

Medellín, diciembre 30 de 2020

COOPERATIVA FINANCIERA JFK

Información para presentar cotización de Seguro de Vida Grupo Deudores para créditos SIN GARANTIA HIPOTECARIA, para la vigencia enero 26 de 2021 a enero 26 de 2022

Condiciones Técnicas

GRUPO ASEGURADO

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 extra primas.

2. COBERTURAS

Las coberturas que otorgará La Aseguradora a los deudores asegurados y por asegurar comprenderá:

2.1. COBERTURA POR 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, y muerte por SIDA diagnosticado durante la vigencia de la póliza.

2.2. COBERTURA POR INCAPACIDAD 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.

2.3. COBERTURA POR INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE: la cancelación parcial 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 inferior al 50% e igual o superior al cinco (5%) de manera permanente.

El valor de la cancelación parcial será el producto de aplicar sobre el total de los saldos vigentes de préstamo(s) e intereses, el porcentaje de incapacidad reconocido legalmente.

3. 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 o incapacidad parcial 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.

4. TARIFA

Deberá ser una tasa única de prima mensual discriminando el IVA, expresada en porcentaje del monto asegurado de los riesgos y su equivalente en miles. Debe contener para la compañía, todos los conceptos técnicos de gastos.

La Aseguradora no podrá modificar las primas durante la vigencia del contrato.

5. LIQUIDACIÓN Y FACTURACIÓN

La Cooperativa certificará a La Aseguradora dentro de los primeros quince días de cada mes el saldo de la cartera asegurable, junto con el listado de personas aseguradas, cédula de ciudadanía, fecha de nacimiento, fecha de desembolso y valor individual de las obligaciones. El pago de las primas 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.

6. 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.

7. PLAZO PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN:

El 100% de la indemnización se pagará en un plazo máximo de quince (15) 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; 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.

8. EXPEDICIÓN DE CERTIFICADO INDIVIDUAL

La Aseguradora expedirá y entregará al asegurado, un certificado individual de seguro en el cual consten: amparos, valor asegurado (saldos vigentes de préstamos y de intereses, aunque ambos estén en mora, a la fecha de ocurrencia del siniestro), 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.

9. DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN

La Aseguradora debe indicar:

- 9.1** Condiciones, documentos y procedimiento “únicos” para la reclamación.
- 9.2** La Aseguradora deberá indicar requisitos o exigencias adicionales en cualquier sentido.
- 9.3** 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.
- 9.4** 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.

10. VIGENCIA COBERTURA INDIVIDUAL

Desde la fecha de emisión de la póliza o inclusión del deudor en la misma hasta la fecha de cancelación total del crédito o créditos amparados.

11. EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA

La póliza matriz inicial y sus anexos deberán ser entregados a La Cooperativa dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha de iniciación de la vigencia del seguro.

Además, deberá entregar el certificado individual de seguro de Vida Grupo para cada asegurado en formato PDF, en medio magnético.

No habrá lugar a cobros por expedición de la póliza ni de sus anexos, como tampoco de los certificados individuales de cada asegurado.

12. VALORES AGREGADOS OFRECIDOS POR LA ASEGURADORA

La Aseguradora podrá indicar beneficios adicionales ofrece para los asegurados.

OTROS ASPECTOS TECNICOS APLICABLES AL GRUPO ACTUALMENTE ASEGURADO

13. DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Para cumplir con los requisitos se debe tener en cuenta la sumatoria de los créditos de cada asociado.

14. VALOR MÁXIMO ASEGURABLE INDIVIDUAL

Estarán asegurados todos los préstamos otorgados por La Cooperativa hasta la fecha de suscripción de la póliza, con un saldo máximo de \$400.000.000 a la fecha del siniestro.

15. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Estarán asegurados todos los préstamos otorgados por La Cooperativa hasta la fecha de suscripción de la póliza, y los posteriores a esta fecha, cualquiera que sea la edad del deudor a la fecha de suscripción del préstamo.

Permanecerán amparados todos los préstamos hasta la cancelación de estos, cualquiera que sea la edad del deudor a la fecha del siniestro.

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 terminación del préstamo.

16. 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 \$60.000.000 de personas de hasta 74 años. Al aceptar el riesgo sin Declaración de Asegurabilidad La Aseguradora renuncia a conocer su estado y por tanto lo hace también a objetar u oponer a cualquier reclamación sobre cualquier condición que pudiese haber sido objeto de declaración o conocimiento por La Aseguradora, o a proponer la nulidad del seguro por esta causa. Esta estipulación aplica para todos los amparos otorgados.

17. AMPARO CON DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD Y EXÁMENES MÉDICOS

Habrá amparo CON diligenciamiento de Declaración de Asegurabilidad para créditos desde \$60.000.001 y hasta \$400.000.000 de personas de cualquier edad.

Así mismo en el evento que el asegurado varíe las condiciones del crédito por refinanciación, retanqueo o reestructuración excediendo el monto mínimo de \$60.000.000 dichos cambios deberán diligenciar la declaración de asegurabilidad y deberá cumplir con los requisitos de asegurabilidad exigidos.

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 extraprimas.

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 sus expensas, determine la pertinencia o no de exámenes médicos y la aplicación de extraprimas, 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.

Será potestativo de la Cooperativa, solicitar evaluación médica a través de la compañía, cuando considere que un cliente se debe hacerse exámenes médicos no solo basada en los criterios establecidos por la aseguradora, sino también partiendo de la experiencia e información histórica que tiene de los clientes a través del fondo de solidaridad deudores.

Lo anterior, con el objetivo de minimizar la objeción del pago por parte de la aseguradora.

18. EXTRAPRIMAS AUTOMÁTICAS

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

19. PREXISTENCIAS

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

Se exceptúan, 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.

20. CLAUSULA DE ERRORES Y/U OMISIONES

Si la inexactitud proviene de error inculpable del tomador o del deudor asegurado, 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 del código de comercio.