

CONDICIONES PARTICULARES POLIZA VIDA GRUPO # AA007625 – AA007626**TOMADOR: COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y DE PROFESIONALES DE COLOMBIA COOMEVA****NIT: 890.300.625 – 1****ASEGURADOS: CLIENTE COOMEVA Y BANCOOMEVA****BENEFICIARIOS: LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO Y/O LOS DE LEY.****VIGENCIA: LA VIGENCIA DE LA POLIZA ES DEL 01 DE SEPTIEMBRE DE 2022 A LAS 00:00 HORAS HASTA EL 01 DE SEPTIEMBRE DE 2023 A LAS 00:00 HORAS****Estructura De La Póliza**

Amparar en caso de muerte o incapacidad total y permanente al grupo asegurable incluso cuando sean deudores de las líneas de créditos comerciales, créditos de vivienda y créditos de consumo y/o cualquier otra línea de crédito otorgados por Coomeva o Bancoomeva (GECC), en adelante El Tomador.

En el caso de respaldar una obligación el seguro entrará en vigor a partir del desembolso del préstamo al asegurado (para los nuevos créditos) y se entenderá vigente en las condiciones actuales para los créditos existentes que cuenten con dicha cobertura, de conformidad con lo establecido en la cláusula de extensión.

En los casos de respaldar una obligación, Entidad acreedora titular de la obligación adquiere la calidad de Primer Beneficiario del seguro hasta por el saldo de la obligación, el excedente si existiere se pagará al Asegurado o sus beneficiarios y en su defecto a sus herederos de ley.

Igualmente, la aseguradora dará cobertura automática en los términos de la póliza, a las compras de cartera que realice la entidad acreedora titular de la obligación y aceptará el formato de declaración de asegurabilidad de la anterior aseguradora.

En ningún caso La Aseguradora dará aplicación a lo establecido en el inciso segundo del artículo 1064 del Código de Comercio, relacionado con las sanciones de que tratan los artículos 1058 y 1060 ibidem.

1. Amparos

Muerte e Incapacidad Total y Permanente ambas por cualquier causa (incluye SIDA).

Se incluye la muerte o incapacidad total y permanente por suicidio, homicidio, terrorismo, embriaguez y encontrarse bajo el influjo de algún medicamento o droga enervante, estimulante o similar desde el inicio del crédito, es decir, por cualquier causa.

Se entenderá por incapacidad total y permanente la sufrida por el asegurado que se manifieste estando amparado bajo el presente anexo, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales, de acuerdo con la calificación de la entidad legalmente autorizada para expedirla (Administradora de Riesgos Laborales ARL, Fondo de Pensiones, EPS, Junta de Calificación o Médico Laboral o Especialista en Salud Ocupacional de la Red Médica de Coomeva), que le impida desempeñar cualquier trabajo remunerado acorde con su formación personal u ocupación habitual, siempre que dicha incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor a 120 días.

La fecha de siniestro será la de declaratoria de la pérdida de la capacidad laboral, independiente de la fecha de estructuración. Para el caso de la declaratoria por el Médico Laboral o Especialista en Salud Ocupacional de la Red Médica de Coomeva, será éste quien establezca la fecha, de acuerdo con la historia clínica y la valoración del paciente.

2. Valor Asegurado

El valor asegurado por persona corresponderá al monto inicial del crédito otorgado por El Tomador.

Siempre y cuando se pague prima correspondiente como saldo de la obligación contraída se entenderá, el capital no pagado más los intereses corrientes, intereses de mora si los hubiere, incluyendo las primas de seguros dejadas de pagar y otros conceptos imputados al crédito (por ejemplo, el pago de los honorarios y gastos judiciales en caso de que el crédito se encuentre en cobro jurídico).

El valor asegurado corresponde al valor desembolsado y antes del 3 de Marzo de 2014 el valor asegurado corresponde al saldo insoluto de la obligación.

El corredor de seguros procederá con el ajuste de disminución de prima, siempre y cuando el asegurado solicite ajustar el valor desembolsado a valor endeudado.

2.1 Límite Máximo Por Asegurado

El límite máximo por asegurado es de 2.400 SMMLV.

3. Edades de ingreso Y Permanencia

COBERTURA	EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD DE PERMANENCIA
MUERTE	18 años	79 años y 364 días	Hasta la finalización de la vinculación del asegurado con el Tomador
INVALIDEZ	18 años	79 años y 364 días	Hasta la finalización de la vinculación del asegurado con el Tomador

4. Amparo Automático.

Se concede amparo automático cubriendo preexistencias y reticencias para personas que contraigan créditos hasta **\$130'000.000=** en una o varias obligaciones y edad hasta de 70 años + 364 días con la sola firma de la declaración de asegurabilidad.

También se concede amparo automático y no se exigirán requisitos adicionales de asegurabilidad para personas que contraigan créditos desde **\$130'000.001=** hasta **\$400'000.000=** y edad máxima de 70 años + 364 días con la sola firma de la declaración de asegurabilidad siempre y cuando el Asegurado no declare ninguna patología afirmativamente.

También se concede amparo automático y no se exigirán requisitos adicionales de asegurabilidad para personas que contraigan créditos desde **\$130'000.001=** hasta **\$400'000.000=** y edad máxima de 70 años + 364 días con la sola firma de la declaración de asegurabilidad y que declare alguna(s) de la(s) siguiente(s) patología(s):



- Cirugías estéticas.
- Cirugías de cornetes.
- Cirugías de cataratas.
- Procedimientos de infertilización masculina y femenina.
- Cirugía de amígdalas.
- Cesáreas.
- Cirugía por apendicitis.
- Procedimientos odontológicos.
- Artroscopias.
- Histerectomía.
- **Artritis.** Se excluye Artritis Reumatoidea, la cual si requiere de examen médico.
- **Fracturas.** Se excluyen fractura craneal o de columna las cuales si requieren de examen médico.
- **Afecciones respiratorias.** Se excluyen EPOC, Neumonía, Bronquitis, Cáncer las cuales si requieren de examen médico.
- **Hernia umbilical**
- **Cálculos renales**
- **Cirugía de vesícula**
- **Cirugía de corrección de miopía o estrabismo**
- **Cirugía de hallux valgus**
- **Hernia Inguinal**
- **Cirugía Inguinal**

La indemnización en caso de preexistencia y retenciones tendrá una cobertura máxima hasta **\$130'000.000**.

Para personas con edad superior a 70 años no aplica amparo automático por lo cual se requiere realización de exámenes médicos y cumplimiento de requisitos de asegurabilidad, para realizar estudio y aprobación por parte de la aseguradora.

5. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Monto a asegurar expresado en pesos	Edad límite del Asegurado	Requisitos asegurabilidad	Cobertura de patologías bajo el amparo automático (Mencionar patologías)
Hasta 130 MCOP	18 años hasta 70 años + 364 días	CA	Se cubren preexistencias y retenciones





Más de 130 MCOP y hasta 400 MCOP	18 años hasta 70 años + 364 días	1 Para personas que marquen patologías diferentes a las nombradas aplicaran los requisitos del numeral 2	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugías estéticas. • Cirugías de cornetes. • Cirugías de cataratas. • Procedimientos de in fertilización masculina y femenina. • Cirugía de amígdalas. • Cesáreas. • Cirugía por apendicitis. • Procedimientos odontológicos. • Artroscopias. • Histerectomía. • Artritis. Se excluye Artritis Reumatoidea, la cual si requiere de examen médico. • Fracturas. Se excluyen fractura craneal o de columna las cuales si requieren de examen médico. • Afecciones respiratorias. Se excluyen EPOC, Neumonía, Bronquitis, Cáncer las cuales si requieren de examen médico. • Hernia umbilical • Cálculos renales • Cirugía de vesícula • Cirugía de corrección de miopía o estrabismo • Cirugía de hallux valgus • Cirugía Inguinal • Hernia inguinal
Más de 400 MCOP y hasta (2.400 SMMLV)	18 años hasta 69 años + 364 días	1,2	
1 a (2.400 SMMLV)	Mas de 70 años	1,3	Independiente del estado de salud debe cumplir con los requisitos de asegurabilidad



CA: Cobertura Automática; todos los Asegurados son cubiertos (no se requiere declaración de salud) y las condiciones pre existentes son cubiertas

1: Declaración de Asegurabilidad: Si en la declaración el asegurado reconoce que tiene una buena condición en su salud y responde negativamente a las preguntas será asegurado de manera automática; si responde afirmativamente a alguna de las preguntas, Equidad se reserva el derecho de solicitar exámenes.

2: Examen médico y examen parcial de orina.

3: Examen médico, Perfil lipídico, Electrocardiograma, Parcial de orina, Creatinina, Cuadro hemático, Glicemia, VIH y electrocardiograma de esfuerzo.

5.1. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD ADICIONALES

Para Valores Asegurados desde **\$130'000.001=** hasta **\$400'000.000=** y cualquier edad, que declare afirmativamente alguna de las siguientes patologías, se requieren los siguientes exámenes:

5.1.1. Contesta Sí en Afecciones Cardiovasculares: Se solicita examen médico, EKG, glicemia, perfil lipídico, parcial de orina.

5.1.2. Contesta Sí en Hipertensión Arterial: Se solicita examen médico, química sanguínea, EKG.

5.1.3. Contesta Sí en Afecciones Cerebro vasculares: Se solicita examen médico, EKG, glicemia, perfil lipídico, parcial de orina.

5.1.4. Contesta Sí en Cáncer: Se solicita examen médico, EKG, glicemia, perfil lipídico, parcial de orina. Historia clínica, evolución y pronóstico diligenciado por médico tratante

5.1.5. Contesta Sí en Diabetes: Se solicita examen médico, química sanguínea, EKG.

5.1.6. Contesta Sí en VIH / S.I.D.A: Se solicita examen médico, EKG, glicemia, perfil lipídico, parcial de orina, VIH, serología

5.1.7. Contesta Sí en Afecciones Renales: Se solicita examen médico, EKG, Glicemia, Perfil Lipídico, parcial de orina, BUN y Creatinina.

5.1.8. Índice de masa corporal:

- Si el índice de masa corporal está entre 25 a 30, no se solicitan exámenes complementarios.

El índice de masa corporal se calcula de la siguiente forma:

FORMULA INDICE DE MASA CORPORAL: $IMC = PESO / TALLA^2$

Ejemplo: 80 kilos, Estatura 1.65 Entonces $IMC = 80 / (1.65)^2 = 29.3$

Resumen exámenes médicos para patologías específicas:

Patologías declaradas por el Asegurado	Documento (s) solicitados (s)	Monto a asegurar expresado en pesos	Edad límite del Asegurado	Exámenes médicos solicitados
Cardio vascular	Declaración de Asegurabilidad: Si en la declaración el asegurado reconoce que tiene una buena condición en su salud y responde negativamente a las preguntas será asegurado de manera automática; si responde afirmativamente a alguna de patologías acá descritas, Equidad se reserva el derecho de	Más de 130 MCOP y hasta 400 MCOP	18 años hasta 70 años + 364 días	EKG, glicemia, perfil lipídico y parcial de orina.
Hipertensión Arterial				Química sanguínea y EKG.
Cerebro vascular				EKG, glicemia, perfil lipídico y parcial de orina.
Cáncer				EKG, glicemia, perfil lipídico, parcial de orina, historia clínica, evolución y pronóstico diligenciado por médico tratante.
Diabetes				Química sanguínea y EKG.
VIH/ S.I.D.A				EKG, glicemia, perfil lipídico, parcial de orina, VIH y serología.
Afecciones Renales				EKG, Glicemia, Perfil Lipídico, parcial de orina, BUN y Creatinina.



Masa corporal	solicitar exámenes médicos. En caso de siniestro Equidad puede rechazarlo por pre existencia si esta no fue declarada y era conocida por el asegurado.		<ul style="list-style-type: none">• Si el índice de masa corporal está entre 25 a 30, no se solicitan exámenes complementarios.• Si el índice de masa corporal es superior a 30, se extra prima con un 30% si es mayor el IMC se aplica lo expuesto en el numeral 6.
---------------	--	--	---

*Para cualquier otra enfermedad diferente a las detalladas anteriormente, se requiere estudio y aprobación previa de la aseguradora.

5.2. VALORES ASEGURADOS IGUALES O MAYORES A \$400'000.001=

Para Valores Asegurados iguales o mayores a **\$400'000.001** en uno o varios créditos y hasta el límite máximo por asegurado, cualquier edad e independiente del estado de salud declarado, se requiere estudio y aprobación previa de la aseguradora.

6. Manejo del IMC (Índice de masa corporal)

Formula Índice de Masa Corporal:

Traducir la altura a metros. Ejemplo. 1.65 metros.

Multiplicarlo por sí mismo, es decir $1.65 \times 1.65 = 2.72$

Dividir el peso entre el resultado anterior, es decir: $\text{Peso } 70 \text{ kg} / 2.72 = 25.7$
IMC

Extra primas por índice de masa corporal

De 30.1 a 34.9 extra prima del 30%

De 35.1 a 39.9 se requiere resumen de la historia clínica últimos tres años y en facultad de la agencia extra primar 50%.

De 40 en adelante se requiere resumen de la historia clínica últimos tres años y enviar a la Gerencia de Vida de la Equidad Seguros quien determinara cobertura.

7. Red medica

Contamos con una Red Médica calificadora a nivel nacional quienes serán los encargados de otorgar las condiciones para los asegurados.

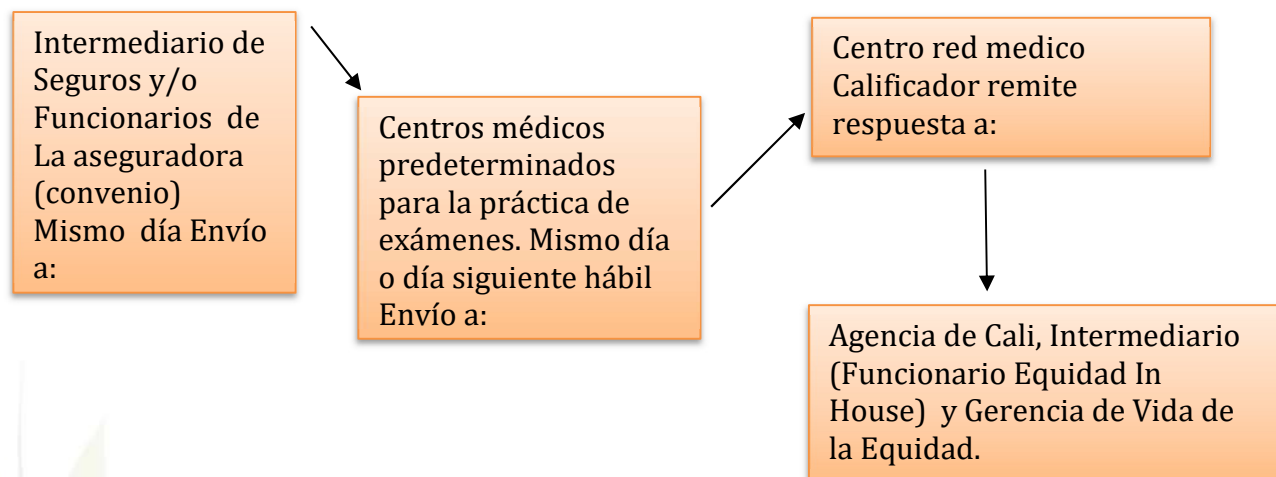


Procedimiento de atención:

1. El intermediario de seguros en conjunto con los funcionarios de la aseguradora (Funcionario que asignará La Equidad seguros para el manejo del convenio In House) remitirán los asegurados a centros médicos predeterminados autorizados por la Equidad Seguros de Vida, para la práctica de los exámenes.
2. El centro médico debe enviar los resultados de exámenes al centro Red médico calificador quien a su vez determinará y confirmará viabilidad de asegurabilidad (condiciones), remitiendo respuesta a la Agencia, intermediario (In House), y a la Gerencia de Vida de La Equidad.

Según las patologías se informará el respectivo recargo si lo hay, para que sea aplicado al asegurado en la liquidación de las primas de seguro respectiva.

8. Flujograma



9. Definición Por Parte De La Aseguradora

La Equidad seguros se compromete a dar respuesta para la suscripción de los riesgos, el cual no podrá superar tres (3) días contados a partir del día hábil siguiente a la recepción de los documentos, inclusive los resultados médicos requeridos.

Se tiene en cuenta que el incumplimiento en el término de respuesta genera amparo automático, aún si el valor de la obligación excede el monto designado como amparo automático.



La custodia de los documentos físicos (Solicitud de seguro/declaración de asegurabilidad) es responsabilidad del Tomador y debe estar disponible para cuando la Aseguradora lo requiera dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la solicitud.

10. Permanencia

El término de cobertura, para todos los amparos será hasta la terminación de la Vinculación del asegurado con el Tomador.

11. Forma De Pago

La póliza se regirá bajo el sistema de declaraciones mensuales mes completo sin prorratas y pago mensual vencido 30 días fecha de factura definitiva. Al momento de pagar la prima mensual se descontará el valor por gastos administrativos y recaudo.

Para el pago de la prima, El Tomador o la entidad que esta designe entregara a la aseguradora el valor total de los saldos de cartera con su respectivo valor de prima a facturar, según quede estructurada la tarifa.

12. Tasas

Las tasas indicadas corresponden a las nuevas inclusiones, para la cartera vigente del Tomador, tendrá la protestad de mantener las tasas actuales o aplicar las nuevas tasas a la cartera vigente:

Se acepta la tasa actual para la cartera Vigente con un aumento en la base del 5%, con las condiciones de Comisión y Gastos De Administración y Recaudo que se definen en el presente documento, para las nuevas inclusiones así:

Las tasas para nuevos negocios son:

5% de recargo en la base de créditos antiguos exceptuando el rango de edad de mayores de 70 años

RANGOS DE EDAD	MENOR 45 AÑOS	ENTRE 46 Y 70 AÑOS	MAYORES 70 AÑOS
TASA POR MIL MUERTE	0.30	0.49	1.87
TASA POR MIL INVALIDEZ	0.05	0.08	0.30
TASA POR MIL TOTAL MENSUAL	0.35	0.57	2.17



En los casos que haya un deudor solidario las Tasas a aplicar serán las mismas del asegurado principal ya sea de la cartera vigente o de la nueva cartera.

TASAS ACTUALES

RENOVACIONES (BASE) DE VIGENCIA 1 DE SEP. 2020 A 1 DE SEPT. 2021						
RANGO DE EDAD	TASA GRUPO ETARIO 2020-2021 %o	PRIMA MENSUAL POR MILLON 2020-2021	TASA GRUPO ETARIO 2021-2022 %o	PRIMA MENSUAL POR MILLON 2021-2022	TASA GRUPO ETARIO 2022-2023 %o	PRIMA MENSUAL POR MILLON 2022-2023
18 AÑOS - 45 AÑOS mas 364 dias	0,3022	302	0,33	330	0,35	350
46 AÑOS - 70 AÑOS mas 364 dias	0,4706	471	0,52	520	0,54	540
=o > 71	1,7337	1.734	1,91	1.910	1,91	1.910
RENOVACION (BASE) DE VIGENCIA 1 DE SEPT 2021 A 1 SEPT 2022 NUEVAS INCLUSIONES DE VIGENCIA 1 DE SEPT 2022 A 1 DE SEPT 2023						
RANGO DE EDAD	TASA GRUPO ETARIO 2021-2022 %o	PRIMA MENSUAL POR MILLON 2021-2022	TASA GRUPO ETARIO 2022-2023 %o	PRIMA MENSUAL POR MILLON 2022-2023		
18 AÑOS - 45 AÑOS mas 364 dias	0,33	330	0,35	350		
46 AÑOS - 70 AÑOS mas 364 dias	0,54	540	0,57	540		
=o > 71	2,17	2.170	2,17	2.170		

13. Comisión De Intermediación

La comisión por intermediación será del **4% + IVA** sobre las primas totales facturadas en el cobro mensual para la cartera Vigente y nuevas inclusiones.

14. Gastos De Administración Y Recaudo

Los costos de administración y recaudo serán liquidados sobre las primas totales y serán descontados mensualmente por El Tomador al efectuar el pago de las primas.

Para la cartera Vigente El porcentaje establecido como gastos de administración y recaudo será del **32% + IVA**.

Para nuevas inclusiones según la tasa definida por los Gastos de Administración y Recaudo elegida por el Tomador

15. Participación de Utilidades

La fórmula de la PU es la siguiente, con un gasto compañía del 8%

(+)	Prima Devengada	\$ 46.897.114.893	
(-)	Siniestros Incurridos *	\$ 11.120.808.737	
(-)	Comisión	\$ 2.813.826.894	4,00%
(-)	Retorno	\$ 16.132.607.523	32,00%
(-)	IVA	\$ 3.599.822.539	
(-)	Gastos Compañía	\$ 3.751.769.191	10,00%
(=)	Base PU	\$ 9.243.794.434	
PU=	50%*Base PU	\$4.621.897.217	

*Incluye IBNR 7%

16. Personal Apoyo Intermediario:

Se autoriza Una (1) Persona inhouse que apoye las funciones relacionadas con el objeto del contrato en las oficinas del intermediario para la administración y operación de la cuenta a nivel nacional (facturación, cierres, conciliaciones y Siniestros).

17. Procedimiento en caso de siniestro

Documentos necesarios base actual

Los documentos necesarios para la atención de siniestro serán:

- En Caso de respaldar una Obligación Certificación de la entidad especificando el saldo total de la deuda a la fecha en que será girado el pago a la entidad en el formato establecido por la entidad.
- Fotocopia de la cédula del fallecido.
- Registro de defunción expedido por la notaría.
- e. En los casos de Incapacidad Total y Permanente, se requerirá la confirmación de la declaratoria de Incapacidad.
- Resumen Historia Clínica para créditos superiores a **\$130.000.000**

Documentos Necesarios Nuevas Inclusiones Hasta Cúmulos De \$130'000.000

Los documentos necesarios para la atención de siniestro serán:

- a. En caso de respaldar una obligación Certificación de la entidad especificando el saldo total de la deuda a la fecha en que será girado el pago a la entidad en el formato establecido por la entidad.
- b. Fotocopia de la cédula del fallecido.
- c. Registro de defunción expedido por la notaría.
- d. En los casos de Incapacidad Total y Permanente, se requerirá la confirmación de la declaratoria de Incapacidad.

Documentos Necesarios Nuevas Inclusiones Cúmulos Mayores A \$130'000.000.

Los documentos necesarios para la atención de siniestro serán:

- a. En caso de respaldar una obligación Certificación de la entidad especificando el saldo total de la deuda a la fecha en que será girado el pago a la entidad en el formato establecido por la entidad.
- b. Copia de la solicitud del seguro de Vida.
- c. Fotocopia de la cédula del fallecido.
- d. Registro de defunción expedido por la notaría.
- e. En los casos de Incapacidad Total y Permanente, se requerirá la confirmación de la declaratoria de Incapacidad.
- f. Historia Clínica.

17.1 Notificación y trámite de siniestros.

La notificación de siniestros se comunicará a la aseguradora por correo electrónico. Los documentos requeridos para la atención de siniestros se remitirán por dicho medio.

17.2 Informe Mensual De Siniestralidad

La aseguradora entregará en medio electrónico (Excel) al corte de cada mes y dentro de los primeros diez (10) días de cada mensualidad, la información de los siniestros, la cual deberá contener la siguiente información (por cada siniestro):

- a. Numero de siniestro.
- b. Fecha del siniestro.
- c. Fecha de presentación del siniestro.



- d. Amparo afectado.
- e. Ciudad de ocurrencia.
- f. Valor pagado o en reserva.
- g. Nombre del asegurado.
- h. Cédula del asegurado.
- i. Causa de la muerte o de la incapacidad.

18. Pago de Siniestros

Los pagos por siniestros deberán ser girados por la Equidad seguros en el término máximo para el pago el cual se establece en treinta (30) días calendario contados a partir de la entrega de la documentación exigida por la aseguradora.

La custodia de los documentos físicos y digitales es responsabilidad del Tomador y debe estar disponible para cuando la Aseguradora lo requiera dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes.

19. Clausulas Adicionales Y Condiciones Particulares

19.1 Revocación De La Póliza

Aviso con noventa (90) días calendario de anticipación por cualquiera de las partes.

19.2 Aviso De Siniestro

Se amplían los términos del periodo de aviso de siniestro a noventa (90) días hábiles.

19.3 Cláusula De Exclusiones

La aseguradora acepta que el reporte de exclusiones de asegurados se realice con noventa (90) días de retroactividad.

19.4 Error En La Declaración De La Edad Y/O Fecha De Nacimiento

Se deja establecido que, si la edad real es mayor que la declarada, la Aseguradora indemnizará el valor asegurado y el Tomador deberá pagar, si existiese, la diferencia de prima durante toda la vigencia del seguro, siempre y cuando no supere los límites de edad permitidos en la póliza.





19.5 Cláusula De Extensión / Continuidad De Cobertura

La póliza ampara a todos los Asegurados y demás personas que a la fecha de iniciación del seguro se encontraban amparados en las pólizas anteriores, concediendo automaticidad sin restricción en sus condiciones de salud o de edad y anulando la preexistencia y/o reticencias. Se incluye también bajo esta definición, la compra de cartera que se realice.

19.6 Extensión Solicitud De Seguro

Para la modalidad de crédito rotativo de cualquier línea, se extiende la solicitud inicial de seguro hasta por el tiempo en que dicho crédito se encuentre aprobado, así el Asegurado no haga utilización del mismo.

19.7 Incontestabilidad Y Conversión

Estos beneficios tienen efecto desde la iniciación de la póliza y desde el momento en que toda persona ingrese al grupo asegurado.

19.8 Errores U Omisiones Del Tomador

Los errores y/u omisiones por parte del Tomador en el reporte de los Asegurados y/o valores asegurados entregados a la Aseguradora, no serán tenidos en cuenta como causal de objeción. La Aseguradora emitirá la póliza, el Tomador pagará la prima correspondiente y se procederá con la indemnización.

20. Principio De Causalidad

En caso de inexactitud o reticencia del asegurado, la Compañía solo podrá aplicar las sanciones contempladas en el artículo 1058 del Código de Comercio y concordantes, si las causas que originaron directa o indirectamente el siniestro son coincidentes con la reticencia o la inexactitud en que incurrió el asegurado.

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

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha





encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, 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, excepto lo previsto en el artículo 1160.

Las sanciones consagradas en este artículo 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".

21. Secuestro O Desaparecimiento

Se otorga cobertura de acuerdo con los amparos contratados en los casos en que se presenten desapariciones o secuestros de los asegurados incluidos en la póliza. En caso de adelantarse un proceso de muerte presunta por desaparecimiento y emitirse posteriormente una sentencia que así lo declare, la presente póliza dará cobertura al evento dentro de los límites contratados, aun después de finalizada la presente vigencia. El simple aviso a la aseguradora acerca de la desaparición o el secuestro de alguno de los asegurados en la póliza bastará para constituir la correspondiente reserva y posterior pago con la presentación del auto admisorio de la demanda, previo pago de la prima de la vigencia correspondiente a la desaparición o secuestro, que acrediten el derecho a la indemnización. El término de prescripción de la acción frente al contrato de seguro en estos eventos empezará a correr a partir de la fecha de la providencia notificada en que se declare oficialmente la muerte por desaparición en la sentencia emitida por un juez de la República.

22. Cláusula De Saldos En Mora

Se ampara la cartera con mora, siempre y cuando El Tomador pague la prima correspondiente a estos saldos.

23. Modificaciones En Contra Del Asegurado

Las condiciones de las pólizas expedidas no podrán ser objeto de modificación unilateral por parte de la aseguradora en contra del asegurado.





24. Declaración De Asegurabilidad

Los certificados de asegurabilidad permanecerán bajo custodia del Tomador, la copia de esta declaración de asegurabilidad sólo será enviada a la aseguradora cuando el Asegurado declare una patología en forma afirmativa o supere los límites automáticos establecidos para el respectivo estudio y aprobación.

En los casos de compra de cartera, la Aseguradora aceptará fotocopia de la declaración de asegurabilidad cuando se originó la obligación objeto de la negociación la cual igualmente será custodiada por El Tomador.

Se aclara que la vigencia de la Declaración De Asegurabilidad y Exámenes Médicos será de seis (6) meses a partir de su diligenciamiento.

25. Pagos Comerciales

La aseguradora establecerá al inicio de cada vigencia un determinado monto para el pago comercial de siniestros que será usado a discreción por El Tomador. El monto inicial se fija en una cuantía no inferior a \$200'000.000.

La solicitud del pago comercial será tramitada por la Dirección Técnica de Coomeva Corredores de Seguros.

Condicionado General

Versión Clausulado General 21/05/2021-1429-P-34-0000000000002030-D001

Nota Técnica: 21/05/2021-1429-NT-P-34-0000000000002030

26. Exclusiones generales.

La aseguradora otorgará cobertura a los siguientes eventos tanto por vida (muerte natural o accidental) como por incapacidad total y permanente:

1. Enfermedad intencionalmente causada a sí mismo por el asegurado, ya sea en estado de cordura o de enajenación mental.
2. Lesiones sufridas por el asegurado a consecuencia de encontrarse bajo el influjo de bebida alcohólica, de algún medicamento o droga enervante, estimulante o similar, excepto si fueron prescritos por un médico.
3. Riña, cuando el asegurado sea el provocador, o alborotos populares.
4. Participación del asegurado en cualquier servicio o actividad en cualquier fuerza militar en tiempo de paz o guerra, de policía o armada de cualquier tipo, actos de guerra (interna o externa, declarada o no), acto de enemigo





extranjero, rebelión, revolución, motín, conmoción civil, asonada, sedición o insurrección, invasión.

5. Actos terroristas.

6. Cualquier servicio o actividad en cualquier fuerza militar en tiempo de paz o guerra, de policía o armada de cualquier tipo, actos de guerra (interna o externa, declarada o no), acto de enemigo extranjero, rebelión, revolución, motín, conmoción civil, asonada, sedición o insurrección, invasión o usurpación ilegal del poder.

7. Viajes en cualquier medio de transporte aéreo, excepto cuando se realiza el viaje como pasajero en una aerolínea comercial debidamente autorizada por las autoridades respectivas.

8. Pruebas o carreras de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.

9. Práctica de cualquier deporte en forma profesional o la práctica de deportes de alto riesgo de cualquier clase y la práctica de deportes que involucren el uso de equipos, medios o máquinas de vuelo o deportes con la intervención de algún animal.

10. Actividades peligrosas como la manipulación de explosivos o armas de fuego.

11. Cualquier enfermedad corporal o mental de cualquier tipo.

12. Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza.

13. Accidentes que se originen debido a que el asegurado estaba bajo la influencia de algún medicamento o droga enervante, estimulante o similar, excepto si fueron prescritos por un médico; así como los que se originen a consecuencia de encontrarse bajo los efectos del alcohol.

27. Manejo De Endosos

Conjuntamente se establecerá el proceso de manejo de endosos que se presenten en las pólizas incluidas en el presente acuerdo.

28. Cláusula De Primer Beneficiario

Se deja expresa constancia que en caso de siniestro que afecte el seguro objeto de la cobertura la entidad: La entidad acreedora titular de la obligación obrara como beneficiario preferencial hasta por el respectivo monto de sus intereses y acreencias.

29. Expedición De Las Pólizas

Se expedirá una póliza matriz para el ramo, cuyas condiciones reposarán en las oficinas del Tomador y a cada asegurado se le entregara una copia del certificado de seguro.



La póliza carátula y sus anexos serán ser entregados al Tomador, dentro de los diez (10) días calendarios siguientes a la fecha de iniciación de la vigencia de la póliza.

Para el manejo operativo de la póliza, se entiende que con la presentación de la propuesta, la aseguradora permite la expedición delegada a Coomeva Corredores de Seguros S.A., para lo cual entregará la estructura de tarificación que se defina en cada una de las pólizas.

La Equidad acepta que dentro del proceso de administración de la póliza, de acuerdo con las fechas que El Tomador estipule, inicialmente se generará un pre cobro el cual será conciliado con el tomador y una vez aprobado, se generará el cobro definitivo el cual será la base para el pago de primas y los cálculos de comisiones y retornos.

En los cobros mensuales definitivos, serán descontadas las primas correspondientes a las exclusiones y/o ajustes, incluyendo las retroactivas generados por cualquier motivo.

30. Modelo de Operación:

El modelo de operación para la administración de la presente propuesta se ajustará basado el proceso vigente con el que opera la póliza en estos momentos, contando con el concurso de las siguientes áreas:

- Agencia Cali como primer contacto con La Compañía y 25 adicionales a nivel país para atender requerimientos en cada una de las ciudades
- Un (1) funcionario In House para realizar la operatividad de La póliza
- Vicepresidencia Técnica y Gerencia Técnica De Vida Para atender requerimientos técnicos de la póliza
- Médicos evaluadores para suscripción
- Gerencia de Indemnización para atender las reclamaciones

DIEGO ALBERTO LOPEZ RAMOS
Director Nacional Productos De Vida
27 de Mayo de 2022