS FUERZAS ARMADAS, NAVALES, AÉREAS O DE POLICÍA DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD INTERNACIONAL.

4.2.5. EL USO DE CUALQUIER NAVE AÉREA EN CALIDAD DE PILOTO, ESTUDIANTE DE PILOTAJE, MECÁNICO DE VUELO O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN.

4.2.6. ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO VIAJE COMO PASAJERO EN AERONAVES QUE NO PERTENEZCAN A UNA COMPAÑÍA DE TRANSPORTE AÉREO CON ITINERARIOS DEBIDAMENTE PUBLICADOS Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS POR LA AUTORIDAD GUBERNAMENTAL CONSTITUIDA Y CON JURISDICCIÓN SOBRE LA AVIACIÓN CIVIL EN EL PAÍS DE SU REGISTRO.

4.2.7. TERREMOTOS, ERUPCIÓN VOLCÁNICA, MAREJADAS O CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE; FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR O RADIOACTIVIDAD, SEA EN FORMA DIRECTA O INDIRECTA.

4.2.8. HALLARSE VOLUNTARIAMENTE EL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE ESTUPEFACIENTES, ALUCINÓGENOS, DROGAS TOXICAS O HEROICAS, CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO REQUERIDA POR PRESCRIPCIÓN MEDICA.

4.2.9. CIRUGÍA ESTÉTICA PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO.

#### **4.3. EXCLUSIONES DEL AMPARO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y/O BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN**

4.3.1. SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO, O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA A SÍ MISMO.

4.3.2. GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL (DECLARADA O SIN DECLARAR), INVASIONES, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS Y HOSTILIDADES, HUELGAS, MOTINES, ALBOROTOS, A MENOS QUE ESTOS ÚLTIMOS TENGAN SU ORIGEN EN EL ACCIDENTE

MISMO, LEVANTAMIENTO MILITAR, INSURRECCIÓN, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, PODER MILITAR O USURPADO.

4.3.3. HOMICIDIO Y LESIONES EN CUALQUIERA DE SUS MODALIDADES, SALVO QUE EL BENEFICIARIO PRESENTE FALLO DE AUTORIDAD COMPETENTE QUE CALIFIQUE EL HECHO COMO HOMICIDIO O LESIONES CULPOSAS, O LESIONES O MUERTE EN ACCIDENTE DE TRANSITO U HOMICIDIO EN CASO DE HURTO SIMPLE O CALIFICADO.

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

4.3.5. CARRERAS AUTOMOVILÍSTICAS, RALLIES Y SIMILARES.

4.3.6. LOS ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X, CHOQUES ELÉCTRICOS, ETC., SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO.

4.3.7. REACCIONES O RADIACIÓN NUCLEAR, INDEPENDIENTEMENTE COMO SE HAYA GENERADO.

4.3.8. TRIPULANTES DE BARCOS Y AERONAVES.

4.3.9. EQUIPOS DE DEPORTISTAS PROFESIONALES.

4.3.10. SINIESTROS OCASIONADOS COMO CONSECUENCIA DE LA MODIFICACIÓN DE LA ESTRUCTURA ATÓMICA.

#### **4.4 EXCLUSIONES DEL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES.**

NO HABRÁ LUGAR A PAGO ALGUNO SI LA ENFERMEDAD QUE PADECE Y SE DIAGNOSTICA AL ASEGURADO, ES CONSECUENCIA DE O ESTÁ EN CONEXIÓN CON:

4.4.1. EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), TAL Y COMO FUE RECONOCIDO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD O CUALQUIER SÍNDROME O ENFERMEDAD DE TIPO SIMILAR BAJO CUALQUIER NOMBRE QUE TENGA, QUE SEA DIAGNOSTICADA POR UN MÉDICO LEGALMENTE FACULTADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE DICHOS SÍNDROMES.

4.4.2. LA PRESENCIA DEL VIRUS DEL VIH CON PRUEBA CONFIRMATORIA, DESCUBIERTO MEDIANTE TEST DE ANTICUERPOS O VIRUS DE SIDA CON RESULTADO POSITIVO, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE DICHOS SÍNDROMES.

4.4.3. ADICCIÓN AL ALCOHOL O A DROGAS QUE NO HAYAN SIDO PRESCRITAS POR UN MEDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN.



4.4.4. EN LO QUE SE REFIERE A ACCIDENTES CEREBRO-VASCULARES, CUANDO SEAN ACCIDENTES VASCULARES ISQUEMICOS TRANSITORIOS O ACCIDENTES DE LOS QUE EL ASEGURADO PUEDA RECUPERARSE COMPLETAMENTE DENTRO DE LAS SEIS (6) SEMANAS SIGUIENTES AL MISMO.

4.4.5. CUANDO LA ENFERMEDAD CUBIERTA HAYA SIDO DIAGNOSTICADA O EXISTA UN HISTORIAL PREVIO RELACIONADO CON ELLA, O SE HAYA RECIBIDO TRATAMIENTO POR LA MISMA, ANTES DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO.

4.4.6. LA ANGIOPLASTIA Y/O CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN INTRA ARTERIAL. ASÍ COMO EL TRATAMIENTO LASER, OPERACIONES DE VÁLVULA, OPERACIÓN POR TUMORACIÓN INTRACARDIACA O ALTERACIÓN CONGÉNITA.

4.4.7. LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA; EL CÁNCER DE PIEL (A MENOS QUE SE TRATE DE MELANOMAS MALIGNOS); CÁNCER IN SITU O NO INVASIVO, SALVO QUE EN CONDICIÓN PARTICULAR SE ESTABLEZCA LO CONTRARIO; TUMORES CON OCASIÓN DEL VIH, O TODO TIPO DE TUMORES QUE SEAN DESCRITOS EN TÉRMINOS HISTOLÓGICOS COMO PREMALIGNOS O QUE SE PRESENTEN CAMBIOS MALIGNOS EN SU FASE INICIAL O TUMORES MALIGNOS SIN EVIDENCIA DE INVASIÓN.

#### **4.5 EXCLUSIONES AUXILIO DE GASTOS FUNERARIOS**

4.5.1. EN LA MODALIDAD DE GRUPO DEUDORES, EL SUICIDIO DENTRO DEL PRIMER AÑO DE VIGENCIA DEL SEGURO, SALVO QUE EL ASEGURADO SEA VÍCTIMA DEL DELITO DE SECUESTRO.

4.5.2. MUERTE DERIVADA POR UN ACCIDENTE OCURRIDO O ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA ANTES DE LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SI ESTA NO HA SIDO DECLARADA O AUTORIZADA POR LA COMPAÑÍA.

#### **CONDICIONES GENERALES**

Seguros de Vida Alfa S.A. que para el presente contrato se llamará "La Compañía" en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por el "Tomador" y a las solicitudes individuales de los Asegurados (Grupo Asegurable), las cuales se incorporan al presente contrato para todos sus efectos, se obliga a pagar la correspondiente suma asegurada, al ocurrir cualquier hecho cubierto de cualquiera de las personas amparadas, de acuerdo con las condiciones generales de esta Póliza.

Igualmente forman parte del contrato, los anexos, las declaraciones de asegurabilidad, los certificados médicos, los parámetros técnicos fijados por la Superintendencia Financiera y cualquier otro documento escrito y aceptado por las partes, que guarde relación con el presente contrato de Seguro.

Esta Póliza es renovable anualmente, y estará en vigor por el término de un año contado a partir de la fecha de vigencia, siempre que de acuerdo con las Condiciones Generales no se revoque o termine antes.



## 5 DEFINICIONES

**5.1 TOMADOR:** Es la persona natural o jurídica a cuyo nombre se expide la presente Póliza para asegurar un número determinado de personas y es responsable del pago de las primas.

**5.2. GRUPO ASEGURABLE:** Es el conformado por personas naturales, vinculadas bajo una misma personería jurídica en virtud de una situación legal o reglamentaria, o que tiene con una tercera persona (TOMADOR) relaciones estables de la misma naturaleza, cuyo vínculo no tenga relación con el propósito de contratar el Seguro de Vida.

**5.3. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD:** Toda persona debe cumplir con los requisitos de asegurabilidad que le señale la Compañía.

### 5.4. MODALIDADES DEL SEGURO

**5.4.1. Seguro de Grupo contributivo:** Es aquel cuya Prima es sufragada, en su totalidad o en parte por los miembros del grupo asegurado.

**5.4.2. Seguro de Grupo no Contributivo:** Es aquel cuya prima es sufragada en su totalidad por el Tomador del Seguro.

**5.4.3. Seguro de Grupo Deudores:** Es aquel cuyo objeto es el de amparar contra el riesgo de Muerte y contra el de Incapacidad Total y Permanente si se hubiere contratado, hasta por el saldo insoluto de la deuda, a los deudores de un mismo acreedor (Tomador).

## 6 EDADES DE INGRESO

La edad mínima de ingreso a la Póliza es de 12 años para mujeres y de 14 para los hombres. La máxima será de 80 años.

Para el Seguro de Grupo Deudores la edad mínima de ingreso es de 18 años, máxima 80

años y permanencia indefinida pues el Seguro solo termina en la fecha en que el Asegurado cancela la deuda con la entidad crediticia, o bien cuando se realiza el riesgo.

Cuando se ignore la edad de alguno de los integrantes del grupo, la prima básica de las edades desconocidas, se calculará aplicando la tasa correspondiente a la edad que se defina en la tarifa.

## 7 DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El Beneficiario puede ser a Título Gratuito o título Oneroso, en este último caso deberá ser nombrado expresamente al suscribir el Seguro.

Cuando el Beneficiario sea a Título Gratuito, el Asegurado lo podrá cambiar en cualquier momento, pero tal cambio surtirá efecto a partir de la fecha de notificación por escrito a la Compañía. El Tomador no podrá intervenir en la designación de beneficiarios ni figurar como tal, salvo que sea a Título Oneroso en los Seguros de Vida de Grupo Deudores.

En el evento en que el Beneficiario sea a Título Gratuito y ocurra el fallecimiento del Asegurado sin que haya designado Beneficiario, o la designación se hiciere ineficaz o quedare sin efecto por cualquier causa, o falleciere simultáneamente con el Asegurado o se ignore cuál de los dos ha muerto primero, serán beneficiarios: el cónyuge del Asegurado en la mitad del Seguro y los herederos del Asegurado en la otra mitad. Si el Beneficiario es a Título Oneroso y el Asegurado muere simultáneamente con el Beneficiario o no se pudiese determinar cuál murió primero, serán Beneficiarios del Seguro únicamente los herederos del Beneficiario.

## 8 SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL:

La suma asegurada por cada persona amparada se determinará de acuerdo con la forma indicada en la carátula de la Póliza.

## 9 CÁLCULO DE LA PRIMA



La Prima para cada anualidad se calculará con base en los parámetros técnicos fijados, teniendo en cuenta la edad de cada Asegurado, su estado de salud, el monto asegurado individual en el momento de ingresar a esta Póliza y la ocupación individual de sus integrantes.

Para ingresos posteriores a la expedición o renovación de la Póliza se cobrará la prima a prorrata, con base en los factores anteriores.

**PARÁGRAFO:** No obstante, se permite calcular primas semestrales, cuatrimestrales, trimestrales, bimestrales y mensuales cuando así se acuerde y se deje constancia entre las partes.

## 10 FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS

Cuando se pacten vigencias anuales, éstas pueden ser pagadas en fracciones aplicando los siguientes porcentajes sobre la prima neta del período.

| Período de pago | % de recargo Prima en Pesos | % de recargo prima en UVR |
|-----------------|-----------------------------|---------------------------|
| Semestral       | 4                           | 7.5                       |
| Trimestral      | 6                           | 11.5                      |
| Mensual         | 10                          | 14.5                      |

## 11 PAGO DE PRIMA

El pago de la primera prima o de la primera cuota en caso de fraccionamiento para su pago, es condición indispensable para la iniciación de la vigencia del Seguro.

En caso de fraccionamiento de la Prima, para el pago de las cuotas de Prima subsiguientes a la primera, la Compañía concede, sin recargo de intereses, un plazo de gracia de un mes. Durante dicho plazo se considera el Seguro en vigor y, por consiguiente, si ocurre algún siniestro, la Compañía tendrá la obligación de pagar el Valor

Asegurado correspondiente, previa deducción de las Primas o fracciones causadas y pendientes de pago por parte del Tomador, hasta completar la anualidad respectiva.

Si las cuotas de Prima posteriores a la primera no fueren pagadas antes de vencerse el plazo de gracia, se producirá la terminación automática del contrato y la Compañía quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de dicho plazo.

En caso de renovación del contrato de Seguro, se concede para el pago de la primera cuota de Prima, un plazo de gracia de un (1) mes a partir de la iniciación de la vigencia de la renovación del seguro, durante el cual se considera el Seguro en vigor.

**PARÁGRAFO 1:** Lo dispuesto en esta condición se entiende en adición a los requisitos establecidos en la Condición denominada vigencia de los amparos individuales.

**PARÁGRAFO 2:** Para las pólizas de Grupo Deudores, si el asegurado es víctima de secuestro y de conformidad con la legislación Colombiana se acredita su derecho a los instrumentos de protección y beneficios dispuestos en ella para esas personas; se interrumpen los términos para el pago de la prima desde el momento del secuestro

## 12 MORA

SALVO LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1153 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL NO PAGO DE LAS PRIMAS DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO SIN QUE LA COMPAÑÍA TENGA DERECHO PARA EXIGIRLAS.

## 13 DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y SANCIONES POR INEXACTITUD O RETICENCIA.



El tomador o el asegurado, según el caso, 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 el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

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

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del asegurado, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, 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.

Las sanciones aquí consagradas no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

#### **14 IRREDUCTIBILIDAD**

La presente póliza será irreductible o incontestable por error inculpable, en la declaración de asegurabilidad, transcurridos dos (2) años, en vida del asegurado contados a partir de la fecha de la iniciación de la respectiva cobertura individualmente considerada.

#### **15 INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE EDAD**

En caso de comprobarse inexactitud respecto de la edad del asegurado, en la declaración de asegurabilidad, se procederá de conformidad con las siguientes normas:

15.1. Si la edad verdadera, estuviese fuera de los límites establecidos por el asegurador, se dará aplicación a lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio.

15.2. Si la edad verdadera fuera mayor que la declarada, la suma asegurada individual, se reducirá en la proporción necesaria, para mantener la relación matemática con la prima recibida por La Compañía.

15.3. Si la edad verdadera fuera menor que la declarada, la suma asegurada, aumentará en la proporción necesaria, para mantener la relación matemática recibida por La Compañía.

#### **16 CONSERVACIÓN DEL ESTADO DE RIESGOS Y NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS**

El Asegurado o el Tomador, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, uno u otro deberán notificar por escrito a la Compañía los hechos o circunstancias que dependan de la voluntad del Asegurado, que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que signifiquen agravación del riesgo, en especial cualquier modificación en su actividad laboral u ocupacional.

La notificación se hará con antelación no mayor de diez (10) días hábiles a la fecha de modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del Asegurado o del Tomador. Si le es extraña, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tengan conocimiento que se presume transcurridos treinta (30) días desde el momento de la modificación. Notificada la modificación del riesgo en los términos previstos, la Compañía podrá revocar el amparo o



exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

La falta de notificación oportuna produce la terminación del amparo. Pero sólo la mala fe del Asegurado o Tomador dará derecho a la Compañía a retener la Prima no devengada.

**PARÁGRAFO:** Lo dispuesto en los dos últimos incisos de esta condición será aplicable a los amparos adicionales. Respecto del amparo básico de Vida sólo procederá, si es del caso, el derecho de exigir el reajuste a que haya lugar en el Valor de la Prima, de conformidad con lo dispuesto en la tarifa.

## **17 PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.**

LA COMPAÑÍA estará obligada al pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el Asegurado o Beneficiario acredite, aun extrajudicialmente su derecho ante el Asegurador de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio.

Vencido este plazo, el Asegurador reconocerá y pagará al Asegurado o Beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, la tasa máxima de interés moratorio vigente en el momento en que se efectúe el pago, en los términos del artículo 1080 del Código de Comercio.

El contrato de reaseguro no modifica el contrato celebrado entre el Tomador y el Asegurador, y la oportunidad de pago de este, en caso de siniestro, no podrá diferirse a pretexto del reaseguro.

El Asegurado o el beneficiario tendrán derecho a demandar, en lugar de los intereses a que se refiere el inciso anterior, la indemnización de perjuicios causada por la mora del Asegurador.

La indemnización por el amparo adicional de Incapacidad Total y Permanente no es acumulable al Seguro de Vida y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicha

incapacidad, la Compañía quedará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere al Seguro de Vida del Asegurado incapacitado.

Si la Póliza a la cual se incluye el Amparo adicional de Incapacidad Total y Permanente contiene además el Amparo de Indemnización Adicional y Beneficios por Desmembración y en virtud de él y a consecuencia del mismo accidente la Compañía ha efectuado algún pago, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por el Amparo de Incapacidad Total y Permanente.

Así mismo si se reconoce una indemnización por Desmembración en el amparo adicional de indemnización Adicional y Beneficios por desmembración equivalente al 100% de la suma asegurada, la cobertura de Incapacidad Total y Permanente queda automáticamente cancelada, y la Compañía libre de toda responsabilidad en lo que se refiere a este amparo.

**PARÁGRAFO:** Respecto de las pólizas de Deudores habrá lugar al pago de la indemnización siempre y cuando no hubiere terminado por mora en el pago de la prima en el momento en que el asegurado fuere objeto del secuestro.

## **18 PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN**

El derecho del Asegurado a la indemnización se perderá en los siguientes casos:

- a. Si se presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o apoyada en pruebas falsas.
- b. Si al dar noticia del siniestro se omite maliciosamente informar acerca de los seguros coexistentes.
- c. Cuando el asegurado renuncie a sus derechos contra los responsables del siniestro.

## **19 MÉRITO EJECUTIVO DE LA PÓLIZA.**



La póliza prestará mérito ejecutivo contra el asegurador, por sí sola, transcurrido un mes contado a partir del día en el cual el asegurado o el beneficiario o quien los represente, entregue al asegurador la reclamación aparejada de los comprobantes que, según las condiciones de la correspondiente póliza, sean indispensables para acreditar la ocurrencia y cuantía del siniestro, sin que dicha reclamación sea objetada de manera seria y fundada.

## **20 VIGENCIA Y RENOVACIÓN AUTOMÁTICA**

La vigencia será la indicada expresamente en la carátula de la póliza, certificado individual de seguro y/o las condiciones particulares.

LA COMPAÑÍA podrá renovarla de forma automática por un término igual al inicialmente pactado, en virtud de la autorización que otorgue para el efecto el asegurado, o hasta cuando éste cumpla la edad máxima de permanencia, salvo que el asegurado exprese su voluntad de no renovarlo, dándolo por terminado, mediante noticia escrita al asegurador antes de la terminación de la vigencia.

## **21 VIGENCIA DE LOS AMPAROS INDIVIDUALES**

Los amparos, respecto de cada persona, solo entrarán en vigor a partir de la fecha en que la Compañía comunique por escrito su aprobación al Tomador y se renovará automáticamente al vencimiento de la Póliza.

No obstante, tratándose del Seguro de Grupo Deudores, para la iniciación de amparos individuales requerirá, además de la aprobación de la Compañía, que se pague la respectiva prima.

## **22 REVOCACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO.**

El contrato de seguro, podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por el asegurador, mediante notificación escrita al

Asegurado, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez días de antelación, contados a partir de la fecha del envío. Por el Tomador y/o Asegurado, en cualquier momento mediante aviso escrito al asegurador.

En el primer caso, la revocación dará derecho al asegurado a recuperar la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efectos la revocación y la de vencimiento del contrato. La devolución se computará de igual modo, si la revocación resulta del mutuo acuerdo entre las partes.

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

Para efectos de la presente condición la prima a corto plazo se liquidará conforme a la metodología indicada en las condiciones particulares del producto.

## **23 TERMINACIÓN**

La presente póliza y los certificados individuales de seguro que se adhieran al contrato de seguro, se darán por terminados por las siguientes causas:

- 23.1. Mora en el pago de la prima.
- 23.2. Revocación unilateral, mediante noticia escrita, de parte del asegurado.
- 23.3. Muerte del Asegurado.
- 23.4. Un mes después de haber dejado de pertenecer al grupo Asegurado.
- 23.5. Al vencimiento de la Póliza, si ésta no se renueva.



23.6. Cuando al momento de la renovación de la Póliza, el Grupo Asegurado sea inferior a 10 personas.

23.7. En el Seguro de Vida Grupo Deudores, además de las anteriores:

23.7.1. Cuando la obligación se extinga íntegramente.

23.7.2. En caso de que existan varios Asegurados por el ciento por ciento (100%) de una misma deuda, el seguro terminará automáticamente para aquellos asegurados sobrevivientes, o no incapacitados total y permanentemente, a partir de la fecha de ocurrencia del siniestro respecto de cualquiera de los asegurados en la misma deuda.

23.8. En las Pólizas que no sean de Deudores, además de las contenidas en los puntos 23.1. a 23.5., en los siguientes casos:

23.8.1. Si se trata del Seguro del cónyuge o compañero (a) permanente, cuando el Asegurado principal deje de pertenecer al Grupo Asegurado.

23.8.2. Cuando el Asegurado principal revoque por escrito el Seguro o deje de pertenecer al grupo asegurado.

23.8.3. Cuando se ha pagado el Seguro por la realización del riesgo.

## **24 OBLIGACIONES DEL TOMADOR EN CASO DE SINIESTRO.**

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo la Póliza, sus amparos adicionales o anexos, el Tomador, o el Beneficiario, según el caso, tienen las siguientes obligaciones:

24.1. Dar aviso a la Compañía del siniestro, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en que haya

conocido o debido conocer su ocurrencia. En caso de pérdida de la vida, el aviso se dará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

24.2. Facilitar a la Compañía la investigación del siniestro.

## **25 CONVERTIBILIDAD**

Tratándose del seguro de grupo contributivo y no contributivo, los Asegurados menores de 70 años que se separen del grupo después de pertenecer a él por lo menos durante un año continuo, tendrán derecho a ser Asegurados sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por la suma igual a la que tengan bajo la Póliza de grupo, pero sin amparos 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. 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 la solicitud. En caso de haberse aceptado bajo la Póliza Riesgos Subnormales, se expedirán las Pólizas Individuales con la clasificación impuesta bajo la Póliza de Grupo y la extraprima que corresponda al Seguro de Vida Individual.

Si el Asegurado fallece dentro del plazo para solicitar la Póliza individual, conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que ella se hubiere expedido (medie solicitud o pago de Prima o no) sus Beneficiarios tendrán derecho a la prestación asegurada bajo la Póliza respectiva, previa la deducción de sus Primas o fracciones causadas y pendientes de pago, hasta completar la anualidad respectiva.

El beneficio de convertibilidad no es aplicable a los amparos adicionales de Incapacidad Total permanente, Indemnización Adicional y Beneficios



por Desmembración, Auxilio de Gastos funerarios y Enfermedades Graves.

## **26 CERTIFICACIÓN INDIVIDUAL DEL SEGURO**

La Compañía o el TOMADOR cuando sea autorizado para ello, expedirá para cada Asegurado un Certificado individual en aplicación a esta Póliza. En caso de cambio de Beneficiarios o de Valor Asegurado, se expedirá un nuevo certificado, que remplazará al anterior.

## **27 PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES**

La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos 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 años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Estos términos no pueden ser modificados por las partes

## **28 OBLIGACIONES EN MATERIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAVADO DE ACTIVOS Y/O FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO**

Para efectos de dar cumplimiento a lo previsto en los artículos 102 y sub siguientes del Decreto 663 de 1993 (E.O.S.F.) y a lo dispuesto en la Circular Externa 026 de 2008, expedida por la Superintendencia Financiera de Colombia, el TOMADOR y/o ASEGURADO se compromete a diligenciar integral y simultáneamente AL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO DE SEGURO, el formulario de vinculación de clientes – SARLAFT (Sistema de Administración de Riesgo de lavado de activos y la financiación del

terrorismo) CON LAS FORMALIDADES LEGALES REQUERIDAS. Si el contrato de seguro se renueva, EL TOMADOR y/o ASEGURADO igualmente se obligará a diligenciar dicho formulario como requisito para la renovación.

Si alguno de los datos contenidos en el citado formulario sufre modificación en lo que respecta al TOMADOR y/o ASEGURADO, este deberá informar tal circunstancia a LA COMPAÑIA., para lo cual se le hará llenar el respectivo formato. Cualquier modificación en materia del SARLAFT se entenderá incluida en la presente cláusula. Parágrafo: la presente obligación, no aplica para aquellos ramos o programas de seguro señalados en el Título Primero, Capítulo XI de la Circular Externa Básica Jurídica 007/96 expedida por la Superintendencia Financiera de Colombia.

## **29 AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN**

EL TOMADOR y/o ASEGURADO de la presente póliza, autorizan a SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., para que con fines estadísticos, suministre información entre compañías aseguradoras, consulta o transferencia de datos, con cualquier autoridad que lo requiera en Colombia o en el exterior, consulte, informe, guarde en sus archivos y reporte a las centrales de Riesgo que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada, la información confidencial que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente y bajo cualquier modalidad se le haya otorgado o se le otorgue en el futuro, así como sobre novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan de esa relación comercial o contrato que declaran conocer y aceptar en todas sus partes.

## **30 NOTIFICACIONES**

Cualquier notificación que deba hacerse entre las partes en el desarrollo del presente contrato deberá consignarse por escrito, sin perjuicio de lo dicho en la condición para el aviso del siniestro y será prueba suficiente de la misma la constancia



**seguros de vida alfa s.a.**

de su envío por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada de la otra parte.

se fija como domicilio de las partes la ciudad establecida en la carátula como lugar de expedición de la póliza.

### **31 DOMICILIO**

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.

---

FIRMA AUTORIZADA

---

TOMADOR

**CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES  
CONSUMO**

CLASE DE DOCUMENTO: RENOVACION

Nº DE CRÉDITO: 2770301

|                                                         |                                                                     |                                                                       |                                    |                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>RAMO:</b> VIDA GRUPO                                 |                                                                     | <b>TIPO:</b> Directo                                                  | <b>PÓLIZA No.</b> GRD-311          |                                                                                                    |
| <b>SUCURSAL EXPEDIDORA:</b><br>SUCURSAL SAN DIEGO       |                                                                     | <b>DIRECCION:</b><br>AV.CLL 24ª 59-42 TORRE 4 P. 4 Y 5                |                                    | <b>CIUDAD / DEPT.</b><br>BOGOTA D.C. / CUNDINAMARCA                                                |
| <b>FECHA EXPEDICIÓN:</b><br>DÍA 23 MES 01 AÑO 2023      | <b>VIGENCIA PÓLIZA DESDE:</b><br>16:00 HORAS DÍA 01 MES 05 AÑO 2022 | <b>VIGENCIA PÓLIZA HASTA</b><br>16:00 HORAS: <b>MENSUAL RENOVABLE</b> |                                    | <b>FECHA DE PAGO:</b> Mensual al día de vencimiento del producto de crédito asociado a esta póliza |
| <b>TOMADOR</b><br>BANCO AV VILLAS S.A.                  |                                                                     |                                                                       | <b>NIT / C.C.</b><br>860.035.827-5 |                                                                                                    |
| <b>DIRECCIÓN</b> Carrera. 13 #27- 47                    |                                                                     | <b>TELÉFONO</b> 2419600                                               | <b>CIUDAD</b> BOGOTÁ D.C.          |                                                                                                    |
| <b>ASEGURADO</b><br>MARIN LARRAHONDOALEXANDER           |                                                                     |                                                                       | <b>NIT / C.C.</b><br>7,702,874     |                                                                                                    |
| <b>DIRECCIÓN</b> CL 9C 50 16                            |                                                                     | <b>TELÉFONO</b> 3478854                                               | <b>CIUDAD</b> CALI                 |                                                                                                    |
| <b>BENEFICIARIO:</b> VER CONDICIONES DE SEGURO ADJUNTAS |                                                                     |                                                                       | <b>NIT / C.C.</b>                  |                                                                                                    |

| AMPAROS                        | SUMA ASEGURADA                            | PRIMA MENSUAL A PAGAR                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MUERTE                         | DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES DE SEGURO. | ES EL RESULTADO DE MULTIPLICAR LA SUMA ASEGURADA POR LA TASA DEL SEGURO ACEPTADA AL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, LA CUAL SE VERA REFLEJADA EN EL EXTRACTO DE SU CRÉDITO. |
| INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE |                                           |                                                                                                                                                                                               |

**OBJETO**

SE EMITE EL PRESENTE CERTIFICADO INDIVIDUAL DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES DE SEGURO Y CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

**CLÁUSULAS ADICIONALES Y DECLARACIONES:**

- A) ACEPTO QUE SE RENUEVE AUTOMÁTICAMENTE POR PERIODOS IGUALES AL INICIALMENTE CONTRATADO, A MENOS QUE EXPRESE MI VOLUNTAD DE NO RENOVARLA, DÁNDOLO POR TERMINADO, MEDIANTE NOTICIA ESCRITA AL ASEGURADOR CON UNA ANTELACIÓN NO INFERIOR A TREINTA (30) DÍAS
- B) EL BANCO INCLUIRÁ EN EL EXTRACTO DEL RESPECTIVO CRÉDITO EL VALOR DE LA PRIMA QUE DEBE PAGAR EL ASEGURADO JUNTO CON LA CUOTA DEL CRÉDITO
- LAS CONDICIONES GENERALES PODRÁN SER CONSULTADAS EN EL LINK: [www.segurosalfa.com.co](http://www.segurosalfa.com.co)

**CLAVE INTERMEDIARIO**

**NOMBRE INTERMEDIARIO**

EL NO PAGO DE LAS PRIMAS DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO SIN QUE EL ASEGURADOR TENGA DERECHO PARA EXIGIRLAS. CÓDIGO DE COMERCIO, ART. 1152.

Este producto es comercializado por Seguros de Vida Alfa S.A. identificada con NIT 860.503.617-3. A través del Defensor del Consumidor Financiero, como vocero de los clientes, podrán ser atendidas las peticiones o requerimientos referentes a los productos o servicios prestados por nuestra Compañía (s), los cuales deberán ser radicados utilizando alguno de los medios señalados a continuación: [defensordelconsumidorfinanciero@segurosalfa.com.co](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@segurosalfa.com.co), [defensordelconsumidorfinanciero@segurosdevidaalfa.com.co](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@segurosdevidaalfa.com.co), dirección física y de correspondencia: avenida calle 26 59-15, local 6 o al teléfono 7 43 53 33 Ext 14454.

Realiza tus consultas y solicitudes a través de nuestras líneas de atención al cliente en Bogotá (1) 307 70 32, desde el resto del país 01 8000 940010, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.- sábados, de 8:00 a.m. a 12:00 m. o escríbenos a «[servicioalcliente@segurosalfa.com.co](mailto:servicioalcliente@segurosalfa.com.co)». Mas normación [www.segurosalfa.com.co](http://www.segurosalfa.com.co)

Somos grandes contribuyentes

IVA régimen común

Por el concepto de primas de seguros no se práctica retención en la fuente por lo previsto en el artículo 17 del decreto 2509 de 1985.



SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.

Dirección para notificaciones al asegurado. Bogotá D.C.  
Av. Calle 26 Nº 59-15 Local 6 y 7 Edificio Avianca

GRD-605b

**CONDICIONES DE SEGURO**  
**SEGUROS DE VIDA GRUPO DEUDORES**  
**PÓLIZA GRD No. 311**  
**CREDIVILLAS**

**VIGENCIA INDIVIDUAL DEL SEGURO**

La vigencia individual del seguro iniciará para cada Deudor, en la fecha en que se efectúe el desembolso del primer Crédito que otorgue el Banco al Deudor y no se modificará y se mantendrá aun cuando se otorguen nuevos créditos o se presenten novedades sobre éstos tales como novaciones, refinanciaciones, reestructuraciones, unificaciones, Re-diferidos o cambios de moneda o cualquier acuerdo sobre el crédito o procesos judiciales que se inicien para hacer efectiva la deuda en caso de mora.

**TOMADOR Y PRIMER BENEFICIARIO**

El Banco Comercial Av. Villas tiene la calidad de tomador y primer beneficiario a título oneroso del seguro. En caso de cesión o endoso de los seguros por parte del Banco, el primer beneficiario será el cesionario o comprador.

**GRUPO ASEGURABLE**

Deudores de Crédito de Consumo (Credivillas, personal, libre inversión, etc.) con créditos al día o con una mora máxima de dos (2) cuotas, entendiéndose como tales las personas naturales, los socios de las sociedades de responsabilidad limitada, en comandita, de hecho y en general aquellas cuya responsabilidad se delimita claramente en cabeza de un representante, que sea Deudor de un crédito de consumo, incluyendo los casos en que la operación de crédito se hace en cabeza de dos o más personas, evento en el cual el seguro puede contratarse como mínimo para todas en forma proporcional a su participación en los ingresos demostrados, o para todos en el 100% de la obligación.

**AMPAROS**

Los amparos citados excepto muerte por cualquier causa, podrán ser excluidos o limitados dependiendo por los resultados de la valoración médica aplicada

**Muerte (Básico) por cualquier causa, incluye la muerte presunta.**

**Incapacidad Total y Permanente incluyendo la producida por intento de Suicidio** (Entendiéndose como tal la pérdida de capacidad laboral superior o igual al 50% aunque su invalidez le permita trabajar en otras actividades laborales).

No obstante lo señalado en las condiciones generales de la póliza, se ampara la Incapacidad Total y Permanente originada en el intento de suicidio.

**EXCLUSIONES****EXCLUSIONES AMPARO BÁSICO**

Para el amparo de muerte, fallecimiento del Deudor ocurrido antes de iniciar la vigencia del seguro

**EXCLUSIONES AMPARO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

Cuando la fecha de expedición del Dictamen es anterior a la fecha de inicio de la Vigencia Individual del Seguro

**EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA**

Para el amparo básico de vida, la edad mínima de ingreso a la póliza es de dieciocho (18) años. No existirá límite de edad máximo para el ingreso ni para la permanencia en la póliza, sujeto a lo establecido en la cláusula de Vigencia Individual del Seguro.

Para el amparo de Incapacidad Total y Permanente, la edad mínima de ingreso es de dieciocho (18) años, la máxima de ingreso es de sesenta y cuatro (64) años más 364 días. La permanencia en este amparo se mantendrá hasta los setenta (70) años más 364 días.

**VALOR ASEGURADO**

El valor asegurado individual, corresponde al valor del crédito aprobado desembolsado.

**TASAS:**

**TASA PARA CREDITOS RADICADOS A PARTIR DEL 01/06/2021 al 30/04/2023:**

| EDAD                     | Créditos Nuevos radicados entre el 01 de Junio de 2021 y el 30 de Abril de 2022 |                      | Créditos Nuevos radicados entre el 01 de Mayo de 2022 y el 30 de Abril de 2023 |                      |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
|                          | TASA ANUAL POR MIL                                                              | TASA MENSUAL POR MIL | TASA ANUAL POR MIL                                                             | TASA MENSUAL POR MIL |
| HASTA 70 AÑOS + 364 DÍAS | 7,608 ‰                                                                         | 0,634 ‰              | 7,824 ‰                                                                        | 0,652 ‰              |
| 71 AÑOS EN ADELANTE      | 50,796 ‰                                                                        | 4,233 ‰              | 52,284 ‰                                                                       | 4,357 ‰              |

**Nota: Las tasas de los créditos radicados antes del 01/05/2021 se mantiene como vienen actualmente según fecha de desembolso.**

Dependiendo de los requisitos de asegurabilidad que se apliquen a cada cliente, estas condiciones económicas pueden variar.

**DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA LA ATENCIÓN DE LA RECLAMACIÓN**

Los siguientes serán los documentos que se aportan, para el trámite de reclamación bajo esta póliza:

**Muerte:**

- Formulario de reclamación debidamente diligenciado o carta del reclamante.
- Copia de la declaración de Asegurabilidad para créditos con menos de dos (2) años desde la fecha de desembolso hasta la fecha de ocurrencia del siniestro.
- Fotocopia Legible de la cédula de ciudadanía del Deudor asegurado.
- Copia simple legible del Registro Civil de Defunción.
- Certificación del Banco en donde conste el valor a indemnizar, conforme a lo definido en estas condiciones y en formato establecido por el Banco.

**Incapacidad Total y Permanente**

- Formulario de reclamación o carta del reclamante.
- Copia de la declaración de asegurabilidad para créditos con

menos de dos (2) años desde la fecha de desembolso hasta la fecha de ocurrencia del siniestro.

- Fotocopia legible de la cédula de ciudadanía del Deudor asegurado.
- Original o copia autenticada del dictamen de Incapacidad Total y Permanente certificado por: Medicina Laboral de la E. P. S., Administradora de Riesgos Laborales (A. R. L.), Administradora de Fondo de Pensiones (A. F. P.) y/o Junta de Calificación de Invalidez. Para los trabajadores con régimen especial como son los docentes y miembros de la policía y fuerzas militares, se aportará copia del acta de la junta médica o tribunal correspondiente.
- Certificación del Banco en donde conste el valor a indemnizar, conforme a lo definido en estas condiciones y en formato establecido por el Banco.

#### **Documentos para acreditar parentesco en el evento de que exista remanente del valor indemnizado**

Además de los documentos aportados al Banco para el pago del saldo insoluto de la deuda, en caso de que exista remanente se deben anexar los siguientes documentos:

##### **Por fallecimiento cuando los beneficiarios son los de ley**

- Declaración juramentada, en la que indique la identificación de la totalidad de beneficiarios del excedente que representa y si existen o no otros beneficiarios con igual o mejor derecho a reclamar.
- Fotocopia del registro civil de matrimonio del asegurado o declaración extra juicio de convivencia con dos (2) testigos.
- Fotocopia del registro civil de nacimiento y fotocopia del documento de identidad de los hijos beneficiarios.
- En el evento que no exista cónyuge y/o hijos del asegurado, debe aportarse el documento de identidad de los padres del asegurado, junto con el registro de nacimiento del asegurado.

##### **Por fallecimiento cuando los beneficiarios son los designados por el asegurado**

- Fotocopia del documento de identidad de los beneficiarios designados.
- Si el beneficiario es menor de edad, presentar el documento que demuestre quien es su representante legal.

#### **Documentos para el trámite de pago del remanente**

Además de los documentos aportados para la demostración del parentesco se deben anexar los siguientes soportes:

- Carta formal de reclamación en la que se indique el número de cuenta, tipo, entidad bancaria y titular de la misma, en la que se deba realizar el pago indemnizatorio.
- Certificación del banco sobre la existencia y titularidad de la cuenta antes mencionada.
- Fotocopia de la cédula del titular de la cuenta.
- En el evento en que los beneficiarios estén de acuerdo para que el valor total del excedente sea girado a una sola persona, se debe aportar carta mediante la cual autorizan a la aseguradora para consignar el excedente de la indemnización, firmada por todos los beneficiarios, debidamente autenticada ante notario público.
- El titular de la cuenta bancaria debe diligenciar en su totalidad y firmar el formulario de conocimiento del cliente de la aseguradora (SARLAFT).

Cuando se trate de documentos otorgados en el exterior, es preciso que todos los documentos oficiales de otros países, sean autenticados ante la autoridad competente del respectivo país y legalizados en Colombia mediante procedimiento de apostillaje para su aceptación y validez; todos los gastos de estos documentos corren por cuenta del reclamante y su entrega Seguros de Vida Alfa S.A. tiene carácter definitivo.

#### **TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL**

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza, terminará por las siguientes causas:

- Por falta de pago de la prima.
- Cuando el tomador revoque por escrito la póliza.
- Un mes después de haber dejado de pertenecer al grupo asegurado.
- Cuando la obligación se extinga íntegramente.
- Al fallecimiento del asegurado.
- Cuando se pague el seguro por el amparo de incapacidad total y permanente.
- En los demás casos estipulados en las disposiciones legales que reglamentan el seguro de grupo deudores.

Todos los demás términos y condiciones generales de la póliza no modificados por el presente documento continúan en vigor.

Bogotá D.C., 23 de marzo de 2023

Señor(a)  
ALEXANDER MARÍN  
larrahando2510@gmail.com  
Cali, Valle.

Asunto: Respuesta a radicación 12686871.

Tenemos el gusto de saludarlo(a) e informarle que de acuerdo con su solicitud radicada el 18 de febrero de 2023, con respecto a la reclamación por la incapacidad total y permanente, Seguros de Vida Alfa S.A., pagó al Banco AV Villas la suma de \$134.837.069,00 respecto a la obligación \*\*\*\*0301.

Teniendo en cuenta que, adicionalmente, hay un excedente del seguro de vida por valor de \$68.020.931, a favor de Alexander Marín, le solicitamos radicar a través de cualquier oficina del Banco, los documentos relacionados a continuación, con el fin de tramitar el respectivo giro por parte de la Aseguradora.

1. Carta (adjunta) original firmada ante notaria por los beneficiarios designados, mediante la cual autorizan a Seguros de Vida Alfa S.A., para consignar el excedente de la indemnización, en una cuenta de ahorros o corriente (indicando nombre del titular, número de cuenta y nombre de la entidad financiera). Si el beneficiario es menor de edad, los documentos deben ser diligenciados por su representante legal.
2. Formato de conocimiento del cliente (adjunto SARLAFT), **completamente diligenciado** por el titular de la cuenta de ahorros o corriente en la cual se va a realizar la consignación. Si son varias cuentas, cada titular debe llenar un formato.
3. Certificación de la entidad bancaria no mayor a 30 días de expedición donde está registrada la cuenta, señalando nombre del titular, en original.
4. Fotocopia de la cédula del titular de la cuenta

Esperamos haber atendido su solicitud y le reiteramos nuestro compromiso y disposición de servicio.



María Andrea Buitrago Botero  
Gerente de Indemnizaciones

Anexo: 2 documentos

Elaboró: Leidy Tatiana Martínez R.



Bogotá, 16 de febrero de 2023

Señores  
BANCO BBVA COLOMBIA S.A  
Sucursal IMBANACO  
Gerente

|             |          |                                       |
|-------------|----------|---------------------------------------|
| REFERENCIA. | TOMADOR  | BBVA COLOMBIA S.A.                    |
|             | AFECTADO | ALEXANDER MARIN LARRAHONDO CC 7702874 |
|             | RECLAMO  | VGDB-27949                            |
|             | CRÉDITO  | 00130158009615482476                  |

Respetados Señores:

En atención a su comunicación recibida en días anteriores, nos permitimos informar que una vez revisado el caso afectando el amparo de Incapacidad Total y Permanente, por encontrarse en condición de invalidez de acuerdo con la Junta de Calificación emitida el 07 de octubre de 2022 nos permitimos manifestar las siguientes consideraciones:

De acuerdo con la Historia Clínica emitida por la Fundacion Valle del Lili, encontramos que el señor Alexander Larrahondo, tenía antecedentes de apnea del sueño en tratamiento con cpap de acuerdo con historia clínica emitida el 27 de febrero de 2013, trastorno de ansiedad de acuerdo con historia clínica emitida el 20 de noviembre de 2014, esteatorrea pancreática y desnutricion proteicocalorica de acuerdo con historia clínica emitida el 23 de noviembre de 2017. Hechos relevantes que no fueron declarados y que motivan la objeción al pago del respectivo seguro.

En efecto, en la declaración de asegurabilidad que se diligencia para tomar el seguro de vida, el asegurado debe declarar el conocimiento o la existencia de enfermedades o patologías que haya padecido o padezca, pero en este caso no se declararon las enfermedades arriba indicadas y, que de haberse reportado seguramente no se hubiese aceptado la expedición del seguro o hubiese quedado aplazada y supeditado a los resultados de los exámenes que la Compañía hubiese realizado, pero como declaró no padecer de ninguna afección o dolencia, se expidió la póliza como un riesgo normal.

Ahora bien, la aseguradora en virtud del principio de la buena fe que gobierna el contrato de seguro, no presume que el asegurado esté faltando a la verdad o tratando de engañar cuando diligencia el cuestionario, sino que se confía en que las respuestas consignadas en el mismo, son del todo ciertas. Si posteriormente se determina que el asegurado conociendo un hecho importante relativo a su salud, no declara, se configura la reticencia, que da lugar la objeción del pago del seguro.

Adicionalmente, conviene resaltar que la objeción no se fundamenta en que las enfermedades o hechos causantes de la reclamación tengan alguna relación con la(s) enfermedad(es) padecida(s) y no declarada(s) por el asegurado al momento de tomar el seguro, sino porque de acuerdo con el Artículo 1058 del Código de Comercio el asegurado está obligado a declarar sinceramente todos los hechos o circunstancias relevantes que determinaron su estado del riesgo, según el cuestionario que le fue propuesto por el asegurador, hechos que no fueron atendidos correctamente al obviar mencionar las enfermedades citadas anteriormente; enfermedades que por su connotación tenían que ser de conocimiento para la aseguradora para determinar el real estado del riesgo en el momento de la suscripción.

De otra parte, con independencia de que la causa de su Incapacidad haya sido por un hecho diferente a la enfermedad conocida y no declarada, esto no excluye la obligación que le asistía al asegurado de haber declarado fehacientemente sus antecedentes médicos relevantes, como estipula el artículo 1058 del Código de Comercio, ya comentado.

El artículo 1058 del Código de Comercio establece que el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

Adicionalmente, el Artículo 1158 del Código de Comercio estipula “Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el Artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción dé lugar”

Teniendo en cuenta que el señor Alexander Larrahondo, al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad del seguro de vida que inició vigencia el día 18 de diciembre de 2018, omitió declarar dichas patologías relevantes, obligado a hacerlo en virtud del mencionado artículo; BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A., dentro del término legal, se permite objetar íntegra y formalmente la presente reclamación, reservándose el derecho de ampliar las causales de objeción y/o complementar los argumentos presentados en defensa de nuestros intereses.

Cordial saludo,

**Datos de contacto Defensor del Consumidor Financiero BBVA Seguros Colombia:**

**Dirección de correspondencia: Carrera 9 No. 72 - 21, piso 6, Bogotá, D.C.**

**Mail: [defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co](mailto:defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co)**

**Teléfono: 601 343 8385 - Fax: 601 343 8387**



A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'B' followed by a series of loops and a long horizontal stroke extending to the right.

**Firma Autorizada**  
**BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**



Alexander MARIN LARRAHONDO &lt;larrahondo2510@gmail.com&gt;

**FORMULARIO DE INDEMNIZACIONES SEGURO DE PERSONAS**

2 mensajes

**COLMENA SEGUROS** <noreply@formresponse.com>

14 de febrero de 2023, 21:29

Responder a: noreply@formresponse.com

Para: LARRAHONDO2510@gmail.com

**Formulario de Indemnización**  
**Online**

|                                                                |                                                     |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Términos y Condiciones                                         | Accepted                                            |
| Numero de Radicado                                             | 02784350                                            |
| Fecha de Solicitud                                             |                                                     |
| Autorización de Tratamiento de Datos Personales                | 14-02-2023 8:50 PM                                  |
| Nombre Radicador                                               |                                                     |
| Correo electrónico                                             | Aceptado                                            |
| Número Telefónico                                              |                                                     |
| Fecha de ocurrencia del siniestro                              | LARRAHONDO2510@GMAIL.COM                            |
| Dirección Domicilio                                            |                                                     |
| Ciudad                                                         | 15/03/2022                                          |
| Departamento y Ciudad de ocurrencia                            |                                                     |
| Cobertura por la que radica la solicitud de Indemnización:     |                                                     |
| Nombres de solicitante                                         | ALEXANDER                                           |
| Apellidos de solicitante                                       | MARIN LARRAHONDO                                    |
| Número telefónico:                                             | 3175014629                                          |
| Dirección de domicilio                                         | CL 9C #50-16 APTO 602A,<br>EDIFICIO TORRES DE LA 50 |
| Selecciona departamento y ciudad:                              | VALLE DEL CAUCA<br>CALI                             |
| Selecciona departamento y ciudad:                              | VALLE DEL CAUCA<br>CALI                             |
| Selecciona la cobertura por la que solicitas la indemnización: | Incapacidad Total y Permanente<br>(ITP)             |
| Nombre del titular de la cuenta                                | ALEXANDER                                           |
| Apellido del titular de la cuenta                              | MARIN LARRAHONDO                                    |
| Número de Cuenta                                               | 347140618                                           |



**Alexander MARIN LARRAHONDO** <larrahondo2510@gmail.com>  
Para: returns@formresponse.com

14 de febrero de 2023, 21:29

--  
**ALEXANDER MARIN LARRAHONDO.**  
**MED-ABG.**  
**ESPECIALISTA EN SST Y AUDITORIA EN GESTION EN SALUD.**  
**ESPECIALISTA EN DERECHO LABORAL.**  
**AMLA Asesoría Medico Laboral Abogado.**



Alexander MARIN LARRAHONDO &lt;larrahondo2510@gmail.com&gt;

**34VD OBJECCIÓN RETICENCIA Y DX PREVIOS- ITP - ALEXANDER MARIN LARRAHONDO 7702874 - IMN-2023-105019**

2 mensajes

**Usr-Indemnizaciones Colmena Seguros** <indemnizaciones2@colmenaseguros.com>

16 de febrero de 2023, 11:45

Para: "LARRAHONDO2510@GMAIL.COM" &lt;LARRAHONDO2510@gmail.com&gt;

Cc: Indemnizaciones Colmena Seguros &lt;indemnizaciones@colmenaseguros.com&gt;

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

## Proceso de Indemnizaciones

Cordial saludo señora Marin,

De acuerdo con su solicitud de indemnización por el amparo de Incapacidad Total y Permanente, le informamos que usted adquirió la póliza de vida grupo deudor terminada en 34VD-\*\*\*\*5959 y que ampara el crédito de consumo- Vehículo terminado en 5015, a partir del 19 de marzo de 2021.

La póliza contratada otorga cobertura en caso de que el asegurado sufra una Incapacidad Total y Permanente que se estructure dentro de la vigencia del seguro. Según lo anterior, la pérdida de capacidad laboral para este seguro, se entiende aquella que ha sido calificada como total por la Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez, o por las entidades competentes del Sistema General de Seguridad Social.

Sin embargo, analizados los documentos que soportan la solicitud, entre ellos el dictamen de calificación de invalidez, encontramos que la fecha de estructuración emitida (fecha del siniestro) es del 15 de mayo de 2017, es decir previo a la adquisición del seguro. Así mismo, los diagnósticos por los cuales el asegurado fue calificado, fueron previos al ingreso a la póliza.

Consideramos importante comentarle que en el futuro solo podremos atender favorablemente las solicitudes que se presenten por causas distintas a las relacionadas con los antecedentes preexistentes que fueron diagnosticados antes del inicio de cobertura de la póliza antes mencionada.

En consecuencia, Colmena Seguros de Vida S.A., **objeta** de manera seria y fundada su solicitud con base en las circunstancias mencionadas y con fundamento en los contratos de seguro respectivos

Queremos informarle que nuestro Defensor del Consumidor Financiero es Andrés Augusto Garavito Colmenares y el Defensor Suplente es César Alejandro Pérez Hamilton. Puede comunicarse en Bogotá D.C., Teléfonos: (601) 2131370 – (601) 2131322, Celular: 321 9240479 – 323 2322934 – 323 2322911, Correo electrónico: [defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o a la [avenida 19 No. 114 - 09 Of. 502](#).

Colmena Seguros, una compañía diferente para un futuro diferente.

Atentamente,  
Coordinación de Indemnizaciones Colmena Seguros de Vida S.A.



Todos los derechos reservados ©  
Colmena Seguros

**Línea Efectiva:**  
Los 7 días de la semana todos  
los días del año, las 24 horas.

| Bogotá       | Medellín     | Cali         | Barranquilla |
|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 601 401 0447 | 604 444 1246 | 602 403 6400 | 605 353 7559 |

Otras ciudades 018000-9-19667

[www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

## 2 adjuntos

image002.png  
25K

image002.png  
25K



34VD Condiciones 2021.pdf  
332K

Alexander MARIN LARRAHONDO <larrahondo2510@gmail.com>  
Para: indemnizaciones2@colmenaseguros.com

16 de febrero de 2023, 11:45

--  
**ALEXANDER MARIN LARRAHONDO.**  
**MED-ABG.**  
**ESPECIALISTA EN SST Y AUDITORIA EN GESTION EN SALUD.**  
**ESPECIALISTA EN DERECHO LABORAL.**  
**AMLA Asesoría Médico Laboral Abogado.**