

PROCESO DE LICITACIÓN PARA LA SELECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA QUE EXPEDIRA EL SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES ASOCIADOS A CRÉDITOS CON GARANTÍA HIPOTECARIA A FAVOR DE JFK COOPERATIVA FINANCIERA

Anexo 3 Condiciones Técnicas Seguro de Vida Grupo Deudores

1. CONTINUIDAD DE COBERTURA:

Se otorga continuidad de cobertura al grupo asegurado vigente al momento de expedición de la nueva póliza, lo cual implica que se otorgan las mismas coberturas y condiciones contratadas y hasta por el monto del valor asegurado, aceptando los riesgos en el estado en que se encuentren y en iguales condiciones de edad, estado de salud, calificación de extra primas si las hubiese, porcentajes, limitaciones de cobertura y causas.

Para efectos de las preexistencias se cubren las que se hayan admitido en la póliza anterior. Así mismo se otorgan las condiciones específicas que se tienen para el grupo asegurado. En virtud de esta cláusula, la Aseguradora, se acoge y acepta los mismos derechos y obligaciones que existían en la póliza anterior.

Actualmente dentro del universo de asegurados, existe un grupo de asegurados cada vez menor, que corresponde a todos aquellos préstamos otorgados por La Cooperativa hasta la fecha de suscripción de la primera póliza de seguro contratada para cubrir estos riesgos. Este grupo ingresó sin la exigencia de declaraciones de estado del riesgo, limitantes en edades de los asegurados y/o el conocimiento previo de las condiciones bajo las cuales los deudores ingresaron a ser parte del grupo asegurado. Para este grupo no se alegará ni objetará reclamación alguna por circunstancias o factores preexistentes por las reclamaciones sobre préstamos otorgados por La Cooperativa que estuvieran vigentes antes de la fecha de suscripción de la primera póliza contratada para asegurar esos riesgos, por lo cual no le serán aplicables Declaración de Asegurabilidad, exámenes médicos ni extra primas.



2. ASPECTOS APLICABLES AL GRUPO ASEGURADO:

2.1. COBERTURAS OBLIGATORIAS

Las coberturas que dará La Aseguradora a los deudores Asegurados comprenderán:

MUERTE POR CUALQUIER CAUSA: La cancelación total por parte de La Aseguradora de los saldos vigentes de préstamos y de los saldos vigentes de intereses, aunque ambos estén en mora y sobre los cuales reciba prima, por muerte del primer deudor referido en el(los) Pagaré(s) y que figure como solicitante en la documentación de(l)(los) crédito(s). El cubrimiento del riesgo de muerte incluye: suicidio y homicidio desde el primer día; muerte por cualquier causa, natural o accidental; muerte presunta por desaparecimiento sujeta a sentencia ejecutoriada por juez competente y muerte por SIDA diagnosticado durante la vigencia de la póliza.

Nota: Para los amparos diferentes al Básico de muerte por cualquiera causa, se entenderán para las partes las exclusiones contempladas en los condicionados generales de la compañía adjudicataria.

2.1.1. INVALIDÉZ TOTAL Y PERMANENTE: La cancelación total por parte de La Aseguradora de los saldos vigentes sobre los cuales reciba prima, de préstamos y de intereses aunque ambos estén en mora, a la fecha de estructuración que figure en el dictamen de pérdida de capacidad laboral declarada por la autoridad legal competente al primer deudor referido en el(los) Pagaré(s) y que figure como solicitante en la documentación de(l)(los) crédito(s) la pérdida de la capacidad laboral de éste en un porcentaje igual o superior al 50% de manera permanente y que dicha incapacidad no sea provocada voluntariamente por el asegurado y persista por un período continuo no menor a ciento cincuenta (150) días calendario.

2.1.2 ENFERMEDADES GRAVES COMO ANTICIPO DEL AMPARO BÁSICO: bajo el presente amparo se reconocerá el 100% como anticipo del amparo básico, hasta la suma asegurada fijada equivalente al porcentaje señalado en la caratula de la póliza y/o sus condiciones particulares, cuando el asegurado llegare a padecer y le sean diagnosticadas



médicamente por primera vez por un médico autorizado y habilitado, durante la vigencia de este amparo, cualquiera de las siguientes enfermedades: cáncer, enfermedad de párkinson, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal crónica, anemia aplásica, infarto al miocardio, esclerosis múltiple, demencia incluyendo enfermedad de alzhéimer / afecciones orgánicas irreversibles degenerativas del cerebro, o en caso que sea sometido a intervención quirúrgica por enfermedad de las arterias coronarias; traumatismo craneoencefálico grave, estado de coma, gran quemado, trasplante de órganos o cualquier otro que se defina previa y expresamente bajo condición particular, la definición de cada enfermedad será la que se establezca en el condicionado general de la compañía de seguros.

El valor de la cancelación total será el producto de aplicar sobre el total de los saldos vigentes de préstamo(s) e intereses corrientes y en mora.

2.2. VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL: Es el saldo insoluto de la(s) deuda(s) de la persona al momento de ocurrencia del siniestro; es decir, en el momento de muerte real o declarado en la sentencia de muerte presunta o en el momento de la estructuración indicada en la calificación por incapacidad total y permanente, declarada por una autoridad legal competente como la junta regional o nacional de calificación de invalidez, o entidades competentes del sistema de seguridad social: EPS, ARL y AFP; y siempre y cuando el siniestro se estructure en la vigencia de la póliza; o enfermedad grave según diagnóstico soportado en historia clínica.

2.3. TARIFA: Deberá ser una tasa única de prima mensual discriminando el IVA, expresada en porcentaje (con cuatro decimales) del monto asegurado de los riesgos que se asegurarán.

2.3.1. Se entenderá que la tarifa propuesta:

Refleja la siniestralidad, la composición de la cartera y los rangos etarios de los deudores. Incluye prima e impuestos y comisiones y, además, considera por parte de La Cooperativa el no cobro por administración ni recaudo.

LA ASEGURADORA SELECCIONADA no podrá modificar las condiciones de tasa / prima

durante la vigencia del contrato.

2.4. LIQUIDACIÓN Y FACTURACIÓN: La Cooperativa certificará a La Aseguradora dentro de los primeros diez días de cada mes el saldo de la cartera asegurable, junto con el listado de personas aseguradas con tarifa normal y extraprimas o en condiciones especiales, cédula de ciudadanía, fecha de nacimiento, ciudad, fecha de desembolso y valor individual de las obligaciones por cada concepto. Información con la cual la Aseguradora deberá elaborar el correspondiente anexo de cobro y la respectiva factura. El pago de la prima se realizará dentro de los quince días calendario siguientes al recibo de la factura, reservándose La Aseguradora el derecho de inspeccionar cuando a bien lo considere los libros contables de La Cooperativa.

2.5. AVISO DEL SINIESTRO: El plazo para dar aviso del siniestro será de 60 días comunes desde el momento en que el tomador lo conozca. Se entiende que el tomador solo conoce la existencia del siniestro cuando el asegurado o cualquier persona con interés se lo comunica por escrito. En todo caso el plazo no podrá exceder los términos de prescripción previstos en el artículo 1081 del Código de Comercio.

2.6. PLAZO PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN: El 100% de la indemnización se pagará en un plazo máximo de diez (10) días hábiles, plazo contado a partir de la fecha en que La Aseguradora reciba la reclamación formal acompañada de los documentos pertinentes que demuestren la ocurrencia del siniestro; el cual no podrá exceder los términos de prescripción previstos en el artículo 1081 del C. de Co.; cualquier otro documento que La Aseguradora considere necesario para la atención podrá ser solicitado, pero no afectará el plazo determinado. La documentación para la evaluación de los siniestros será aquella determinada en el presente documento y en sus anexos.

2.7. EXPEDICIÓN DE CERTIFICADO GLOBAL : La Aseguradora expedirá y entregará al asegurado, un certificado global de seguro en el cual consten: amparos, coberturas, vigencia y exclusiones de la póliza que aplican para su caso particular. Igualmente, y en forma concomitante a la presentación de la solicitud de crédito se brindará por escrito al consumidor financiero la información prevista en el numeral 9.8. de la Circular 038 de 2011. Esta obligación corre a cargo de La Aseguradora y podrá cumplirse por cualquier mecanismo jurídicamente válido de acuerdo con la norma aplicable.

2.8. DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN: La Aseguradora debe indicar:

2.8.1. Condiciones, documentos y procedimiento “únicos” para la reclamación.

2.8.2. Si acepta reclamos por invalidez para valores asegurados sin la calificación de la junta regional de invalidez, hasta qué monto y qué documento se aportaría en reemplazo de la calificación.

2.9. VIGENCIA COBERTURA INDIVIDUAL: Desde la fecha de emisión de la póliza o inclusión en la misma hasta la fecha de cancelación total del crédito o créditos amparados.

2.10. EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA: La póliza matriz inicial y sus anexos deberán ser entregados a La Cooperativa dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de inicio de vigencia de la póliza. En caso de que La Aseguradora seleccionada en el presente proceso no cumpla la obligación mencionada dentro del plazo aquí estipulado, La Cooperativa hará efectiva la garantía constituida para responder por la seriedad de la propuesta.

Durante la vigencia de la póliza no habrá lugar a cobros por expedición de la póliza ni de sus anexos.

2.11. REQUISITOS ADICIONALES DE LA ASEGURADORA: La Aseguradora deberá indicar requisitos o exigencias adicionales en cualquier sentido.

2.12. Las condiciones, amparos o coberturas de las pólizas expedidas no podrán ser objeto de modificación unilateral por parte de La Aseguradora en perjuicio del tomador o asegurado.

3. ASPECTOS PARTICULARES APLICABLES A LOS ASEGURADOS:

GRUPO ASEGURADO

3.1 CONTINUIDAD DE COBERTURA: Se otorga continuidad de cobertura al grupo asegurado vigente al momento de expedición de la nueva póliza, lo cual implica que se otorgan las mismas coberturas y condiciones contratadas y hasta por el monto del valor asegurado, aceptando los riesgos en el estado en que se encuentren y en iguales



condiciones de edad, estado de salud, calificación de extra primas si las hubiese, porcentajes, limitaciones de cobertura y causas.

Para efectos de las preexistencias se cubren las que se hayan admitido en la póliza anterior. Así mismo se otorgan las condiciones específicas que se tienen para el grupo asegurado. En virtud de esta cláusula, la Aseguradora, se acoge y acepta los mismos derechos y obligaciones que existían en la póliza anterior.

Actualmente dentro del universo de asegurados, existe un grupo de asegurados, cada vez menor, que corresponde a todos los préstamos otorgados por La Cooperativa hasta la fecha de suscripción de la primera póliza de seguro contratada para cubrir estos riesgos. Este grupo ingresó sin la exigencia de declaraciones de estado del riesgo, limitantes en edades de los asegurados y/o el conocimiento previo de las condiciones bajo las cuales los deudores ingresaron a ser parte del grupo asegurado. Para este grupo no se alegará ni objetará reclamación alguna por circunstancias o factores preexistentes por las reclamaciones sobre préstamos otorgados por La Cooperativa que estuvieran vigentes antes de la fecha de suscripción de la primera póliza contratada para asegurar esos riesgos, por lo cual no le serán aplicables Declaración de Asegurabilidad, exámenes médicos ni extraprimas.

3.2. VALOR MÁXIMO ASEGURABLE INDIVIDUAL: Estarán asegurados todos los préstamos otorgados por La Cooperativa hasta la fecha de suscripción de la póliza objeto de la presente licitación, con un saldo máximo de 424 SMMLV a la fecha del siniestro.

3.3. EDADES DE INGRESO: Estarán asegurados todos los préstamos otorgados por La Cooperativa hasta la fecha de suscripción de la póliza objeto de la presente licitación, según tabla de condiciones de los numerales 4.1 y 4.2.

3.4. EDADES DE PERMANENCIA: Permanecerán amparados todos los préstamos hasta la cancelación de estos, según la edad del deudor a la fecha del siniestro, ver tabla del numeral 4.2.

4.1. VALOR MÁXIMO ASEGURABLE INDIVIDUAL

Edad	Valor máximo asegurable individual
Hasta 74 años y 364 días	424 SMMLV

4.2. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Amparo	Edad máxima de ingreso	Edad de Permanencia
Muerte	74 años 364 días	Hasta terminación del préstamo.
Pérdida de Capacidad Laboral	69 años y 364 días	Hasta los 75 años.
Enfermedades Graves	69 años y 364 días	Hasta terminación del préstamo.

4.3. DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD: No obstante, lo requerido en este punto, La Cooperativa está abierta a considerar otros planteamientos.

Para cumplir con los requisitos se debe tener en cuenta la sumatoria de los créditos de cada asociado y proceder así:

4.3.1. AMPARO AUTOMÁTICO SIN DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD: El amparo será automático y SIN diligenciamiento de Declaración de Asegurabilidad para los créditos que sean iguales o inferiores a **50 SMMLV** de personas de hasta 69 años Y 364 días. Al aceptar el riesgo sin Declaración de Asegurabilidad la aseguradora renuncia a conocer su estado y por tanto no podrá objetar bajo el concepto de reticencia aquellos siniestros en donde el asegurado haya ingresado sin el diligenciamiento de declaración de asegurabilidad o proponer la nulidad del seguro por esta causa. Esta estipulación aplica para todos los amparos otorgados.

4.3.2. AMPARO CON DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD Y EXÁMENES MÉDICOS (Condiciones de ingreso)

Habrá amparo CON diligenciamiento de Declaración de Asegurabilidad para créditos mayores 50 SMMLV y hasta 424 SMMLV de personas hasta la edad de 69 años y 364 días, Para montos superiores a 300 SMMLV y hasta 424 SMMLV se solicitarán requisitos de

asegurabilidad y exámenes médicos que la aseguradora considere pertinentes y suministre en el proceso.

Habrá amparo CON diligenciamiento de Declaración de Asegurabilidad para todas las personas que soliciten créditos con edad desde 70 años hasta 74 años y 364 días, se solicitarán requisitos de asegurabilidad y exámenes médicos que la aseguradora considere pertinentes y suministre en el proceso.

Si todas las respuestas a la Declaración de Asegurabilidad son negativas, La Cooperativa conservará dicha Declaración y habrá amparo automático sin exámenes médicos y sin extra-primas.

La Cooperativa conservará las declaraciones de asegurabilidad, salvo en aquellos casos en los cuales se haya presentado reclamación.

4.3.2.1. Si alguna de las respuestas a la Declaración de Asegurabilidad es positiva, dicha Declaración será remitida a La Aseguradora para que, a su criterio y a su expensa, determine la pertinencia o no de exámenes médicos y la aplicación de extra-primas, de acuerdo con el(los) padecimiento(s) declarado(s) y valor máximo permitido, según tabla de cobertura especial.

El tiempo de respuesta de La Aseguradora, a partir de la fecha en que le sea presentada la Declaración de Asegurabilidad, no será superior a tres días hábiles.

4.4. EXTRA-PRIMAS AUTOMÁTICAS

La Aseguradora detallará los antecedentes o enfermedades que dan lugar al cobro de extra-primas y su respectivo porcentaje.

4.5. PREEXISTENCIAS

No se alegará u objetará reclamación alguna al amparo que se asuma por La Aseguradora SIN diligenciamiento de Declaración de Asegurabilidad.



Para los casos señalados en el párrafo tres de los numerales **1.** y **3.1** de este documento, será aplicable esta cláusula sólo a los casos de las reclamaciones por Pérdida de Capacidad Laboral cuando la fecha de estructuración de dicha Pérdida sea anterior a la fecha de ingreso en el grupo asegurado.

Se entiende como fecha de estructuración “la fecha en que una persona pierde un grado o porcentaje de su capacidad laboral u ocupacional, de cualquier origen, como consecuencia de una enfermedad o accidente, y que se determina con base en la evolución de las secuelas que han dejado éstos.

4.6. CLAUSULA DE ERRORES Y/U OMISIONES

Si la inexactitud proviene de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo; no obstante, 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.

