

PROPUESTA TÉCNICA
PÓLIZA COLECTIVA DE VIDA GRUPO DEUDORES
PRODUCTO VIDA GRUPO DEUDOR
Producto 3406

INFORMACION BÁSICA DE LA PROPUESTA TÉCNICA

TOMADOR	FINANCIERA DANN REGIONAL COMPANIA DE FINANCIAMIENTO S.A.
NIT	811007729 - 4
ACTIVIDAD	ACTIVIDADES DE LAS COMPAÑIAS DE FINANCIAMIENTO
VIGENCIA DEL SEGURO	DESDE LAS 00:00 HORAS DEL 26 DE FEBRERO DEL 2021 HASTA LAS 00:00 DEL 26 DE FEBRERO DEL 2023
VALOR ASEGURADO SOLICITADO	SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA
TIPO DE POLIZA	Deudores
INTERMEDIARIO	DELIMA MARSH S.A.

I. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA PROPUESTA

1.1 OBJETO DE LA POLIZA

Amparar en caso de muerte o incapacidad total y permanente, a las persona naturales mayores de 18 años y representantes legales, socios, fundadores o accionistas de aquellas entidades o personas jurídicas, que sean clientes de FINANCIERA DANN REGIONAL, que amparen los riesgos asociados con las operaciones activas de crédito, o leasing en cualquiera de sus modalidades y demás líneas o productos financieros de acuerdo con nuestro objeto social.

1.2 ASEGURADO

Persona naturales mayores de 18 años y Representantes Legales de sociedades, socios, fundadores o accionistas de aquellas entidades o personas jurídicas, que sean clientes del TOMADOR en cualquier línea de crédito, o leasing en cualquiera de sus modalidades y demás líneas o productos financieros de acuerdo con su objeto social.

Los deudores con obligación conjunta hasta por el porcentaje de su participación en la deuda que será específicamente declarada por el TOMADOR, sobre los cuales se pague la prima de seguro correspondiente.

Se incluyen los codeudores siempre y cuando se pague la prima de seguro correspondiente y se cumplan los requisitos de asegurabilidad en caso de aplicar.

1.3 BENEFICIARIO

FINANCIERA DANN REGIONAL adquiere en todos los casos la calidad de Tomador y Primer beneficiario hasta el monto de la deuda en el momento del siniestro.

1.4 AMPAROS

- **BASICO DE VIDA**
- **INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE/ DESMEMBRACIÓN.** Se incluye la ocasionada por el
- asegurado como el intento de suicidio y homicidio, terrorismo, embriaguez desde el
- inicio del crédito.

1.5 DESCRIPCION DE AMPAROS

1.5.1 VIDA

Cubre al asegurado en caso de muerte por cualquier causa no preexistente, incluyendo suicidio, homicidio, actos terroristas, enfermedades graves sin periodo de carencia, muerte violenta, fenómenos de la naturaleza y fallecimiento por SIDA, cubiertos desde el inicio de vigencia.

1.5.2 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Por el presente amparo LA COMPAÑÍA pagará al Beneficiario a Título oneroso, el valor contratado indicado en la presente propuesta, si como consecuencia de una enfermedad o un accidente, se produce la incapacidad total y permanente del asegurado, tal como se define a continuación:

Para todos los efectos de este seguro, se entiende por incapacidad total y permanente la sufrida por el asegurado menor de 75 años de edad más 364 días que haya sido ocasionada o se manifieste estando asegurado bajo el presente amparo y que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona desempeñar su ocupación habitual u otra compatible con su educación, formación o experiencia, por tener una pérdida de la capacidad laboral mayor o igual al 50%.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considerará como tal, la pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos; la amputación de ambas manos o de ambos pies, o de toda una mano y de todo un pie.

La incapacidad total y permanente deberá ser calificada por los entes autorizados por el gobierno nacional y con base en el manual único de calificación vigente, al momento de la presentación de la respectiva reclamación.

Se considera como fecha de ocurrencia del siniestro para el amparo de incapacidad total y permanente, la fecha de calificación indicada por el ente calificador, fecha en la cual la póliza debe estar vigente.

Incluyendo la ocasionada por el asegurado así como el intento de suicidio, homicidio, actos terroristas y fenómenos de la naturaleza.

Para efectos de la prescripción se entenderá ocurrido el siniestro desde el momento de la calificación de la invalidez. Al igual que Para efectos del pago de indemnizaciones desde la fecha de calificación.

Una vez pagada la indemnización por el amparo de incapacidad total y permanente termina la cobertura para el amparo de vida, cesando la responsabilidad de LA COMPAÑÍA.

2. VALOR ASEGURADO

- **BÁSICO DE VIDA:** Corresponderá al saldo insoluto de la deuda del contrato o el valor desembolsado, en caso de que se estén adelantando los trámites para obtener el desembolso o perfeccionamiento del contrato, a la fecha de fallecimiento. El valor asegurado incluirá capital, interés corrientes y de mora, primas de seguros y cualquier otra suma a cargo del deudor

relacionado con las operaciones de crédito, o de leasing en cualquiera de sus modalidades y demás líneas o productos financieros.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: Corresponderá al saldo insoluto de la deuda del contrato o el valor desembolsado, en caso de que se estén adelantando los trámites para obtener el desembolso o perfeccionamiento del contrato, a la fecha de estructuración de la incapacidad. El valor asegurado incluirá capital, interés corrientes y de mora, primas de seguros y cualquier otra suma a cargo del deudor relacionado con las operaciones de crédito, o de leasing en cualquiera de sus modalidades y demás líneas o productos financieros.

2.1 MÁXIMO VALOR ASEGURADO

El máximo valor asegurado ofrecido por persona en una o varias operaciones corresponderá a la suma de DOS MIL MILLONES DE PESOS M/CTE (\$2.000.000.000.00).

Sin perjuicio de lo anterior, LA COMPAÑÍA evaluará las sumas aseguradas solicitadas superiores a este valor, y de encontrarlo viable autorizará el ingreso previo cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad.

3. MUERTE PRESUNTA

En caso de muerte presunta por desaparecimiento LA COMPAÑÍA, pagará de acuerdo a la opción contratada la suma asegurada, previa presentación de la sentencia debidamente ejecutoriada mediante la cual el juez haya declarado la muerte presunta del asegurado.

4. DURACIÓN DE LA COBERTURA

4.1 VIGENCIA DE LA PÓLIZA

El término de duración del contrato, será de dos (2) años a partir del 26 de febrero de 2021 a las 00:00 y hasta el día 26 de febrero de 2023 a las 00:00.

4.2 VIGENCIA DE COBERTURA INDIVIDUAL

Será igual a la vigencia de los créditos y/o contratos, incluyendo eventuales prórrogas autorizadas para el mismo por el TOMADOR o debidas a la duración de los procesos judiciales que se inicien para hacer efectivo el contrato en caso de mora.

La cobertura del seguro se inicia al momento en que el cliente firma el contrato respectivo o se autoriza al arrendatario la entrega del bien o el TOMADOR hace el desembolso del crédito y estará vigente hasta que el deudor finiquite sus obligaciones financieras con el TOMADOR.

En cualquier caso debe cumplir con los requisitos de asegurabilidad detallados en las presentes condiciones, así como aquellos controles establecidos por los Entes de Vigilancia y Control del TOMADOR.

5. AMPARO AUTOMÁTICO

Se concede amparo automático para deudores que contraigan obligaciones hasta \$400.000.000 en una o varias obligaciones, y edad hasta 69 años más 364 días en los amparos de Vida e ITP (Incapacidad Total y Permanente). El amparo automatico aplica siempre y cuando las respuestas de la declaración de

asegurabilidad sean negativas, en caso de que alguna de las respuestas de los datos de salud de la declaración de asegurabilidad sea positiva, deberá cumplir con la tabla de requisitos establecida.

El límite máximo individual de Amparo Automático será de \$ 400.000.000 por contrato y 69 años más 364 días para los amparos de Vida e Incapacidad Total y Permanente Para valores asegurados superiores a \$400.000.000 no habrá amparo automático, sino que el aspirante al crédito deberá cumplir previamente con los requisitos de asegurabilidad detallados más adelante.

Se acepta la condición de que en el caso en que el tomador no haya enviado los listados de asegurados a la compañía de seguros y fallezca alguno de ellos, la aseguradora pagará el siniestro en virtud del amparo automático otorgado.

6. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

AMPARO	INGRESO	PERMANENCIA
Básico de vida	18 – 69 años y 364 días	Cancelación de la deuda
Incapacidad Total y Permanente	18 – 69 años y 364 días	75 años y 364 días*

* Para los asegurados que alcanzan la edad máxima de permanencia en el amparo de ITP, se liquidará el valor de la prima únicamente sobre el amparo Básico, así mismo se notificará al TOMADOR y al corredor de seguros.

7. DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Todos los clientes deben diligenciar el Formato de Asegurabilidad y este tendrá una vigencia de 60 días calendario.

CONDICIONES TECNICAS OFRECIDAS PARA ESTA PROPUESTA

8. CONDICIONES TECNICAS	
OPERATIVIDAD DE LA POLIZA	Los cortes se realizarán el último día del mes. Se reportará todos los movimientos o las novedades por ingreso, retiros o modificaciones de las personas aseguradas del mes vencido antes del décimo (10) día hábil del mes siguiente.
AMPARO AUTOMATICO POR SUMA LIBRE ASEGURADA	Hasta \$400.000.000.00 y 69 años más 364 días de edad que no declaren ningún estado de riesgo en la declaración de salud. Este amparo automático también opera para cualquier variación del valor asegurado individual hasta un 10% y no sobrepasen \$400.000.000.00 en el valor asegurado total.
RETRIBUCIÓN POR GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DE RECAUDO	20%
COMISIÓN DE CORRETAJE	10%
PERIODICIDAD DE PAGO	MENSUAL
PLAZO PARA EL PAGO	Cuarenta y cinco (45) días siguientes a la fecha de recaudo

9. PRIMAS

GRUPOS	Póliza	Valor Asegurado	Tasa Mensual (expresada en % con 3 decimales)		IVA *	Total Tasa Mensual
GRUPO I	VIDA GRUPO DEUDORES	10.353.900.838	Vida	ITP	N/A	0.068%
			0.055%	0.014%		
TOTAL		10.353.900.838				0.068%

10. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD:

Atendiendo los criterios de una adecuada evaluación de riesgo se aplicarán requisitos de asegurabilidad en función del valor asegurado, estado de salud y la edad del solicitante de acuerdo al siguiente cuadro:

EDAD		MONTOS	
DESDE (años)	HASTA (años)	ENTRE \$0 Y \$400.000.000 MILLONES	ENTRE \$400.000.001 Y \$2.000.000.000 MILLONES
18	55	PERFIL 1	PERFIL 3
55 + 1 DIA	60	PERFIL 1	PERFIL 4
60 + 1 DIA	69 + 364 días	PERFIL 1	PERFIL 4

DESCRIPCION DE LOS REQUISITOS / PERFILES	
Perfil 1	Diligenciamiento de declaración de asegurabilidad (formulario solicitud)
Perfil 2	Diligenciamiento de declaración de asegurabilidad + EXAMEN MEDICO GENERAL
Perfil 3	Diligenciamiento de declaración de asegurabilidad + EXAMEN MEDICO GENERAL + ANALISIS DE ORINA - ELECTROCARDIOGRAMA
Perfil 4	Diligenciamiento de declaración de asegurabilidad + EXAMEN MEDICO GENERAL + ANALISIS DE ORINA - ELECTROCARDIOGRAMA - QUIMICA SANGUÍNEA (GLICEMIA, COLESTEROL, HDL, LIPOPROTEINAS DE ALTA DENSIDAD, TRIGLICERIDOS, CREATININA Y V.I.H.)

11. EXÁMENES MÉDICOS

Los exámenes médicos que se requieran en el proceso de Suscripción no tendrán ningún costo, para el asegurado ni para el TOMADOR.

La COMPAÑÍA, se compromete a dar aviso al TOMADOR, de manera escrita la aceptación, declinación o extraprima si hubiese lugar a ella, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en la que la aseguradora tenga en su poder toda la información necesaria para la evaluación del riesgo, incluyendo, entre otros, el resultado de los exámenes médicos que el solicitante haya debido practicarse, y la declaración de asegurabilidad diligenciada y firmada por el solicitante.

De acuerdo con la evaluación la compañía informará, si el resultado es estándar con extraprimas o con anexos de exclusión o no asegurable, es decir el no ingreso del asegurado a la póliza. Para las extraprimas informar la clasificación del recargo sobre la tarifa estándar.

Dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la práctica del examen médico, la compañía informará al corredor de seguros, la calificación obtenida para todo deudor que, por condiciones de salud, ocupación u otros factores de agravación del riesgo requieran someterse a otros requisitos de asegurabilidad el plazo será de tres (3) días hábiles

En relación con los deudores a los cuales se les haya solicitado presentar requisitos de asegurabilidad por preexistencias o por edad, o por monto de las obligaciones, una vez expira el plazo de tres (3) días antes mencionado, si la aseguradora no emite ninguna comunicación, se entienden amparados por la póliza. La validez de las calificaciones médicas será de un (1) año

12. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD PARA ENFERMEDADES DECLARADAS HASTA EL MONTO AUTOMÁTICO DE \$400.000.000

LA COMPAÑÍA, para las enfermedades indicadas a continuación aplicará un porcentaje de extraprima automático. Esta extraprima aplicará para aquellos casos en donde se ha diligenciado declaración de asegurabilidad de acuerdo a los requisitos contenidos en esta propuesta y cuyo monto a asegurar es menor o igual a \$400.000.000.00.

Cuando se reporten dos o más enfermedades que coincidan o no el cuadro de enfermedades el asegurado deberá cumplir con los requisitos adicionales de asegurabilidad indicados por la compañía.

ENFERMEDAD DECLARADA/ ESTADO DE RIESGO	PORCENTAJE EXTRAPRIMA
Asma	25%
Diabetes	
Hipertensión Arterial	
Tiroides	
Consume bebidas alcohólicas más de tres veces por semana o en exceso o consume sustancias psicoactivas	
Embarazo	
Fracturas brazo, codo, rodilla, túnel del Carpio	
Miopía, astigmatismo, cataratas	
Histerectomía, Urolitiasis	
Obesidad de tipo I: IMC entre 30-34.9	
Cirugía Bariátrica	
Tabaquismo	
Enfermedad Pulmonar	
Enfermedad coronaria	
Artritis	
Glaucoma	
Hepatitis	

13. CONTINUIDAD DE COBERTURA

Se otorga continuidad de cobertura sin exigencia del cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad, para los deudores con créditos y/o contrato de leasing vigentes a la expedición de la póliza, sin ningún tipo de limitante en sus condiciones de salud, edad, exclusión ni exigencia y en las condiciones de la aseguradora anterior.

La presente póliza otorga el beneficio de continuidad de coberturas, sin exigir para ello ningún requisito de asegurabilidad por edad, valor asegurado o estado de salud, a todos los asegurados que se trasladen a la póliza de vida grupo de la Compañía, que tengan su seguro vigente en la fecha de expedición de la nueva póliza y hasta por el mismo valor asegurado individual que tuvieran vigente con la anterior Aseguradora el cual será trasladado a la Compañía.

Es condición indispensable para otorgar este amparo, que la Póliza y el certificado individual de seguro anterior lleve por lo menos un año de expedida con la anterior Aseguradora. El Tomador debe suministrar a la Compañía copia del último listado emitido por la Aseguradora de la cual es trasladado el grupo con plazo máximo de treinta (30) días con la siguiente información: Nombres, Apellidos, Documento de identidad, fecha de nacimiento, suma asegurada, coberturas, limitaciones de cobertura y extra-primas por salud y/o actividad de cada uno de los asegurados. Así mismo el Tomador debe informar por escrito si tiene conocimiento de que haya asegurados a los cuales se les hubiere diagnosticado enfermedades graves de carácter terminal.

Cualquier incremento de valor asegurado sobre el inicial requerirá del cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad establecidos por la Compañía.

14. EXTENSIÓN Y SOSTENIBILIDAD DE VALORES ASEGURADOS

Esta póliza amparará todas las personas aseguradas actualmente en las pólizas de deudores del tomador en las mismas condiciones de cobertura que tengan vigentes al momento de inicio de la presente licitación. La cobertura individual para cada asegurado, bajo las condiciones del seguro en que vienen, se extenderá hasta que concluya la vigencia del contrato financiero incluyendo eventuales prórrogas autorizadas por el tomador o debidas a la duración de los procesos judiciales que se inicien para hacer efectivo el contrato en caso de mora.

A medida que finalicen las vigencias anuales de cobertura de seguro en la póliza de Vida Grupo Deudores del tomador como en las pólizas individuales endosadas a su favor, o desde el inicio de la presente licitación y a discreción del tomador, se podrán aplicar a dichos asegurados las condiciones de cobertura ofrecidas en la presente licitación.

15. INCLUSIONES FORZADAS

La COMPAÑIA aceptará la inclusión de aquellos clientes a los cuales se les vence el endoso, y no realizan el trámite de renovación ante su aseguradora actual, sin requisitos de asegurabilidad.

16. PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES

Para efectos de la prescripción de acciones contemplada en el Artículo 1081 del Código de Comercio, el TOMADOR en su calidad de beneficiario de la póliza tiene el carácter de Interesado, por lo tanto el término de la prescripción comenzará a correr desde el momento en que la FINANCIERA DANN REGIONAL haya tenido conocimiento del siniestro.

17. NOTIFICACIÓN CON ANTELACIÓN AL CORREDOR DE SEGUROS DE LAS POSIBLES OBJECIONES A LOS ASEGURADOS

La COMPAÑÍA deberá proceder en todos los casos a notificar con antelación al corredor de seguros toda posible objeción de cualquier siniestro, antes de que se notifique formalmente al asegurado.

18. NO APLICACIÓN DE CLÁUSULA DE ERROR EN LA DECLARACIÓN DE EDAD

No se aplicará la cláusula de error en la declaración de edad, por haberse pactado una tasa única para todos los asegurados. No se aplicarán las sanciones establecidas en el artículo 1161 del código de comercio, excepto cuando la edad real exceda el límite de aceptación de la póliza.

19. PLAZO PARA DAR AVISO DEL SINIESTRO

Se dispondrá de un plazo de hasta treinta (30) días el plazo para que el TOMADOR, avise los siniestros contados a partir de la fecha en los que los haya conocido o debido conocer.

20. CLAUSULA DE FAVORABILIDAD

En el caso en que el TOMADOR no haya enviado los listados de personas aseguradas y se presente un siniestro, la COMPAÑÍA deberá pagar la indemnización, previa demostración que el trámite había sido puesto en marcha a través de la solicitud del cliente y la aprobación del contrato.

Siempre y cuando haya cumplido los requisitos de asegurabilidad establecidos en estas condiciones y el riesgo hubiese sido asegurable.

21. ARBITRAMENTO

Se acuerda someter a la decisión de tres árbitros, de La Cámara de Comercio de Medellín, todas las diferencias que se susciten en relación con esta propuesta. Los árbitros serán nombrados de común acuerdo con las partes y, si ello no fuere posible, se aplicará lo dispuesto por el Decreto Ley 2279 de 1.989, modificado por la Ley 23 de 1991 y demás normas que lo modifiquen o reemplacen.

El fallo será en derecho y el término del proceso será de seis (6) meses.

22. VALIDEZ DE CALIFICACIONES MÉDICAS

La validez de las calificaciones médicas será de un (1) año. Cuando el deudor solicite un nuevo crédito y/o leasing, o un desembolso adicional del crédito (o Leasing) actual, la COMPAÑÍA aceptará la última calificación medica realizada.

23. PLAZO PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

LA COMPAÑÍA efectuará el pago de las indemnizaciones dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha en que se formalice la reclamación con la documentación completa.

24. DOCUMENTOS SUGERIDOS PARA EL TRÁMITE DE UNA RECLAMACIÓN

De conformidad con lo señalado por el artículo 1077 del Código de Comercio, al Asegurado o Beneficiario le corresponderá demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida. Sin embargo, se sugiere que en caso de presentarse un siniestro que afecte alguna de las coberturas

otorgadas en la póliza, sean allegados los siguientes documentos según apliquen, sin que se constituyan como los únicos medios de prueba para comprobar el derecho al pago de la suma asegurada. LA COMPAÑÍA podrá solicitar otros documentos que razonablemente se requieran de acuerdo con las características de cada siniestro:

Muerte por Cualquier Causa

- Carta formal de la solicitud de indemnización en la que se especifique el amparo a afectar, dirección y teléfono del reclamante.
- Copia del Certificado Individual de Seguro, cuando aplique.
- Copia de la cédula de ciudadanía o cualquiera de las pruebas supletorias (Registro Civil de Nacimiento o Partida de Bautismo).
- Copia Registro Civil de Defunción.
- Si la muerte es natural, historia clínica donde conste la fecha de diagnóstico de la enfermedad y causa de la muerte. Si la entidad hospitalaria niega la entrega de dicha historia clínica, adjuntar copia de la carta en la que conste dicha negativa.
- Si la muerte es accidental o por homicidio o suicidio, se debe adjuntar el documento o prueba legal idónea que determine que la persona fallecida fue plenamente identificada, que hay claridad sobre las circunstancias de tiempo, modo y lugar del hecho (acta de levantamiento del cadáver, certificado de medicina legal, certificación de necropsia o informe de autoridad competente).
- Certificación expedida por la Financiera DANN del saldo insoluto de la deuda a la fecha del siniestro.

Incapacidad Total Y Permanente (ITP)

- Carta formal de solicitud de indemnización en la que se especifique el amparo a afectar, dirección y teléfono del reclamante.
- Copia del Certificado Individual de Seguro.
- Copia de la cédula de ciudadanía o cualquiera de las pruebas supletorias (Registro Civil de Nacimiento o Partida de Bautismo).]
- Copia de la historia clínica donde conste la fecha de diagnóstico de la enfermedad causa de la incapacidad.
- Dictamen de pérdida de capacidad laboral en firme emitido por la Junta de Calificación de Invalidez, Regional o Nacional, o por las entidades del sistema de seguridad social (EPS, ARL, AFP). Las personas que hacen parte de regímenes especiales como son: el Magisterio, Fuerzas Militares o de Policía, entre otros, deberán aportar como prueba de su ITP el dictamen o documento que haga sus veces, emitido por la autoridad o ente administrativo facultado para tal fin. En todo caso los dictámenes deben determinar un porcentaje de pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%.
- Certificación expedida de Financiera DANN del saldo insoluto de la deuda a la fecha del siniestro.
- Las solicitudes de indemnización podrán ser presentadas por los clientes a través de la Red de Oficinas de Financiera DANN. Financiera DANN remitirá a la Aseguradora la certificación del saldo insoluto de la deuda.

Colmena Seguros S.A. a través del Portal Web: www.colmenaseguros.com, en la sección "TRÁMITES" facilita los información necesaria respecto de los, documentos y plazos relacionados con la atención de reclamaciones derivadas del presente contrato de seguro.

En cualquier caso, Colmena Seguros, se reserva el derecho de solicitar pruebas adicionales cuando el siniestro lo amerite.



25. REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA O CERTIFICADO INDIVIDUAL POR EL TOMADOR

Dentro de los primeros noventa (90) días de vigencia de la póliza o certificado de seguro, estos podrán ser revocados por solicitud del TOMADOR sin que ello de lugar a cobro de prima, o a sanciones por corto plazo, siempre y cuando durante este período no se haya dado aviso de la ocurrencia de un siniestro que afecte la póliza.

26. TERMINACION DEL SEGURO INDIVIDUAL

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

- Por falta de pago de la prima vencido el periodo de gracia establecido (30 días).
- Al vencimiento de la póliza.
- Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza.
- Cuando la Compañía indemnice por el amparo Básico o el amparo de Incapacidad Total y Permanente.
- Cuando el asegurado deje de pertenecer al grupo asegurado.
- En el aniversario de la póliza, posterior a la fecha en que el Asegurado cancele el crédito en su totalidad.

LO NO ESTIPULADO EN ESTA PROPUESTA ASÍ COMO LA DEFINICIÓN DE LOS AMPAROS NO DESCRITOS SE REGIRÁ DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES Y POLÍTICAS DE LA POLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO **Registro SFC-24/03/2020-1425-P-34-34224-VI_03/2020-D001** QUE SE DEJAN A DISPOSICIÓN DEL TOMADOR O PODRÁN SER CONSULTADA EN www.colmenaseguros.com/seguros-personas/vida-grupo/Paginas/Vida-Grupo-y-Vida-Grupo-Deudores.aspx.

Andrés Eduardo Cardona Quintero
C.C. No. 80.197.682 de Bogotá
Representante Legal
Colmena Seguros S.A
NIT 800.226.175-3