



SOLICITUD / CARÁTULA PÓLIZA SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL PARA DEUDORES DEL BANCO CAJA SOCIAL

Nº Consecutivo
0000000

IMPORTANTE: La siguiente información corresponde a datos sensibles los cuales no se encuentra obligado a proporcionar, pero que serán importantes al momento de analizar el riesgo que asume Colmena Seguros De Vida S.A. y tomar una decisión sobre su aceptación. Dicha información será utilizada con la única finalidad de conocer el estado del riesgo dentro del proceso de suscripción del contrato de seguro. Conste todas las preguntas sinceramente, ya que la inexactitud produce la anulación del seguro de vida. Si usted no goza de buena salud, lo remitiremos a los exámenes médicos exigidos por Colmena Seguros De Vida S.A. para determinar otras condiciones especiales de su seguro de vida.

COBERTURAS APLICABLES DE ACUERDO A CADA TIPO DE CRÉDITO:

1. **Vivienda:** Muerte por cualquier causa, Incapacidad total y permanente
2. **Consumo, comercial, microcrédito, vehículo:** Muerte por cualquier causa, Incapacidad Total y Permanente, Enfermedades Graves y Beneficios por hospitalización.
3. **Rotativo y Libranzas:** Muerte por cualquier causa e Incapacidad Total y Permanente

IMPORTANTE: El otorgamiento de estas coberturas podrá limitarse de acuerdo con las condiciones de salud del Tomador.

TOMADOR/ASEGURADO: El Tomador actúa por cuenta propia **BENEFICIARIO ONEROSO:** BANCO CAJA SOCIAL **NIT:** 860.007.335-4

TIPO DE PÓLIZA: Individual **TIPO DE DEUDOR:** Deudor Principal ☐ Deudor Solidario ☐ **TIPO DE CRÉDITO:** Consumo ☐ Microcrédito ☐ Comercial ☐ Vivienda ☐ Rotativo ☐ Libranzas ☐ Vehículos ☐ Otros ☐ ¿Cuál?

ASEGURADORA

COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A.

DATOS DEL ASEGURADO (Para ser diligenciado únicamente por el Asegurado)

Nombres y Apellidos: C.C. o C.E.: **Fecha de expedición:**
Dirección Domicilio: Ciudad: **Fecha de nacimiento:**
Ocupación / Actividad Específica: (No utilice genéricos como empleado o comerciante) **Peso:** **Estatura:** **Valor del Crédito Solicitado:**
Valor asegurado: El valor asegurado corresponderá al saldo insoluto del crédito o al valor del desembolso según el tipo de crédito.

BENEFICIARIOS A TÍTULO GRATUITO DEL ASEGURADO (Únicamente para créditos cuyo valor asegurado sea el desembolso inicial del crédito)

NOMBRES Y APELLIDOS		PARENTESCO	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN
1.			
2.			
3.			
4.			
			100%

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (Para ser diligenciado únicamente por el Asegurado)

MARQUE CON UNA X "SI" O "NO", SEGÚN CORRESPONDA

	SI	NO
¿Es pensionado por invalidez?		
¿Le han diagnosticado o ha recibido algún tratamiento o cirugía, le han practicado exámenes o pruebas de diagnóstico o tiene conocimiento de padecer o haber padecido cualquiera de las siguientes enfermedades o condiciones de salud?		
1. ¿Le han detectado la presencia de anticuerpos contra el virus VIH positivo o le han diagnosticado con SIDA?		
2. ¿Ha sufrido de algún accidente o evento violento, o tiene algún tipo de incapacidad o limitación física o mental?		
3. ¿Está tomando medicamentos o está bajo algún tipo de estudio o tratamiento por síntomas, manifestaciones, o molestias o cirugías pendientes?		
4. ¿Consumo bebidas alcohólicas más de tres veces por semana o en exceso consume sustancias psicoactivas?		
5. ¿Padece o ha padecido enfermedades de tipo congénito, neurológico, cardiovascular, o enfermedad como hipertensión arterial, infarto o enfermedades de las arterias coronarias, cáncer, leucemia, linfomas, diabetes, asma, tromboembolia, derrames o eventos cerebrovasculares, anemia, enfisema pulmonar EPOC, artritis reumatoidea, cirrosis, insuficiencia renal, epilepsia, tumores, trastornos inmunológicos o reumatológicos, lupus, enfermedades mentales, le han hecho tratamiento quirúrgico por obesidad?		
6. ¿Ha padecido o padece de cualquier otra enfermedad o lesión que no se haya mencionado?		
7. Sirve proporcionar la siguiente información de las respuestas afirmativas		
a. Nombre de la enfermedad o padecimiento:	b. Fecha de diagnóstico: 00/00/0000	
c. Tratamientos médicos o cirugías realizadas:	d. Secuelas o complicaciones:	
e. Estado actual de la enfermedad o padecimiento:	f. Tratamiento actual de la enfermedad o padecimiento:	
g. Observaciones o comentarios adicionales:		
8. (SOLO PARA MUJERES)		
¿Se encuentra en estado de embarazo?		
De ser así por favor informe: Cuántos meses: Complicaciones: ☐		
Cuántos embarazos anteriores: Cesáreas: Abortos: Ha tenido enfermedades o tumores de: Útero: Senos: Ovarios:		

INFORMACIÓN FINANCIERA

ACTIVOS	INGRESOS MENSUALES	OTROS INGRESOS	CONCEPTO OTROS INGRESOS
\$	\$	\$	
PASIVOS	EGRESOS MENSUALES	1. ¿Ha reclamado por siniestro anteriormente a esta Compañía?	SI ☐ NO ☐
\$	\$	2. ¿Ha presentado reclamaciones por siniestro a otra Compañía de Seguros Vida?	SI ☐ NO ☐

Si la respuesta a las preguntas 1 o 2 es afirmativa, detalle el año, la Compañía, el ramo y el valor del reclamo:

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado por la Superintendencia Financiera, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, la Ley 190 de 1995, Ley 1474 de 2011 o cualquier norma que las modifique, amplíe, sustituya y demás normas legales que regulen la prevención del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo para el sector asegurador:

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (DEBE DETALLAR OCUPACIÓN, OFICIO, ACTIVIDAD, NEGOCIO, ETC.):

2. Declaro que mis recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.

3. Autorizo a Colmena Seguros De Vida S.A. para tomar las medidas correspondientes, en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a la entidad crediticia de toda responsabilidad que se derive de ello.

4. Me obligo con Colmena Seguros De Vida S.A. a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario, para lo cual me comprometo a reportar por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tenga dispuestos Colmena Seguros De Vida S.A.

AUTORIZACIONES Y OTRAS DECLARACIONES DE LOS ASEGURADOS

1. Colmena Seguros De Vida S.A., se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento o invalidez, se compruebe que esta declaración no corresponde a mi verdadero estado de salud en el momento de aceptarse el seguro (Artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio).

2. Autorización Historia Clínica: Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo expresamente a Colmena Seguros De Vida S.A. a que, aún después de mi fallecimiento, verifique y pida ante cualquier médico, odontólogo o cualquier institución hospitalaria, la información y/o copia de mi historia clínica y/o carta dental.

3. Autorizo a Colmena Seguros De Vida S.A. para incluir, consultar, reportar y procesar, a partir de la fecha de expedición de esta solicitud y durante la vigencia de este seguro en cualquier momento, la información allí contenida y/o de cualquier relación comercial con esta aseguradora al ente regulador vigente o a cualquier central de información o base de datos, u otras aseguradoras del sector.

4. Para resolver inquietudes acerca del seguro, del tratamiento de sus datos personales favor comunicarse con la línea de atención al cliente de Colmena Seguros De Vida S.A. a los números en: Bogotá (601) 4010447; Medellín (604) 4441246; Cali (602) 4036400; Barranquilla (605) 3537559 y a nivel nacional al 01 8000 919 667. Defensor del Consumidor Financiero: defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en www.colmenaseguros.com.

En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando de forma periódica nuestra página web: www.colmenaseguros.com, ingresando a los enlaces Servicio al Cliente/Protección al Consumidor Financiero y Servicio al Cliente/Protección de Datos.

5. ART. 1152 Código de Comercio. El no pago de las primas dentro del mes siguiente a la fecha de cada vencimiento, producirá la terminación del contrato.

6. Para las condiciones generales de la presente póliza visite www.colmenaseguros.com y al respaldo de esta solicitud encontrará un extracto de las mismas.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES
En mi calidad de titular de mi información personal autorizo de manera expresa y previa a Colmena Seguros De Vida S.A. Compañía de Seguros de Vida identificada con el NIT 901528731-1, ubicada en la Calle 72 No. 10-71 Piso 6, con Teléfono (601) 5141592, y a sus cesionarios o a quien represente u ostente sus derechos, para que directamente o a través de terceros, realicen el siguiente tratamiento sobre mi información personal, a través de medios físicos o digitales o electrónicos.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DATOS SENSIBLES
Autorizo que mi huella digital sea capturada por la Aseguradora, mis datos morfológicos (los obtenidos de fotografías, grabaciones de video o captura de iris, entre otros) así como datos de salud se recolecten, almacenen, usen, circulen, supriman y, en general, se usen en procesos de identificación de condiciones de asegurabilidad para brindar coberturas del seguro, para garantizar la seguridad en sus instalaciones y prevenir el fraude o suplantación. Declaro que me he informado de manera adecuada y suficiente sobre las finalidades con las cuales tratarán este dato sensible, y conozco que no me encuentro obligado a autorizar su tratamiento. Sin embargo, entiendo que estos usos buscan dar más seguridad a mis datos en el desarrollo de mi relación contractual y lo encuentro razonable.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO OTROS DATOS PERSONALES
Autorizo a Colmena Seguros De Vida S.A. (Responsable), a quien represente sus derechos y a quien llegue a actuar como cesionario de los mismos, de forma expresa, inequívoca e irrevocable, a tratar mi información personal, o la de mi representado, mientras se encuentren vigentes las siguientes finalidades:

FINALIDADES ESENCIALES

1. Para cumplir con los derechos y exigir las obligaciones de la relación contractual existente, directamente o a través de terceros contratados por la Aseguradora para ejercer labores propias de su objeto social (Encargados) (Ej: la administración del seguro para envío de pólizas, información sobre el seguro adquirido, intermediarios y reaseguradores, actividades de cobranza, entrega de correspondencia, procesos operativos o de riesgos, proveedores de tecnología entre otros). Colmena Seguros De Vida S.A. implementará medidas de seguridad destinadas a proteger la identidad del titular.

2. Para solicitarle directamente, o verificar con los Operadores de Información o las Agencias de Información Comercial, nacionales o del exterior, toda la información relacionada con mi comportamiento financiero, comercial y crediticio, y el cumplimiento de mis obligaciones crediticias y la proveniente de terceros países, incluyendo información relacionada con los aportes realizados al Sistema de Seguridad Social. También para consultarla, confirmarla, reportarla, analizarla, actualizarla, conservarla y retirarla.

3. Para transferirla a Autoridades nacionales o internacionales en cumplimiento de las normas, referidas a la prevención de actividades ilícitas y al intercambio o suministro de información para efectos tributarios.

4. Para actualizar, conservar, procesar, recopilar y utilizar mi información personal, y/o la documentación entregada en virtud de la relación contractual.

5. Para que me brinden asesoría o asistencia para administrar los productos y servicios de la entidad.

6. Para enviarme a la dirección de correo electrónico y demás datos de contacto que registre las comunicaciones y reportes de tipo legal y comercial que se requieran.

7. Para compartir mis datos de contacto y de titularidad de productos financieros con las entidades que forman parte del la Organización liderada por Fundación Grupo Social a la que Colmena Seguros De Vida S.A. pertenece, para ofrecer sus productos y servicios que son complementarios a los ofrecidos por la Aseguradora. Las empresas que conforman el Organización liderada por Fundación Grupo Social se encuentran publicadas en el aviso de privacidad que podrá consultar en la página web de la Entidad: <https://www.colmenaseguros.com/servicio-cliente/Paginas/Proteccion-de-datos.aspx>.

FINALIDADES NO ESENCIALES

Autorizo para que mi información personal sea compartida con aliados de la Aseguradora para las siguientes finalidades:

1. Para realizar estudios sobre mis gustos, hábitos e intereses. SI ☐ NO ☐

2. Para el ofrecimiento de bienes, productos o servicios financieros complementarios a los adquiridos con la Aseguradora. SI ☐ NO ☐

3. Para el ofrecimiento de bienes, productos y servicios que puedan ser de mi interés mediante la realización de campañas comerciales o el desarrollo de convenios de marca compartida. SI ☐ NO ☐

Con la firma de la presente autorización declaro que me fueron informados los aliados y terceros con quienes se compartirá la información para cada una de las anteriores finalidades y que se me informó de manera clara que los podrá consultar en la página web www.colmenaseguros.com y que dicha información se actualizará cada vez que surjan cambios en los aliados y terceros.

CON LA FIRMA DE LA PRESENTE AUTORIZACIÓN DECLARO QUE HE SIDO INFORMADO QUE:

1. Esta autorización permanecerá vigente, hasta tanto sea revocada y podrá ser revocada en los eventos previstos en la ley, y siempre y cuando no exista ningún tipo de relación con la Aseguradora o no se encuentre vigente algún producto o servicio derivado de esta autorización. 2. Me asisten los derechos a consultar, actualizar, rectificar y suprimir o revocar el consentimiento, esto último cuando no medie un deber legal o contractual que lo impida. 3. Que los canales dispuestos por Colmena Seguros De Vida S.A. para ello son los establecidos en el aviso de privacidad que podrá consultar en <https://www.colmenaseguros.com/servicio-cliente/Paginas/Proteccion-de-datos.aspx>. 4. Que a través de dichos canales podrá revocar el consentimiento otorgado respecto a las "Finalidades no esenciales".

5. 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 <http://www.colmenaseguros.com/protecciondedatos/politica-de-datos-personales>. 6. Que usted podrá consultar el listado de los contratistas que la Entidad ha dispuesto para ejercer las labores propias de su objeto social en la página web de la Entidad.

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La vigencia de esta póliza y por ende su cobertura, iniciará desde la fecha de desembolso del crédito observando lo dispuesto en la póliza en anexo a "Índice de la cobertura" creada al respaldo de este certificado. La póliza estará vigente por toda la duración del crédito mientras el asegurado efectúe el pago de la prima y el seguro se renovará de manera automática por los periodos iguales a los inicialmente contratados.

PRIMA DEL SEGURO

El valor mensual de la prima se encuentra incluido en la cuota de crédito que cobra el Banco Caja Social, y esta corresponde, para créditos de vivienda a aplicar la tasa al valor asegurado por género y edad alcanzada. Para créditos de Consumo se aplicará la tasa al valor del desembolso por edad alcanzada y género según lo establecido en las condiciones de la póliza, creada al respaldo de este certificado. Para otras modalidades de crédito diferentes a vivienda y consumo, vehículo, comercial y microcrédito el valor mensual de la prima resultará de aplicar la tasa al valor asegurado.

Este documento es una solicitud de seguro, por lo tanto su validez como póliza de seguro requiere de la aceptación de Colmena Seguros De Vida S.A. Se entenderá aceptado el riesgo en las condiciones declaradas por el solicitante cuando se desembolse el crédito excepto que se haya aceptado en condiciones especiales o se haya rechazado por parte de Colmena Seguros De Vida S.A., caso en el cual Colmena Seguros De Vida S.A. informará de manera formal por escrito.

HUELLA DACTILAR

EXTRACTO DE CONDICIONES

ADVERTENCIA: EL BANCO CAJA SOCIAL ACTÚA BAJO LA EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DE RIESGOS LABORALES, COLMENA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA Y POR LO TANTO NO ASUME NINGUNA OBLIGACIÓN FRENTA AL CLIENTE, RELACIONADA CON LA EJECUCIÓN DEL NEGOCIO QUE DA ORIGEN A ESTA TRANSACCIÓN.

Este documento es un extracto de las condiciones generales de la póliza de seguro de Vida Individual para Deudores del Banco Caja Social REG 01/10/2023-1432-P-37-37228_V2_10/2023-DR00 Referencia a Nota Técnica 01/10/2023-1432-P-37-37228_V2_10/2023-DR00

A través del presente documento se resaltan algunos aspectos importantes de la póliza y bajo ninguna circunstancia reemplaza al contrato de seguro y sus condiciones. Recuerda consultar las condiciones generales de esta póliza, las cuales te fueron entregadas en la emisión del primer cobro de la cuota mensual del crédito. También podrás consultar las condiciones generales de este seguro en: www.colmenaseguros.com/seguros-personas/vida-grupo o puedes solicitarnos una copia directamente.

I. COBERTURAS APLICABLES DE ACUERDO AL PLAN OTORGADO

De acuerdo a tu estado de salud y el tipo de crédito, Colmena Seguros De Vida S.A. podrá otorgarte las coberturas indicadas en cada uno de los siguientes planes:

COBERTURAS APLICABLES DE ACUERDO A CADA PLAN				
Planes	Coberturas	Muerte por cualquier causa	Incapacidad Total y Permanente	Beneficios por hospitalización
Plan 1 - Completo		*	*	*
Plan 2 - Básico		*	*	
Plan 3 - Vida		*		

2. CONDICIONES DEL SEGURO APLICABLES DE ACUERDO AL PLAN OTORGADO

¿Qué cubre este seguro?

Coberturas básicas:

***Muerte por cualquier causa.** Si mueres dentro la vigencia de la póliza por causa natural no preexistente o accidental, o preexistente declarada y aceptada por Colmena Seguros De Vida S.A. Colmena Seguros De Vida S.A. pagará la suma de dinero indicada en la carátula de la póliza.

Para determinar la cobertura del amparo, se entenderá la fecha del fallecimiento como la fecha del siniestro. *** Incapacidad Total y Permanente (ITP).** En caso de que sufras una incapacidad total y permanente que se estructure dentro de la vigencia del seguro, Colmena Seguros De Vida S.A. pagará la suma de dinero indicada en la carátula de la póliza. 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. Las personas que hacen parte de regímenes especiales del Sistema de Seguridad Social Integral también deberán demostrar que su pérdida de capacidad laboral es total y la fecha de estructuración de su incapacidad está dentro del dictamen que determinó la invalidez.

La fecha de estructuración de la invalidez es la fecha del siniestro.

Colmena Seguros De Vida S.A. paga la cobertura de incapacidad total y permanente, el seguro terminará y no podrás reclamar otros amparos. Colmena Seguros De Vida S.A. no cubre la Incapacidad Parcial y Permanente.

Coberturas Adicionales:

Cuando expresamente se indique en la carátula de la póliza, se podrán otorgar los siguientes amparos adicionales:

***Enfermedades graves.** En caso que te sea diagnosticada por primera vez, durante la vigencia de este seguro, alguna de las siguientes enfermedades o procedimientos, Colmena Seguros De Vida S.A. pagará los beneficiarios según corresponda, la suma indicada en la carátula de la póliza:

- Cáncer
- Evento cerebro vascular
- Insuficiencia renal
- Infarto al miocardio
- Intervención quirúrgica de las arterias coronarias y angioplastia.

***Beneficios por hospitalización:** Si eres hospitalizado como consecuencia de una enfermedad o de un accidente no preexistentes, Colmena Seguros De Vida S.A. pagará según el número de días continuos que permanezcas hospitalizado, las cuotas de tu crédito que se indican a continuación:

Número de días continuos de hospitalización	Número de Cuotas
11 a 30 días	1 Cuota
31 a 60 días	2 Cuotas
61 a 90 días	3 Cuotas
91 a 120 días	4 Cuotas
121 a 150 días	5 Cuotas
151 a 180 días	6 Cuotas

Esta cobertura operará máximo una vez por año calendario y el valor de las cuotas será pagado al Banco Caja Social.

Exclusiones

Para todas las coberturas:

Ninguna de las coberturas del seguro cubre los eventos que sean consecuencia de:

- Patologías o enfermedades, físicas o mentales, congénitas o adquiridas que sean preexistentes, es decir, que hayan sido diagnosticadas o conocidas por el asegurado, o por la cual se haya recibido tratamiento, y no hayan sido declaradas por el asegurado con anterioridad al inicio de vigencia del seguro.
- El ejercicio de actividades ilícitas por parte del asegurado.
- Si mueres como consecuencia de guerra civil y/o internacional

Para la cobertura de enfermedades graves:

- No se cubren tumores, cáncer de la piel, seno, matriz, cáncer in situ o no invasivos en cualquier órgano.
- No se cubren las isquemias cerebrales transitorias, los eventos cerebro vasculares derivados por el consumo de drogas tóxicas, heroicas o alucinógenas, y ni ningún tipo lesión ocurrida por trauma craneo encefálico.

Para la cobertura de beneficio por hospitalización:

- No se cubre la hospitalización consecuencia de una cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesaria porque es consecuencia de un accidente ocurrido en la vigencia del seguro.
- No se cubre la hospitalización se presenta con ocasión a un embarazo, parto o aborto o las complicaciones que surjan de ellos.

¿Cuál es el valor asegurado de cada cobertura?

El valor asegurado dependerá del tipo de crédito, así:

Tipo de crédito	Cobertura y valor asegurado			
	Muerte por cualquier	Incapacidad Total y Permanente (ITP)	Enfermedades Graves	Beneficios por Hospitalización
Consumo, Comercial, Microcrédito	Valor inicial del desembolso del crédito.	Valor inicial del desembolso del crédito.	10% del valor de la deuda, mínimo \$1.000.000, máximo \$5.000.000.	El número de cuotas, según el número de días continuos que permanezcas
Vivienda	Saldo insoluto de la deuda a la fecha en que Colmena Seguros De Vida S.A. notifique al Banco Caja Social la aceptación de la declaración.	Saldo insoluto de la deuda a la fecha en que Colmena Seguros De Vida S.A. notifique al Banco Caja Social la aceptación de la declaración.	No se otorga la cobertura.	No se otorga la cobertura
Libranzas	Valor inicial del desembolso del crédito.	Valor inicial del desembolso del crédito.	No se otorga la cobertura.	No se otorga la cobertura
Rotativo	Saldo insoluto de la deuda a la fecha de fallecimiento.	Saldo Insoluto de la deuda a la fecha en que Colmena Seguros De Vida S.A. notifique al Banco Caja Social la aceptación de la declaración de ITP.	No se otorga la cobertura.	No se otorga la cobertura

Por saldo insoluto de la deuda se entiende el capital no pagado más los intereses corrientes calculados a la fecha de fallecimiento o a la fecha de aceptación de la ITP por parte de Colmena Seguros De Vida S.A. a la tasa pactada para el respectivo crédito. En el evento de mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y las primas del seguro de vida individual no canceladas por el deudor.

Para los créditos en los cuales el valor asegurado es el saldo insoluto de la deuda no habrá lugar a pago de remanente.

Beneficiarios

En caso de siniestro, el valor asegurado será pagado en estricto orden, primero a:

a. Oneroso: El Banco Caja Social hasta el saldo insoluto de la deuda.

b. Gratuito: Si después de pagar al Banco Caja Social, existe un remanente, entonces ese valor se pagará a los beneficiarios designados por el asegurado o a los beneficiarios legales cuando no exista designación.

Cálculo de la prima:

Si el valor asegurado corresponde al saldo insoluto de la deuda, la prima se calculará aplicando al saldo insoluto de la deuda la tasa correspondiente al género y la edad del asegurado, de acuerdo a las coberturas concedidas o el plan seleccionado. Esto quiere decir que el valor sobre el cual se liquida la prima será variable durante la existencia del crédito.

Si el valor asegurado corresponde al valor inicial del crédito (desembolso), es decir que el valor asegurado es constante durante toda la vigencia de la póliza, la prima se calculará aplicando al valor asegurado la tasa correspondiente al género y la edad que resulte de: sumar a la edad alcanzada al momento de suscribir la póliza, la mitad del tiempo en años del plazo del crédito.

Para los créditos rotativos la prima mensual se calculará aplicando la tasa correspondiente sobre el saldo promedio de la deuda del mes facturado.

¿Cuáles son las edades de ingreso y permanencia?

La edad mínima de ingreso a la póliza es 18 años. Las edades máxima de ingreso y permanencia dependen de la cobertura:

Cobertura	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de permanencia
Muerte por cualquier causa	75 años + 364 días	Hasta cancelación de la deuda
Incapacidad Total y Permanente- Enfermedades Graves- Beneficios por hospitalización	69 años + 364 días	70 años + 364 días

* Para el caso de la línea de crédito de Libranzas la edad de ingreso será hasta los 79 años, 11 meses y 29 días, con permanencia hasta los 84 años, 11 meses y 29 días.

Inicio de la cobertura

La cobertura de la póliza iniciará para los créditos nuevos desde la fecha de desembolso del crédito y para los créditos en curso desde la fecha de aceptación del riesgo por parte de Colmena Seguros De Vida S.A.

¿Por cuales causas termina el seguro?

a. Por mora en el pago de la prima vencido del plazo otorgado para tal fin.

b. Por solicitud del Tomador/Asegurado mediante aviso escrito a Colmena Seguros De Vida S.A.

y siempre que sea autorizado por el Banco Caja Social.

c. Cuando la obligación crediticia se extinga íntegramente.

d. Por el fallecimiento del asegurado.

e. Por pago de la suma asegurada en el amparo de incapacidad total y permanente.

f. Por el pago de la suma asegurada en el seguro conjunto.

Salvo el amparo de Muerte por cualquier causa e ITP, los demás amparos podrán ser revocados unilateralmente por Colmena Seguros De Vida S.A.

mediante el envío de una comunicación escrita dirigida al asegurado con por lo menos diez (10) días hábiles de antelación a la terminación efectiva de la cobertura.

Requisitos de asegurabilidad

Créditos de Vivienda

En las siguientes tablas encontraras los requisitos de asegurabilidad establecidos por Colmena Seguros De Vida S.A. de acuerdo a tu edad y el monto solicitado del crédito.

Rango de edad	Entre y	Menor o igual a \$460.000.000	\$460.000.000 - \$1.600.000.000	\$1.600.000.000 - \$3.231.000.000	\$3.231.000.000 - \$4.000.000.000	\$4.000.000.000 - \$5.332.000.000	\$5.332.000.000 - \$5.335.000.000	\$5.335.000.000 - \$8.000.000.000	\$8.000.000.000 - \$8.000.000.000
18 - 54	PERFIL 1	PERFIL 1	PERFIL 1	PERFIL 1	PERFIL 1	PERFIL 1	PERFIL 1	PERFIL 3	PERFIL 4
55 - 59	PERFIL 1	PERFIL 2	PERFIL 2	PERFIL 2	PERFIL 2	PERFIL 3	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4
60 - 75	PERFIL 1	PERFIL 2	PERFIL 3	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4

Créditos de libranzas, consumo, comercial y microcrédito:

* Los pensionados por invalidez: Ingresarán a la póliza sin la cobertura de Incapacidad Total y Permanente.

* Dado que la edad de ingreso en este tipo de crédito es superior a 75 años, en esos casos se aplicarán los mismos requisitos establecidos para los perfiles de riesgo del rango 60-75 años.

RANGO DE EDAD	ENTRE Y	Menor o igual a \$ 20.000.000	\$ 20.000.000 - \$ 50.000.000	\$ 50.000.000 - \$ 125.000.000	\$ 125.000.000 - \$ 180.000.000	\$ 180.000.000 - \$ 260.000.000	\$ 260.000.000 - \$ 310.000.000	\$ 310.000.000 - \$ 420.000.000	\$ 420.000.000 - \$ 530.000.000	\$ 530.000.000 - \$ 840.000.000	\$ 840.000.000 - \$ 840.000.000
18-54	PERFIL 1	PERFIL 1	PERFIL 1	PERFIL 1	PERFIL 2	PERFIL 2	PERFIL 2	PERFIL 2	PERFIL 3	PERFIL 4	PERFIL 4
55-59	PERFIL 1	PERFIL 1	PERFIL 2	PERFIL 2	PERFIL 2	PERFIL 2	PERFIL 3	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4
60-75	PERFIL 1	PERFIL 1	PERFIL 2	PERFIL 3	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4
76-80	PERFIL 1	PERFIL 2	PERFIL 2	PERFIL 3	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4

TABLA DE REQUISITOS MÉDICOS	
DESCRIPCIÓN DE LOS REQUISITOS / PERFILES	
Perfil 1	Diligenciamiento de declaración de asegurabilidad
Perfil 2	Diligenciamiento de declaración de asegurabilidad + EXAMEN MÉDICO GENERAL
Perfil 3	Diligenciamiento de declaración de asegurabilidad + EXAMEN MÉDICO GENERAL + ANALISIS DE ORINA + ELECTROCARDIOGRAMA
Perfil 4	Diligenciamiento de declaración de asegurabilidad + EXAMEN MÉDICO GENERAL + ANALISIS DE ORINA + ELECTROCARDIOGRAMA + QUÍMICA SANGUÍNEA (GLICEMIA, COLESTEROL, HDL, LIPOPROTEÍNAS DE ALTA DENSIDAD) TRIGLICÉRIDOS, CREATININA Y V.I.H.
Perfil 5	Diligenciamiento de declaración de asegurabilidad + EXAMENES ESPECIALES SOLICITADOS POR MÉDICO CALIFICADOR

Créditos rotativos:

Para el caso de los créditos rotativos, no se aplicarán los requisitos de asegurabilidad descritos en el numeral anterior.

No se te aplicarán extra primas de riesgo por ocupación o actividad.

Los criterios anteriormente enunciados se realizan en función al monto del crédito y la edad del solicitante, excepto que indiques no gozar de buena salud en la declaración de asegurabilidad, motivo por el cual se te solicitará la realización de un examen médico y aquellos exámenes adicionales que Colmena Seguros De Vida S.A. estime convenientes para la adecuada evaluación del riesgo.

Después de dicha evaluación se te informará por escrito sobre la aceptación o rechazo del seguro a más tardar cinco (5) días hábiles después de que se te practiquen los exámenes médicos y de laboratorio ordenados.

Plazo de respuesta a las reclamaciones

La Compañía tendrá un plazo máximo de 10 días hábiles para dar respuesta a las reclamaciones por siniestros.

3. DOCUMENTOS SUGERIDOS PARA EL TRÁMITE DE UNA RECLAMACIÓN

A ti o a tu beneficiario le corresponderá demostrar la ocurrencia del siniestro. Se sugiere que en caso de presentarse un siniestro que afecte alguno de los amparos otorgados 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:

- A. Muerte por cualquier causa
- B. Incapacidad Total y Permanente
- C. Enfermedades Graves
- D. Beneficios por hospitalización

Documentos sugeridos	A	B	C	D
Formato Solicitud de indemnización, el cual podrá ser descargado de la página www.colmenaseguros.com/seguros-personas/ en la sección trámites.	*	*	*	*
Copia del documento de identificación del asegurado y los beneficiarios.	*			
Copia del registro civil de defunción.	*			
Copia del registro civil de nacimiento del asegurado y los beneficiarios.	*			
Historia clínica completa, donde conste la causa y fecha del diagnóstico que generó la muerte.	*			
Tratándose de muerte accidental u homicidio se deben adjuntar los documentos legales idóneos que determinen que la persona fallecida fue plenamente identificada, y las circunstancias de tiempo, modo y lugar.	*			
Certificación del saldo insoluto de la deuda expedida por la entidad financiera, discriminando los diferentes conceptos que hacen parte de la liquidación (saldo de capital a la fecha del siniestro, intereses corrientes, intereses de mora, primas de seguro de vida).	*	*	*	
Copia de la historia clínica completa del asegurado o informe del médico tratante sobre el estado de salud con la fecha y causa de la incapacidad, y/o de la hospitalización.		*	*	*
Copia del dictamen de pérdida de la capacidad laboral en firme, emitido por una junta de calificación de invalidez, regional o nacional, o por las entidades competentes del Sistema de Seguridad Social.			*	
Certificado de hospitalización donde se incluya la fecha de ingreso y de salida.				*
Certificación de la entidad financiera sobre el valor de la cuota mensual del crédito.				*
Informe del médico tratante con fecha del diagnóstico de la enfermedad.			*	
Los demás documentos que colmena considere sirvan como soporte para agilizar la definición de reclamación.	*	*	*	*

En caso de reclamación los documentos podrán ser remitidos mediante carta dirigida al Banco Caja Social en cualquier sucursal a nivel nacional.

Para mayor información comuníquese con nuestra Línea Efectiva de en:

Colmena Seguros De Vida S.A.
Bogotá 601 4010447, Medellín 604 4441246, Cali 602 4036400,
Barranquilla 605 3537559 o a nivel nacional al: 018000919667



SOLICITUD / CARÁTULA PÓLIZA SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL PARA DEUDORES DEL BANCO CAJA SOCIAL

Nº Consecutivo
0000000

IMPORTANTE: La siguiente información corresponde a datos sensibles los cuales no se encuentran obligados a proporcionar, pero que serán importantes al momento de analizar el riesgo que asume Colmena Seguros De Vida S.A. y tomar una decisión sobre su aceptación. Dicha información será utilizada con la única finalidad de conocer el estado del riesgo dentro del proceso de suscripción del contrato de seguro. Conteste todas las preguntas sinceramente, ya que la inexactitud produce la anulación del seguro de vida. Si usted no es de buena salud, lo remitiremos a los exámenes médicos exigidos. Colmena Seguros De Vida S.A. para determinar otras condiciones especiales de su seguro de vida.

COBERTURAS APLICABLES DE ACUERDO A CADA TIPO DE CRÉDITO:

1. Vivienda: Muerte por cualquier causa, Incapacidad total y permanente
2. Consumo, comercial, microcrédito, vehículo: Muerte por cualquier causa, Incapacidad Total y Permanente, Enfermedades Graves y Beneficios por hospitalización
3. Rotativo y Libranzas: Muerte por cualquier causa e Incapacidad Total y Permanente

IMPORTANTE: El otorgamiento de estas coberturas podrá limitarse de acuerdo con las condiciones de salud del Tomador.

TOMADOR/ASEGURADO: El Tomador actúa por cuenta propia

BENEFICIARIO ONEROSO: BANCO CAJA SOCIAL NIT: 860.007.335-4

TIPO DE PÓLIZA: Individual TIPO DE DEUDOR: Deudor Principal Deudor Solidario TIPO DE CRÉDITO: Consumo Microcrédito Comercial Rotativo Vehículos Otros ¿Cuál?

COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A.

DATOS DEL ASEGURADO (Para ser diligenciado únicamente por el Asegurado)

Nombres y Apellidos: C.C o C.E: Fecha de expedición: Dirección Domicilio: Ciudad: Celular: Fecha de nacimiento: Ocupación / Actividad Específica: (No utilice genéricos como empleado o comerciante) Peso: Estatura: Valor del Crédito Solicitado: Valor asegurado: El valor asegurado corresponderá al saldo insoluto del crédito o al valor del desembolso según el tipo de crédito.

BENEFICIARIOS A TÍTULO GRATUITO DEL ASEGURADO (Únicamente para créditos cuyo valor asegurado sea el desembolso inicial del crédito)

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN
1.		
2.		
3.		
4.		
100%		

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (Para ser diligenciado únicamente por el Asegurado)

MARQUE CON UNA "SI" O "NO", SEGÚN CORRESPONDA

	SI	NO
¿Es pensionado por invalidez?		
¿Le han diagnosticado o ha recibido algún tratamiento o cirugía, le han practicado exámenes o pruebas de diagnóstico o tiene conocimiento de padecer o haber padecido cualquiera de las siguientes enfermedades o condiciones de salud?		
1. ¿Le han detectado la presencia de anticuerpos contra el virus VIH positivo o le han diagnosticado con SIDA?		
2. ¿Ha sufrido de algún accidente o evento violento, o tiene algún tipo de incapacidad o limitación física o mental?		
3. ¿Está tomando medicamentos o está bajo algún tipo de estudio o tratamiento por síntomas, manifestaciones, o molestias o cirugías pendientes?		
4. ¿Consumo bebidas alcohólicas más de tres veces por semana o en exceso consume sustancias psicoactivas?		
5. ¿Padece o ha padecido enfermedades de tipo congénito, neurológico, cardiovascular, o enfermedad como hipertensión arterial, infarto o enfermedades de las arterias coronarias, cáncer, leucemia, linfomas, diabetes, asma, trombosis, derrames o eventos cerebrovasculares, anemia, enfisema pulmonar EPOC, artritis reumatoidea, cirrosis, insuficiencia renal, epilepsia, tumores, trastornos inmunológicos o reumatológicos, lupus, enfermedades mentales, le han hecho tratamiento quirúrgico por obesidad?		
6. ¿Ha padecido o padece de cualquier otra enfermedad o lesión que no se haya mencionado?		
7. Sirvase proporcionar la siguiente información de las respuestas afirmativas		
a. Nombre de la enfermedad o padecimiento:	b. Fecha de diagnóstico: DD/MM/AAAA	
c. Tratamientos médicos o cirugías realizadas:	d. Secuelas o complicaciones:	
e. Estado actual de la enfermedad o padecimiento:	f. Tratamiento actual de la enfermedad o padecimiento:	
g. Observaciones o comentarios adicionales:		
8. (SOLO PARA MUJERES)		
¿Se encuentra en estado de embarazo?		
De ser así por favor informe: Cuántos meses: Complicaciones: Cuántos embarazos anteriores: Cesáreas: Abortos: Ha tenido enfermedades o tumores de: Útero: Senos: Ovarios:		

INFORMACIÓN FINANCIERA

ACTIVOS	INGRESOS MENSUALES	OTROS INGRESOS	CONCEPTO OTROS INGRESOS
\$	\$	\$	
PASIVOS	EGRESOS MENSUALES	1. ¿Ha reclamado por siniestro anteriormente a esta Compañía?	SI NO
\$	\$	2. ¿Ha presentado reclamaciones por siniestro a otra Compañía de Seguros Vida?	SI NO

Si la respuesta a las preguntas 1 o 2 es afirmativa, detalle el año, la Compañía, el ramo y el valor del reclamo:

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado por la Superintendencia Financiera, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, la Ley 190 de 1995, Ley 1474 de 2011 o cualquier norma que las modifique, amplíe, suscite y demás normas legales que regulen la prevención del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo para el sector asegurador

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (DEBE DETALLAR OCUPACIÓN, OFICIO, ACTIVIDAD, NEGOCIO, ETC.)

2. Declaro que mis recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.

3. Autorizo a Colmena Seguros De Vida S.A. para tomar las medidas correspondientes, en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a la entidad crediticia de toda responsabilidad que se derive de ello.

4. Me obligo con Colmena Seguros De Vida S.A. a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario, para lo cual me comprometo a reportar por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tenga dispuestos Colmena Seguros De Vida S.A.

AUTORIZACIONES Y OTRAS DECLARACIONES DE LOS ASEGURADOS

1. Colmena Seguros De Vida S.A., se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento o invalidez, se compruebe que esta declaración no corresponde a mi verdadero estado de salud en el momento de aceptarse el seguro. (Artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio)

2. Autorización Historia Clínica: Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo expresamente a Colmena Seguros De Vida S.A. a que, aún después de mi fallecimiento, verifique y pida ante cualquier médico, odontólogo o cualquier institución hospitalaria, la información y/o copia de mi historia clínica y/o carta dental.

3. Autorizo a Colmena Seguros De Vida S.A. para incluir, consultar, reportar y procesar, a partir de la fecha de expedición de esta solicitud y durante la vigencia de este seguro en cualquier momento, la información allí contenida y/o de cualquier relación comercial con esta aseguradora al ente regulador, a cualquier centro de información o base de datos, u otras aseguradoras del sector.

4. Para resolver inquietudes acerca del seguro, del tratamiento de sus datos personales favor comunicarse con la línea de atención al cliente de Colmena Seguros De Vida S.A. a los números en: Bogotá (601) 4010447; Medellín (604) 4441246; Cali (602) 4036408; Barranquilla (605) 3537559 y a nivel nacional al 01 8000 919 667. Defensor del Consumidor Financiero: defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en www.colmenaseguros.com. En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando de forma periódica nuestra página web: www.colmenaseguros.com, ingresando a los enlaces Servicio al Cliente/Protección al Consumidor Financiero y Servicio al Cliente/Protección de Datos.

5. ART. 1152 Código de Comercio. El no pago de las primas dentro del mes siguiente a la fecha de cada vencimiento, producirá la terminación del contrato.

6. Para las condiciones generales de la presente póliza visite www.colmenaseguros.com y al respaldo de esta solicitud encontrará un extracto de las mismas.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En mi calidad de titular de mi información personal autorizo de manera expresa y previa a Colmena Seguros De Vida S.A. Compañía de Seguros de Vida identificada con el NIT 901528731-1, ubicada en la Calle 72 No. 10-71 Piso 6, con Teléfono (601) 5141592 y a sus cesionarios o a quien represente u ostente sus derechos, para que directamente o a través de terceros, realicen el siguiente tratamiento sobre mi información personal, a través de medios físicos o digitales o electrónicos.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DATOS SENSIBLES

Autorizo que mi huella digital sea capturada por la Aseguradora, mis datos morfológicos (los obtenidos de fotografías, grabaciones de video o captura de iris, entre otros) así como datos de salud se recolecten, almacenen, usen, circulen, supriman y, en general, se usen en procesos de identificación de condiciones de asegurabilidad para brindar coberturas del seguro, para garantizar la seguridad en sus instalaciones y prevenir el fraude o suplantación.

Declaro que me han informado de manera adecuada y suficiente sobre las finalidades con las cuales tratarán este dato sensible, y conozco que no me encuentro obligado a autorizar su tratamiento. Sin embargo, entiendo que estos usos buscan dar más seguridad a mis datos en el desarrollo de mi relación contractual y lo encuentro o razonable.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO OTROS DATOS PERSONALES

Autorizo a Colmena Seguros De Vida S.A. (Responsable), a quien represente sus derechos y a quien llegue a actuar como cesionario de los mismos, de forma previa, expresa, inequívoca e irrevocable, a tratar mi información personal, o la de mi representado, mientras se encuentren vigentes las siguientes finalidades:

FINALIDADES ESENCIALES

1. Para cumplir con los derechos y exigir las obligaciones de la relación contractual existente, directamente o a través de terceros contratados por la Aseguradora para ejercer labores propias de su objeto social (Encargados) (Ej: la administración del seguro para envío de pólizas, información sobre el seguro adquirido, intermediarios y reaseguradores, actividades de cobranza, entrega de correspondencia, procesos operativos o de riesgos, proveedores de tecnología entre otros). Colmena Seguros De Vida S.A. implementará medidas de seguridad destinadas a proteger la identidad del titular.

2. Para solicitarle directamente, o verificar con los Operadores de Información o las Agencias de Información Comercial, nacionales o del exterior, toda la información relacionada con mi comportamiento financiero, comercial y crediticio, y el cumplimiento de mis obligaciones crediticias y la proveniente de terceros países, incluyendo información relacionada con los aportes realizados al Sistema de Seguridad Social. También para consultarla, confirmarla, reportarla, analizarla, actualizarla, conservarla y retirarla.

3. Para transferirla a Autoridades nacionales o internacionales en cumplimiento de las normas, referidas a la prevención de actividades ilícitas y al intercambio o suministro de información para efectos tributarios.

4. Para actualizar, conservar, procesar, recopilar y utilizar mi información personal, y/o la documentación entregada en virtud de la relación contractual.

5. Para que me brinden asesoría o asistencia para administrar los productos y servicios de la entidad.

6. Para enviarme a la dirección de correo electrónico y demás datos de contacto que registre, las comunicaciones y reportes de tipo legal y comercial que se requieran.

7. Para compartir mis datos de contacto y de titularidad de productos financieros con las entidades que forman parte del la Organización liderada por Fundación Grupo Social a la que Colmena Seguros De Vida S.A. pertenece, para ofrecer sus productos y servicios que son complementarios a los ofrecidos por la Aseguradora. Las empresas que conforman el Organización liderada por Fundación Grupo Social se encuentran publicadas en el aviso de privacidad que podrá consultar en la página web de la Entidad: https://www.colmenaseguros.com/servicio-cliente/Paginas/Proteccion-de-datos.aspx.

FINALIDADES NO ESENCIALES

Autorizo para que mi información personal sea compartida con aliados de la Aseguradora para las siguientes finalidades:

1. Para realizar estudios sobre mis gustos, hábitos e intereses. SI NO

2. Para el ofrecimiento de bienes, productos o servicios financieros complementarios a los adquiridos con la Aseguradora. SI NO

3. Para el ofrecimiento de bienes, productos y servicios que puedan ser de mi interés mediante la realización de campañas comerciales o el desarrollo de convenios de marca compartida. SI NO

Con la firma de la presente autorización declaro que me fueron informados los aliados y terceros con quienes se compartirá la información para cada una de las anteriores finalidades y que se me informó de manera clara que los podrá consultar en la página web www.colmenaseguros.com y que dicha información se actualizará cada vez que surjan cambios en los aliados y terceros.

CON LA FIRMA DE LA PRESENTE AUTORIZACIÓN DECLARO QUE HE SIDO INFORMADO QUE:

1. Esta autorización permanecerá vigente, hasta tanto sea revocada y podrá ser revocada en los eventos previstos en la ley, y siempre y cuando no exista ningún tipo de relación con la Aseguradora o no se encuentre vigente algún producto o servicio derivado de esta autorización. 2. Me asisten los derechos a consultar, actualizar, rectificar y suprimir o revocar el consentimiento, esto último cuando no medie un deber legal o contractual que lo impida. 3. Que los canales dispuestos por Colmena Seguros De Vida S.A. para ello son los establecidos en el aviso de privacidad que podrá consultar en https://www.colmenaseguros.com/servicio-cliente/Paginas/Proteccion-de-datos.aspx. 4. Que a través de dichos canales podrá revocar el consentimiento otorgado respecto las "Finalidades no esenciales".

5. 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/politica-datos-personales. 6. Que usted podrá consultar el listado de los contratistas que la Entidad ha dispuesto para ejercer las labores propias de su objeto social en la página web la Entidad.

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La vigencia de esta póliza y por ende su cobertura, iniciará desde la fecha de desembolso del crédito observando lo dispuesto en la presente póliza en cuanto a "Vigencia de la cobertura" citadas al respaldo de este certificado. La póliza estará vigente por toda la duración del crédito mientras el asegurado efectúe el pago de la prima y el seguro se renovará de manera automática por los periodos iguales a los inicialmente contratados.

PRIMA DEL SEGURO

El valor mensual de la prima se encuentra incluido en la cuota de crédito que cobra el Banco Caja Social, y esta corresponde, para créditos de vivienda a aplicar la tasa al valor asegurado por género y edad alcanzada. Para créditos de Consumo se aplicará la tasa al valor del desembolso por edad alcanzada y género según lo establecido en las condiciones de la póliza, citadas al respaldo de este certificado. Para otras modalidades de crédito diferentes a vivienda y consumo, vehículo, comercial y microcrédito el valor mensual de la prima resultará de aplicar la tasa al valor asegurado.

Este documento es una solicitud de seguro, por lo tanto su validez como póliza de seguro requiere de la aceptación de Colmena Seguros De Vida S.A. Se entenderá aceptado el riesgo en las condiciones declaradas por el solicitante cuando se desembolse el crédito excepto que se haya aceptado en condiciones especiales o se haya rechazado por parte de Colmena Seguros De Vida S.A., caso en el cual Colmena Seguros De Vida S.A. informará de manera formal por escrito.

HUELLA DACTILAR

Colmena Seguros De Vida S.A.

Firma asegurado C.C.

Un producto
Colmena Seguros De Vida S.A.
NIT: 901528731-1
CPS-F-119-V5_10/2023

ÍNDICE DERECHO

- ASEGURADO -

EXTRACTO DE CONDICIONES

ADVERTENCIA: EL BANCO CAJA SOCIAL ACTÚA BAJO LA EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DE RIESGOS LABORALES, COLMENA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA Y POR LO TANTO NO ASUME NINGUNA OBLIGACIÓN FRENTE AL CLIENTE, RELACIONADA CON LA EJECUCIÓN DEL NEGOCIO QUE DA ORIGEN A ESTA TRANSACCIÓN.

Este documento es un extracto de las condiciones generales de la póliza de seguro de Vida Individual para Deudores del Banco Caja Social REG 01/10/2023-1432-P-37-37228_V2_10/2023-DR00 Referencia a Nota Técnica 01/10/2023-1432-P-37-37228_V2_10/2023-DR00

A través del presente documento se resaltan algunos aspectos importantes de la póliza y bajo ninguna circunstancia reemplaza al contrato de seguro y sus condiciones. Recuerda consultar las condiciones generales de esta póliza, las cuales te fueron entregadas en la emisión del primer cobro de la cuota mensual del crédito. También podrás consultar las condiciones generales de este seguro en: www.colmenaseguros.com/seguros-personas/vida-grupo o puedes solicitarnos una copia directamente.

I. COBERTURAS APLICABLES DE ACUERDO AL PLAN OTORGADO

De acuerdo a tu estado de salud y el tipo de crédito, Colmena Seguros De Vida S.A. podrá otorgarte las coberturas indicadas en cada uno de los siguientes planes:

COBERTURAS APLICABLES DE ACUERDO A CADA PLAN				
Coberturas Planes	Muerte por cualquier causa	Incapacidad Total y Permanente	Beneficios por hospitalización	Enfermedades Graves
Plan 1 - Completo	*	*	*	*
Plan 2 - Básico	*	*		
Plan 3 - Vida	*			

2. CONDICIONES DEL SEGURO APLICABLES DE ACUERDO AL PLAN OTORGADO

¿Qué cubre este seguro?

Coberturas básicas:

***Muerte por cualquier causa.** Si mueres dentro la vigencia de la póliza por causa natural no preexistente o accidental, o preexistente declarada y aceptada por Colmena Seguros De Vida S.A. Colmena Seguros De Vida S.A. pagará la suma de dinero indicada en la carátula de la póliza.

Para determinar la cobertura del amparo, se entenderá la fecha del fallecimiento como la fecha del siniestro. *** Incapacidad Total y Permanente (ITP).** En caso de que sufras una incapacidad total y permanente que se estructure dentro de la vigencia del seguro, Colmena Seguros De Vida S.A. pagará la suma de dinero indicada en la carátula de la póliza.

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.

Las personas que hacen parte de regímenes especiales del Sistema de Seguridad Social Integral también deberán demostrar que su pérdida de capacidad laboral es total y la fecha de estructuración de su incapacidad está dentro del dictamen que determinó la invalidez.

La fecha de estructuración de la invalidez es la fecha del siniestro.

Colmena Seguros De Vida S.A. paga la cobertura de incapacidad total y permanente, el seguro terminará y no podrás reclamar otros amparos. Colmena Seguros De Vida S.A. no cubre la Incapacidad Parcial y Permanente.

Coberturas Adicionales:

Cuando expresamente se indique en la carátula de la póliza, se podrán otorgar los siguientes amparos adicionales:

***Enfermedades graves.** En caso que te sea diagnosticada por primera vez, durante la vigencia de este seguro, alguna de las siguientes enfermedades o procedimientos, Colmena Seguros De Vida S.A. pagará los beneficiarios según corresponda, la suma indicada en la carátula de la póliza:

- Cáncer
- Evento cerebro vascular
- Insuficiencia renal
- Infarto al miocardio
- Intervención quirúrgica de las arterias coronarias y angioplastia.

***Beneficios por hospitalización:** Si eres hospitalizado como consecuencia de una enfermedad o de un accidente no preexistentes, Colmena Seguros De Vida S.A. pagará según el número de días continuos que permanezcas hospitalizado, las cuotas de tu crédito que se indican a continuación:

Número de días continuos de hospitalización	Número de Cuotas
11 a 30 días	1 Cuota
31 a 60 días	2 Cuotas
61 a 90 días	3 Cuotas
91 a 120 días	4 Cuotas
121 a 150 días	5 Cuotas
151 a 180 días	6 Cuotas

Esta cobertura operará máximo una vez por año calendario y el valor de las cuotas será pagado al Banco Caja Social.

Exclusiones

Para todas las coberturas:

Ninguna de las coberturas del seguro cubre los eventos que sean consecuencia de:

- Patologías o enfermedades, físicas o mentales, congénitas o adquiridas que sean preexistentes, es decir, que hayan sido diagnosticadas o conocidas por el asegurado, o por la cual se haya recibido tratamiento, y no hayan sido declaradas por el asegurado con anterioridad al inicio de vigencia del seguro.
- El ejercicio de actividades ilícitas por parte del asegurado.
- Si mueres como consecuencia de guerra civil y/o internacional

Para la cobertura de enfermedades graves:

- No se cubren tumores, cáncer de la piel, seno, matriz, cáncer in situ o no invasivos en cualquier órgano.
- No se cubren las isquemias cerebrales transitorias, los eventos cerebro vasculares derivados por el consumo de drogas tóxicas, heroicas o alucinógenas, y ni ningún tipo lesión ocurrida por trauma cráneo encefálico.

Para la cobertura de beneficio por hospitalización:

- No se cubre la hospitalización consecuencia de una cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesaria porque es consecuencia de un accidente ocurrido en la vigencia del seguro.
- No se cubre la hospitalización se presenta con ocasión a un embarazo, parto o aborto o las complicaciones que surjan de ellos.

¿Cuál es el valor asegurado de cada cobertura?

El valor asegurado dependerá del tipo de crédito, así:

Tipo de crédito	Cobertura y valor asegurado			
	Muerte por cualquier	Incapacidad Total y Permanente (ITP)	Enfermedades Graves	Beneficios por Hospitalización
Consumo, Comercial, Microcrédito	Valor inicial del desembolso del crédito.	Valor inicial del desembolso del crédito.	10% del valor de la deuda, mínimo \$1.000.000, máximo \$5.000.000.	El número de cuotas, según el número de días continuos que permanezcas
Vivienda	Saldo insoluto de la deuda a la fecha de fallecimiento del asegurado.	Saldo insoluto de la deuda a la fecha en que Colmena Seguros De Vida S.A. notifique al Banco Caja Social la aceptación de la declaración.	No se otorga la cobertura.	No se otorga la cobertura
Libranzas	Valor inicial del desembolso del crédito.	Valor inicial del desembolso del crédito.	No se otorga la cobertura.	No se otorga la cobertura
Rotativo	Saldo insoluto de la deuda a la fecha de fallecimiento.	Saldo insoluto de la deuda a la fecha en que Colmena Seguros De Vida S.A. notifique al Banco Caja Social la aceptación de la declaratoria de ITP.	No se otorga la cobertura.	No se otorga la cobertura

Por saldo insoluto de la deuda se entiende el capital no pagado más los intereses corrientes calculados a la fecha de fallecimiento o a la fecha de aceptación de la ITP por parte de Colmena Seguros De Vida S.A. a la tasa pactada para el respectivo crédito. En el evento de mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y las primas del seguro de vida individual no canceladas por el deudor.

Para los créditos en los cuales el valor asegurado es el saldo insoluto de la deuda no habrá lugar a pago de remanente.

Beneficiarios

En caso de siniestro, el valor asegurado será pagado en estricto orden, primero a:

a. Oneroso: El Banco Caja Social hasta el saldo insoluto de la deuda.

b. Gratuito: Si después de pagar al Banco Caja Social, existe un remanente, entonces ese valor se pagará a los beneficiarios designados por el asegurado o a los beneficiarios legales cuando no exista designación.

Cálculo de la prima:

Si el valor asegurado corresponde al saldo insoluto de la deuda, la prima se calculará aplicando al saldo insoluto de la deuda la tasa correspondiente al género y la edad alcanzada, de acuerdo a las coberturas concedidas o el plan seleccionado. Esto quiere decir que el valor sobre el cual se liquida la prima será variable durante la existencia del crédito.

Si el valor asegurado corresponde al valor inicial del crédito (desembolso), es decir que el valor asegurado es constante durante toda la vigencia de la póliza, la prima se calculará aplicando al valor asegurado la tasa correspondiente al género y la edad que resulte de: sumar a la edad alcanzada al momento de suscribir la póliza, la mitad del tiempo en años del plazo del crédito.

Para los créditos rotativos la prima mensual se calculará aplicando la tasa correspondiente sobre el saldo promedio de la deuda del mes facturado.

¿Cuáles son las edades de ingreso y permanencia?

La edad mínima de ingreso a la póliza es 18 años. Las edades máxima de ingreso y permanencia dependen de la cobertura:

Cobertura	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de permanencia
Muerte por cualquier causa	75 años + 364 días	Hasta cancelación de la deuda
Incapacidad Total y Permanente- Enfermedades Graves- Beneficios por hospitalización	69 años + 364 días	70 años + 364 días

* Para el caso de la línea de crédito de Libranzas la edad de ingreso será hasta los 79 años, 11 meses y 29 días, con permanencia hasta los 84 años, 11 meses y 29 días.

Inicio de la cobertura

La cobertura de la póliza iniciará para los créditos nuevos desde la fecha de desembolso del crédito y para los créditos en curso desde la fecha de aceptación del riesgo por parte de Colmena Seguros De Vida S.A.

¿Por cuales causas termina el seguro?

- a. Por mora en el pago de la prima vencido del plazo otorgado para tal fin.
 - b. Por solicitud del Tomador/Asegurado mediante aviso escrito a Colmena Seguros De Vida S.A. y siempre que sea autorizado por el Banco Caja Social.
 - c. Cuando la obligación crediticia se extinga íntegramente.
 - d. Por el fallecimiento del asegurado.
 - e. Por pago de la suma asegurada en el amparo de incapacidad total y permanente.
 - f. Por el pago de la suma asegurada en el seguro conjunto.
- Salvo el amparo de Muerte por cualquier causa e ITP, los demás amparos podrán ser revocados unilateralmente por Colmena Seguros De Vida S.A. mediante el envío de una comunicación escrita dirigida al asegurado con por lo menos diez (10) días hábiles de antelación a la terminación efectiva de la cobertura.

Requisitos de asegurabilidad

Créditos de Vivienda

En las siguientes tablas encontraras los requisitos de asegurabilidad establecidos por Colmena Seguros De Vida S.A. de acuerdo a tu edad y el monto solicitado del crédito.

Rango de edad	Entre Y	Menor o igual a \$66.000.000	\$66.000.001 - \$160.000.000	\$160.000.001 - \$231.000.000	\$231.000.001 - \$332.000.000	\$332.000.001 - \$400.000.000	\$400.000.001 - \$535.000.000	\$535.000.001 - \$800.000.000	\$800.000.001 - \$840.000.000
18 - 54	PERFIL 1	PERFIL 1	PERFIL 1	PERFIL 1	PERFIL 1	PERFIL 1	PERFIL 1	PERFIL 3	PERFIL 4
55 - 59	PERFIL 1	PERFIL 2	PERFIL 2	PERFIL 2	PERFIL 2	PERFIL 3	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4
60 - 75	PERFIL 1	PERFIL 2	PERFIL 3	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4

Créditos de libranzas, consumo, comercial y microcrédito:

*Los pensionados por invalidez: Ingresarán a la póliza sin la cobertura de Incapacidad Total y Permanente.

*Dado que la edad de ingreso en este tipo de crédito es superior a 75 años, en esos casos se aplicarán los mismos requisitos establecidos para los perfiles de riesgo del rango 60-75 años.

RANGO DE EDAD	ENTRE Y	Menor o igual a \$ 20.000.000	\$ 20.000.001 - \$ 50.000.000	\$ 50.000.001 - \$125.000.000	\$125.000.001 - \$180.000.000	\$180.000.001 - \$246.000.000	\$246.000.001 - \$310.000.000	\$310.000.001 - \$420.000.000	\$420.000.001 - \$600.000.000	\$600.000.001 - \$800.000.000
18-54	PERFIL 1	PERFIL 1	PERFIL 1	PERFIL 2	PERFIL 2	PERFIL 2	PERFIL 2	PERFIL 2	PERFIL 3	PERFIL 4
55-59	PERFIL 1	PERFIL 1	PERFIL 2	PERFIL 2	PERFIL 2	PERFIL 3	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4
60-75	PERFIL 1	PERFIL 1	PERFIL 2	PERFIL 3	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4
76-80	PERFIL 1	PERFIL 2	PERFIL 2	PERFIL 3	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4

TABLA DE REQUISITOS MÉDICOS	
DESCRIPCIÓN DE LOS REQUISITOS / PERFILES	
Perfil 1	Diligenciamiento de declaración de asegurabilidad
Perfil 2	Diligenciamiento de declaración de asegurabilidad + EXAMEN MÉDICO GENERAL
Perfil 3	Diligenciamiento de declaración de asegurabilidad + EXAMEN MÉDICO GENERAL + ANALISIS DE ORINA + ELECTROCARDIOGRAMA
Perfil 4	Diligenciamiento de declaración de asegurabilidad + EXAMEN MÉDICO GENERAL + ANALISIS DE ORINA + ELECTROCARDIOGRAMA + QUIMICA SANGUINEA (GLUCEMIA, COLESTEROL, HDL, LIPOPROTEINAS DE ALTA DENSIDAD) TRIGLICERIDOS, CREATININA Y V.I.H.
Perfil 5	Diligenciamiento de declaración de asegurabilidad + EXAMENES ESPECIALES SOLICITADOS POR MÉDICO CALIFICADOR

Créditos rotativos:

Para el caso de los créditos rotativos, no se aplicarán los requisitos de asegurabilidad descritos en el numeral anterior.

No se te aplicarán extra primas de riesgo por ocupación o actividad.

Los criterios anteriormente enunciados se realizan en función al monto del crédito y la edad del solicitante, excepto que indiques no gozar de buena salud en la declaración de asegurabilidad, motivo por el cual se te solicitará la realización de un examen médico y aquellos exámenes adicionales que Colmena Seguros De Vida S.A. estime convenientes para la adecuada evaluación del riesgo.

Después de dicha evaluación se te informará por escrito sobre la aceptación o rechazo del seguro a más tardar cinco (5) días hábiles después de que se te practiquen los exámenes médicos y de laboratorio ordenados.

Plazo de respuesta a las reclamaciones

La Compañía tendrá un plazo máximo de 10 días hábiles para dar respuesta a las reclamaciones por siniestros.

3. DOCUMENTOS SUGERIDOS PARA EL TRÁMITE DE UNA RECLAMACIÓN

A ti o a tu beneficiario le corresponderá demostrar la ocurrencia del siniestro. Se sugiere que en caso de presentarse un siniestro que afecte alguno de los amparos otorgados 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:

- A. Muerte por cualquier causa
- B. Incapacidad Total y Permanente
- C. Enfermedades Graves
- D. Beneficios por hospitalización

Documentos sugeridos	A	B	C	D
Formato Solicitud de Indemnización, el cual podrá ser descargado de la página www.colmenaseguros.com/seguros-personas/ en la sección trámites.	*	*	*	*
Copia del documento de identificación del asegurado y los beneficiarios.	*			
Copia del registro civil de defunción.	*			
Copia del registro civil de nacimiento del asegurado y los beneficiarios.	*			
Historia clínica completa, donde conste la causa y fecha del diagnóstico que generó la muerte	*			
Tratándose de muerte accidental u homicidio se deben adjuntar los documentos legales idóneos que determinen que la persona fallecida fue plenamente identificada, y las circunstancias de tiempo, modo y lugar.	*			
Certificación del saldo insoluto de la deuda expedida por la entidad financiera, discriminando los diferentes conceptos que hacen parte de la liquidación (saldo de capital a la fecha del siniestro, intereses corrientes, intereses de mora, primas de seguro de vida)	*	*	*	
Copia de la historia clínica completa del asegurado o informe del médico tratante sobre el estado de salud con la fecha y causa de la incapacidad, y/o de la hospitalización.		*	*	*
Copia del dictamen de pérdida de la capacidad laboral en firme, emitido por una junta de calificación de invalidez, regional o nacional, o por las entidades competentes del Sistema de Seguridad Social.		*		
Certificado de hospitalización donde se incluya la fecha de ingreso y de salida.				*
Certificación de la entidad financiera sobre el valor de la cuota mensual del crédito.				*
Informe del médico tratante con fecha del diagnóstico de la enfermedad.			*	
Los demás documentos que colmena considere sirvan como soporte para agilizar la definición de reclamación.	*	*	*	*

En caso de reclamación los documentos podrán ser remitidos mediante carta dirigida al Banco Caja Social en cualquier sucursal a nivel nacional.

Para mayor información comuníquese con nuestra Línea Efectiva de en:

Colmena Seguros De Vida S.A.
Bogotá 601 4010447. Medellín 604 4441246, Cali 602 4036400, Barranquilla 605 3537559 o a nivel nacional al: 018000919667



SOLICITUD / CARÁTULA PÓLIZA SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL PARA DEUDORES DEL BANCO CAJA SOCIAL

N° Consecutivo
0000000

IMPORTANTE: La siguiente información corresponde a datos sensibles los cuales no se encuentran obligado a proporcionar, pero que serán importantes al momento de analizar el riesgo que asume Colmena Seguros De Vida S.A. y tomar una decisión sobre su aceptación. Dicha información será utilizada con la única finalidad de conocer el estado del riesgo dentro del proceso de suscripción del contrato de seguro. Conteste todas las preguntas sinceramente, ya que la inexactitud produce la anulación del seguro de vida. Si usted no es de buena salud, lo remitiremos a los exámenes médicos exigidos por Colmena Seguros De Vida S.A. para determinar otras condiciones especiales de su seguro de vida.

COBERTURAS APLICABLES DE ACUERDO A CADA TIPO DE CRÉDITO:

1. **Vivienda:** Muerte por cualquier causa, Incapacidad total y permanente
2. **Consumo, comercial, microcrédito, vehículo:** Muerte por cualquier causa, Incapacidad Total y Permanente, Enfermedades Graves y Beneficios por hospitalización.
3. **Rotativo y Libranzas:** Muerte por cualquier causa e Incapacidad Total y Permanente

IMPORTANTE: El otorgamiento de estas coberturas podrá limitarse de acuerdo con las condiciones de salud del Tomador.

TOMADOR/ASEGURADO: El Tomador actúa por cuenta propia

BENEFICIARIO ONEROSO: BANCO CAJA SOCIAL **NIT:** 860.007.335-4

TIPO DE PÓLIZA: Individual **TIPO DE DEUDOR:** Deudor Principal ☐ Deudor Solidario ☐ **TIPO DE CRÉDITO:** Consumo ☐ Microcrédito ☐ Comercial ☐ Vivienda ☐ Rotativo ☐ Libranzas ☐ Vehículos ☐ Otros ☐ ¿Cuál?

ASEGURADORA
COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A.

DATOS DEL ASEGURADO (Para ser diligenciado únicamente por el Asegurado)

Nombres y Apellidos: C.C o C.E. Fecha de expedición
Dirección Domicilio: Ciudad: Celular: Fecha de nacimiento
Ocupación / Actividad Específica: (No utilice genéricos como empleado o comerciante) Peso: Estatura: Valor del Crédito Solicitado:

Valor asegurado: El valor asegurado corresponderá al saldo insoluto del crédito o al valor del desembolso según el tipo de crédito.

BENEFICIARIOS A TÍTULO GRATUITO DEL ASEGURADO (Únicamente para créditos cuyo valor asegurado sea el desembolso inicial del crédito)

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN
1.		
2.		
3.		
4.		
100%		

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (Para ser diligenciado únicamente por el Asegurado)

MARQUE CON UNA "SI" O "NO", SEGUN CORRESPONDA

	SI	NO
¿Es pensionado por invalidez?		
¿Le han diagnosticado o ha recibido algún tratamiento o cirugía, le han practicado exámenes o pruebas de diagnóstico o tiene conocimiento de padecer o haber padecido cualquiera de las siguientes enfermedades o condiciones de salud?		
1. ¿Le han detectado la presencia de anticuerpos contra el virus VIH positivo o le han diagnosticado con SIDA?		
2. ¿Ha sufrido de algún accidente o evento violento, o tiene algún tipo de incapacidad o limitación física o mental?		
3. ¿Está tomando medicamentos o está bajo algún tipo de estudio o tratamiento por síntomas, manifestaciones, o molestias o cirugías pendientes?		
4. ¿Consumo bebidas alcohólicas más de tres veces por semana o en exceso consume sustancias psicoactivas?		
5. ¿Padece o ha padecido enfermedades de tipo congénito, neurológico, cardiovascular, o enfermedad como hipertensión arterial, infarto o enfermedades de las arterias coronarias, cáncer, leucemia, linfomas, diabetes, asma, trombosis, derrames o eventos cerebrovasculares, anemia, enfisema pulmonar EPOC, artritis reumatoidea, cirrosis, insuficiencia renal, epilepsia, tumores, trastornos inmunológicos o reumatológicos, lupus, enfermedades mentales, le han hecho tratamiento quirúrgico por obesidad?		
6. ¿Ha padecido o padece de cualquier otra enfermedad o lesión que no se haya mencionado?		
7. Sírvase proporcionar la siguiente información de las respuestas afirmativas		
a. Nombre de la enfermedad o padecimiento:	b. Fecha de diagnóstico: DD/MM/AAAA	
c. Tratamientos médicos o cirugías realizadas:	d. Secuelas o complicaciones:	
e. Estado actual de la enfermedad o padecimiento:	f. Tratamiento actual de la enfermedad o padecimiento:	
g. Observaciones o comentarios adicionales:		
8. (SOLO PARA MUJERES)		
¿Se encuentra en estado de embarazo?		
De ser así por favor informe: Cuántos meses: Complicaciones:		
Cuántos embarazos anteriores: Cesáreas: Abortos: Ha tenido enfermedades o tumores de: Útero: Senos: Ovarios:		

INFORMACIÓN FINANCIERA

ACTIVOS	INGRESOS MENSUALES	OTROS INGRESOS	CONCEPTO OTROS INGRESOS
\$	\$	\$	
PASIVOS	EGRESOS MENSUALES	1. ¿Ha reclamado por siniestro anteriormente a esta Compañía?	SI ☐ NO ☐
\$	\$	2. ¿Ha presentado reclamaciones por siniestro a otra Compañía de Seguros Vida?	SI ☐ NO ☐

Si la respuesta a las preguntas 1 o 2 es afirmativa, detalle el año, la Compañía, el ramo y el valor del reclamo:

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado por la Superintendencia Financiera, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, la Ley 190 de 1995, Ley 1474 de 2011 o cualquier norma que las modifique, amplíe, sustituya y demás normas legales que regulen la prevención del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo para el sector asegurador.

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (DEBE DETALLAR OCUPACIÓN, OFICIO, ACTIVIDAD, NEGOCIO, ETC.)
2. Declaro que mis recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.
3. Autorizo a Colmena Seguros De Vida S.A. para tomar las medidas correspondientes, en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a la entidad crediticia de toda responsabilidad que se derive de ello.
4. Me obligo con Colmena Seguros De Vida S.A. a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario, para lo cual me comprometo a reportar por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tenga dispuestos Colmena Seguros De Vida S.A.

AUTORIZACIONES Y OTRAS DECLARACIONES DE LOS ASEGURADOS

1. Colmena Seguros De Vida S.A., se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento o invalidez, se compruebe que esta declaración no corresponde a mi verdadero estado de salud en el momento de aceptarse el seguro. (Artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio)
2. Autorización Historia Clínica: Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo expresamente a Colmena Seguros De Vida S.A. a que, aún después de mi fallecimiento, verifique y pida ante cualquier médico, odontólogo o cualquier institución hospitalaria, la información y/o copia de mi historia clínica y/o carta dental.
3. Autorizo a Colmena Seguros De Vida S.A. para incluir, consultar, reportar y procesar, a partir de la fecha de expedición de esta solicitud y durante la vigencia de este seguro en cualquier momento, la información allí contenida y/o de cualquier relación comercial con esta aseguradora al ente regulador vigente o a cualquier central de información o base de datos, u otras aseguradoras del sector.
4. Para resolver inquietudes acerca del seguro, del tratamiento de sus datos personales favor comunicarse con la línea de atención al cliente de Colmena Seguros De Vida S.A. a los números en: Bogotá (601) 4010447; Medellín (604) 4441246; Cali (602) 4036400; Barranquilla (605) 3537559 y a nivel nacional al 01 8000 919 667. Defensor del Consumidor Financiero: defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en www.colmenaseguros.com. En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando de forma periódica nuestra página web: www.colmenaseguros.com, ingresando a los enlaces Servicio al Cliente/Protección al Consumidor y Servicio al Cliente/Protección de Datos.
5. ART. 1152 Código de Comercio. El no pago de las primas dentro del mes siguiente a la fecha de cada vencimiento, producirá la terminación del contrato.
6. Para las condiciones generales de la presente póliza visite www.colmenaseguros.com y al respaldo de esta solicitud encontrará un extracto de las mismas.
- AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**
- En mi calidad de titular de mi información personal autorizo de manera expresa y previa a Colmena Seguros De Vida S.A. Compañía de Seguros de Vida identificada con el NIT 901528731-1, ubicada en la Calle 7 No. 10-71 Piso 6, con Teléfono (601) 5141592 y a sus cesionarios o a quien represente u ostente sus derechos, para que directamente o a través de terceros, realicen el siguiente tratamiento sobre mi información personal, a través de medios físicos o digitales o electrónicos.
- AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DATOS SENSIBLES**
- Autorizo que mi huella digital sea capturada por la Aseguradora, mis datos morfológicos (los obtenidos de fotografías, grabaciones de video o captura de iris, entre otros) así como datos de salud se recolecten, almacenen, usen, circulen, supriman y, en general, se usen en procesos de identificación de condiciones de asegurabilidad para brindar coberturas del seguro, para garantizar la seguridad en sus instalaciones, y prevenir el fraude o suplantación.
- Declaro que me he informado de manera adecuada y suficiente sobre las finalidades con las cuales tratarán este dato sensible, y conozco que no me encuentro obligado a autorizar su tratamiento. Sin embargo, entiendo que estos usos buscan dar más seguridad a mis datos en el desarrollo de mi relación contractual y lo encuentro o razonable.
- AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO OTROS DATOS PERSONALES**
- Autorizo a Colmena Seguros De Vida S.A. (Responsable), a quien represente sus derechos y a quien llegue a actuar como cesionario de los mismos, de forma previa, expresa, inequívoca e irrevocable, a tratar mi información personal, o la de mi representado, mientras se encuentren vigentes las siguientes finalidades:
- FINALIDADES ESENCIALES**
1. Para cumplir con los derechos y exigir las obligaciones de la relación contractual existente, directamente o a través de terceros contratados por la Aseguradora para ejercer labores propias de su objeto social (Encargados) (Ej: la administración del seguro para envío de pólizas, información sobre el seguro adquirido, intermediarios y reaseguradores, actividades de cobranza, entrega de correspondencia, procesos operativos o de riesgos, proveedores de tecnología entre otros). Colmena Seguros De Vida S.A. implementará medidas de seguridad destinadas a proteger la identidad del titular.
2. Para solicitarle directamente, o verificar con los Operadores de Información o las Agencias de Información Comercial, nacionales o del exterior, toda la información relacionada con mi comportamiento financiero, comercial y crediticio, y el cumplimiento de mis obligaciones crediticias y la proveniente de terceros países, incluyendo información relacionada con los aportes realizados al Sistema de Seguridad Social. También para consultarla, confirmarla, reportarla, analizarla, actualizarla, conservarla y retirarla.
3. Para transferirla a Autoridades nacionales o internacionales en cumplimiento de las normas, referidas a la prevención de actividades ilícitas y al intercambio o suministro de información para efectos tributarios.
4. Para actualizar, conservar, procesar, recopilar y utilizar mi información personal, y/o la documentación entregada en virtud de la relación contractual.
5. Para que me brinden asesoría o asistencia para administrar los productos y servicios de la entidad.
6. Para enviarme a la dirección de correo electrónico y demás datos de contacto que registre, las comunicaciones y reportes de tipo legal y comercial que se requieran.
7. Para compartir mis datos de contacto y de titularidad de productos financieros con las entidades que forman parte del la Organización liderada por Fundación Grupo Social a la que Colmena Seguros De Vida S.A. pertenece, para ofrecer sus productos y servicios que son complementarios a los ofrecidos por la Aseguradora. Las empresas que conforman el Organización liderada por Fundación Grupo Social se encuentran publicadas en el aviso de privacidad que podrá consultar en la página web de la Entidad: <https://www.colmenaseguros.com/servicio-cliente/Paginas/Proteccion-de-datos.aspx>.
- FINALIDADES NO ESENCIALES**
- Autorizo para que mi información personal sea compartida con aliados de la Aseguradora para las siguientes finalidades:
1. Para realizar estudios sobre mis gustos, hábitos e intereses. SI ☐ NO ☐
2. Para el ofrecimiento de bienes, productos o servicios financieros complementarios a los adquiridos con la Aseguradora. SI ☐ NO ☐
3. Para el ofrecimiento de bienes, productos y servicios que puedan ser de mi interés mediante la realización de campañas comerciales o el desarrollo de convenios de marca compartida. SI ☐ NO ☐
- Con la firma de la presente autorización declaro que me fueron informados los aliados y terceros con quienes se compartirá la información para cada una de las anteriores finalidades y que se me informó de manera clara que los podrá consultar en la página web www.colmenaseguros.com y que dicha información se actualizará cada vez que surjan cambios en los aliados y terceros.
- CON LA FIRMA DE LA PRESENTE AUTORIZACIÓN DECLARO QUE HE SIDO INFORMADO QUE:**
1. Esta autorización permanecerá vigente, hasta tanto sea revocada y podrá ser revocada en los eventos previstos en la ley, y siempre y cuando no exista ningún tipo de relación con la Aseguradora o no se encuentre vigente algún producto o servicio derivado de esta autorización.
2. Me asisten los derechos a consultar, actualizar, rectificar y suprimir o revocar el consentimiento, esto último cuando no medie un deber legal o contractual que lo impida.
3. Que los canales dispuestos por Colmena Seguros De Vida S.A. para ello son los establecidos en el aviso de privacidad que podrá consultar en <https://www.colmenaseguros.com/servicio-cliente/Paginas/Proteccion-de-datos.aspx>.
4. Que a través de dichos canales podrá revocar el consentimiento otorgado respecto las "Finalidades no esenciales".
5. 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. el enlace <http://www.colmenaseguros.com/protecciondedatos/politicadedatospersonales>.
6. Que usted podrá consultar el listado de los contratistas que la Entidad ha dispuesto para ejercer las labores propias de su objeto social en la página web la Entidad.

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La vigencia de esta póliza y por ende su cobertura, iniciará desde la fecha de desembolso del crédito observando lo dispuesto en la póliza en cuanto a "inicio de la cobertura", citada al respaldo de este certificado. La póliza estará vigente por toda la duración del crédito mientras el asegurado efectúe el pago de la prima y el seguro se renovará de manera automática por los períodos iguales a los inicialmente contratados.

PRIMA DEL SEGURO

El valor mensual de la prima se encuentra incluido en la cuota de crédito que cobra el Banco Caja Social, y esta corresponde, para créditos de vivienda a aplicar la tasa al valor asegurado por género y edad alcanzada. Para créditos de Consumo se aplicará la tasa al valor del desembolso por edad alcanzada y género según lo establecido en las condiciones de la póliza, citadas al respaldo de este certificado. Para otras modalidades de crédito diferentes a vivienda y consumo, vehículo, comercial y microcrédito el valor mensual de la prima resultará de aplicar la tasa al valor asegurado.

Este documento es una solicitud de seguro, por lo tanto su validez como póliza de seguro requiere de la aceptación de Colmena Seguros De Vida S.A. Se entenderá aceptado el riesgo en las condiciones declaradas por el solicitante cuando se desembolse el crédito excepto que se haya aceptado en condiciones especiales o se haya rechazado por parte de Colmena Seguros De Vida S.A., caso en el cual Colmena Seguros De Vida S.A. informará de manera formal por escrito.

HUELLA DACTILAR

EXTRACTO DE CONDICIONES

ADVERTENCIA: EL BANCO CAJA SOCIAL ACTÚA BAJO LA EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DE RIESGOS LABORALES, COLMENA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA Y POR LO TANTO NO ASUME NINGUNA OBLIGACIÓN FRENTE AL CLIENTE, RELACIONADA CON LA EJECUCIÓN DEL NEGOCIO QUE DA ORIGEN A ESTA TRANSACCIÓN.

Este documento es un extracto de las condiciones generales de la póliza de seguro de Vida Individual para Deudores del Banco Caja Social REG 01/10/2023-1432-P-37-37228_V2_10/2023-DR00 Referencia a Nota Técnica 01/10/2023-1432-P-37-37228_V2_10/2023-DR00

A través del presente documento se resaltan algunos aspectos importantes de la póliza y bajo ninguna circunstancia reemplaza al contrato de seguro y sus condiciones. Recuerda consultar las condiciones generales de esta póliza, las cuales te fueron entregadas en la emisión del primer cobro de la cuota mensual del crédito. También podrás consultar las condiciones generales de este seguro en: www.colmenaseguros.com/seguros-personas/vida-grupo o puedes solicitar una copia directamente.

I. COBERTURAS APLICABLES DE ACUERDO AL PLAN OTORGADO

De acuerdo a tu estado de salud y el tipo de crédito, Colmena Seguros De Vida S.A. podrá otorgarte las coberturas indicadas en cada uno de los siguientes planes:

COBERTURAS APLICABLES DE ACUERDO A CADA PLAN				
Coberturas Planes	Muerte por cualquier causa	Incapacidad Total y Permanente	Beneficios por hospitalización	Enfermedades Graves
Plan 1 - Completo	*	*	*	*
Plan 2 - Básico	*	*		
Plan 3 - Vida	*			

2. CONDICIONES DEL SEGURO APLICABLES DE ACUERDO AL PLAN OTORGADO

¿Qué cubre este seguro?

Coberturas básicas:

***Muerte por cualquier causa.** Si mueres dentro la vigencia de la póliza por causa natural no preexistente o accidental, o preexistente declarada y aceptada por Colmena Seguros De Vida S.A. Colmena Seguros De Vida S.A. pagará la suma de dinero indicada en la carátula de la póliza.

Para determinar la cobertura del amparo, se entenderá la fecha del fallecimiento como la fecha del siniestro. *** Incapacidad Total y Permanente (ITP).** En caso de que sufras una incapacidad total y permanente que se estructure dentro de la vigencia del seguro, Colmena Seguros De Vida S.A. pagará la suma de dinero indicada en la carátula de la póliza.

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.

Las personas que hacen parte de regímenes especiales del Sistema de Seguridad Social Integral también deberán demostrar que su pérdida de capacidad laboral es total y la fecha de estructuración de su incapacidad está dentro del dictamen que determinó la invalidez.

La fecha de estructuración de la invalidez es la fecha del siniestro.

Colmena Seguros De Vida S.A. paga la cobertura de incapacidad total y permanente, el seguro terminará y no podrás reclamar otros amparos. Colmena Seguros De Vida S.A. no cubre la Incapacidad Parcial y Permanente.

Coberturas Adicionales:

Cuando expresamente se indique en la carátula de la póliza, se podrán otorgar los siguientes amparos adicionales:

***Enfermedades graves.** En caso que te sea diagnosticada por primera vez, durante la vigencia de este seguro, alguna de las siguientes enfermedades o procedimientos, Colmena Seguros De Vida S.A. pagará los beneficiarios según corresponda, la suma indicada en la carátula de la póliza:

- Cáncer
- Evento cerebro vascular
- Insuficiencia renal
- Infarto al miocardio
- Intervención quirúrgica de las arterias coronarias y angioplastia.

***Beneficios por hospitalización:** Si eres hospitalizado como consecuencia de una enfermedad o de un accidente no preexistentes, Colmena Seguros De Vida S.A. pagará según el número de días continuos que permanezcas hospitalizado, las cuotas de tu crédito que se indican a continuación:

Número de días continuos de hospitalización	Número de Cuotas
11 a 30 días	1 Cuota
31 a 60 días	2 Cuotas
61 a 90 días	3 Cuotas
91 a 120 días	4 Cuotas
121 a 150 días	5 Cuotas
151 a 180 días	6 Cuotas

Esta cobertura operará máximo una vez por año calendario y el valor de las cuotas será pagado al Banco Caja Social.

Exclusiones

Para todas las coberturas:

Ninguna de las coberturas del seguro cubre los eventos que sean consecuencia de:

- Patologías o enfermedades, físicas o mentales, congénitas o adquiridas que sean preexistentes, es decir, que hayan sido diagnosticadas o conocidas por el asegurado, o por la cual se haya recibido tratamiento, y no hayan sido declaradas por el asegurado con anterioridad al inicio de vigencia del seguro.
- El ejercicio de actividades ilícitas por parte del asegurado.
- Si mueres como consecuencia de guerra civil y/o internacional

Para la cobertura de enfermedades graves:

- No se cubren tumores, cáncer de la piel, seno, matriz, cáncer in situ o no invasivos en cualquier órgano.
- No se cubren las Isquemias cerebrales transitorias, los eventos cerebro vasculares derivados por el consumo de drogas tóxicas, heroicas o alucinógenas, y ni ningún tipo lesión ocurrida por trauma craneo encefálico.

Para la cobertura de beneficio por hospitalización:

- No se cubre la hospitalización consecuencia de una cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesaria porque es consecuencia de un accidente ocurrido en la vigencia del seguro.
- No se cubre la hospitalización se presenta con ocasión a un embarazo, parto o aborto o las complicaciones que surjan de ellos.

¿Cuál es el valor asegurado de cada crédito?

El valor asegurado dependerá del tipo de crédito, así:

Tipo de crédito	Cobertura y valor asegurado			
	Muerte por cualquier	Incapacidad Total y Permanente (ITP)	Enfermedades Graves	Beneficios por Hospitalización
Consumo, Comercial, Microcrédito	Valor inicial del desembolso del crédito.	Valor inicial del desembolso del crédito.	10% del valor de la deuda, mínimo \$1.000.000, máximo \$5.000.000.	El número de cuotas, según el número de días continuos que permanezcas
Vivienda	Saldo insoluto de la deuda a la fecha de fallecimiento del asegurado.	Saldo insoluto de la deuda a la fecha en que Colmena Seguros De Vida S.A. notifique al Banco Caja Social la aceptación de la declaración.	No se otorga la cobertura.	No se otorga la cobertura
Libranzas	Valor inicial del desembolso del crédito.	Valor inicial del desembolso del crédito.	No se otorga la cobertura.	No se otorga la cobertura
Rotativo	Saldo insoluto de la deuda a la fecha de fallecimiento.	Saldo insoluto de la deuda a la fecha en que Colmena Seguros De Vida S.A. notifique al Banco Caja Social la aceptación de la declaratoria de ITP.	No se otorga la cobertura.	No se otorga la cobertura

Por saldo insoluto de la deuda se entiende el capital no pagado más los intereses corrientes calculados a la fecha de fallecimiento o a la fecha de aceptación de la ITP por parte de Colmena Seguros De Vida S.A. a la tasa pactada para el respectivo crédito. En el evento de mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y las primas del seguro de vida individual no canceladas por el deudor.

Para los créditos en los cuales el valor asegurado es el saldo insoluto de la deuda no habrá lugar a pago de remanente.

Beneficiarios

En caso de siniestro, el valor asegurado será pagado en estricto orden, primero a:

a. Oneroso: El Banco Caja Social hasta el saldo insoluto de la deuda.

b. Gratuito: Si después de pagar al Banco Caja Social, existe un remanente, entonces ese valor se pagará a los beneficiarios designados por el asegurado o a los beneficiarios legales cuando no exista designación.

Cálculo de la prima:

Si el valor asegurado corresponde al saldo insoluto de la deuda, la prima se calculará aplicando al saldo insoluto de la deuda la tasa correspondiente al género y la edad alcanzada, de acuerdo a las coberturas concedidas o el plan seleccionado. Esto quiere decir que el valor sobre el cual se liquida la prima será variable durante la existencia del crédito.

Si el valor asegurado corresponde al valor inicial del crédito (desembolso), es decir que el valor asegurado es constante durante toda la vigencia de la póliza, la prima se calculará aplicando al valor asegurado la tasa correspondiente al género y la edad que resulte de: sumar a la edad alcanzada al momento de suscribir la póliza, la mitad del tiempo en años del plazo del crédito.

Para los créditos rotativos la prima mensual se calculará aplicando la tasa correspondiente sobre el saldo promedio de la deuda del mes facturado.

¿Cuáles son las edades de ingreso y permanencia?

La edad mínima de ingreso a la póliza es 18 años. Las edades máxima de ingreso y permanencia dependen de la cobertura:

Cobertura	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de permanencia
Muerte por cualquier causa	75 años + 364 días	Hasta cancelación de la deuda
Incapacidad Total y Permanente- Enfermedades Graves- Beneficios por hospitalización	69 años + 364 días	70 años + 364 días

* Para el caso de la línea de crédito de Libranzas la edad de ingreso será hasta los 79 años, 11 meses y 29 días, con permanencia hasta los 84 años, 11 meses y 29 días.

Inicio de la cobertura

La cobertura de la póliza iniciará para los créditos nuevos desde la fecha de desembolso del crédito y para los créditos en curso desde la fecha de aceptación del riesgo por parte de Colmena Seguros De Vida S.A.

¿Por cuales causas termina el seguro?

- Por mora en el pago de la prima vencido del plazo otorgado para tal fin.
 - Por solicitud del Tomador/Asegurado mediante aviso escrito a Colmena Seguros De Vida S.A. y siempre que sea autorizado por el Banco Caja Social.
 - Cuando la obligación crediticia se extinga íntegramente.
 - Por el fallecimiento del asegurado.
 - Por pago de la suma asegurada en el amparo de incapacidad total y permanente.
 - Por el pago de la suma asegurada en el seguro conjunto.
- Salvo el amparo de Muerte por cualquier causa e ITP, los demás amparos podrán ser revocados unilateralmente por Colmena Seguros De Vida S.A. mediante el envío de una comunicación escrita dirigida al asegurado con por lo menos diez (10) días hábiles de antelación a la terminación efectiva de la cobertura.

Requisitos de asegurabilidad

Créditos de Vivienda

En las siguientes tablas encontraras los requisitos de asegurabilidad establecidos por Colmena Seguros De Vida S.A. de acuerdo a tu edad y el monto solicitado del crédito.

Rango de edad	Entre Y	Menor o igual a \$66.000.000	\$66.000.001 \$160.000.000	\$160.000.001 \$231.000.000	\$231.000.001 \$332.000.000	\$332.000.001 \$400.000.000	\$400.000.001 \$535.000.000	\$535.000.001 \$800.000.000	\$800.000.001 \$840.000.000
18 - 54	PERFIL 1	PERFIL 1	PERFIL 1	PERFIL 1	PERFIL 1	PERFIL 1	PERFIL 1	PERFIL 3	PERFIL 4
55 - 59	PERFIL 1	PERFIL 2	PERFIL 2	PERFIL 2	PERFIL 2	PERFIL 3	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4
60 - 75	PERFIL 1	PERFIL 2	PERFIL 3	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4

Créditos de libranzas, consumo, comercial y microcrédito:

*Los pensionados por invalidez: Ingresarán a la póliza sin la cobertura de Incapacidad Total y Permanente.

*Dado que la edad de ingreso en este tipo de crédito es superior a 75 años, en esos casos se aplicarán los mismos requisitos establecidos para los perfiles de riesgo del rango 60-75 años.

RANGO DE EDAD	ENTRE Y	Menor o igual a \$20.000.000	\$20.000.001 \$50.000.000	\$50.000.001 \$125.000.000	\$125.000.001 \$180.000.000	\$180.000.001 \$260.000.000	\$260.000.001 \$310.000.000	\$310.000.001 \$420.000.000	\$420.000.001 \$600.000.000	\$600.000.001 \$800.000.000
18-54	PERFIL 1	PERFIL 1	PERFIL 1	PERFIL 2	PERFIL 2	PERFIL 2	PERFIL 2	PERFIL 2	PERFIL 3	PERFIL 4
55-59	PERFIL 1	PERFIL 1	PERFIL 2	PERFIL 2	PERFIL 2	PERFIL 3	PERFIL 3	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4
60-75	PERFIL 1	PERFIL 1	PERFIL 2	PERFIL 3	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4
76-80	PERFIL 1	PERFIL 2	PERFIL 2	PERFIL 3	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4

TABLA DE REQUISITOS MÉDICOS

DESCRIPCIÓN DE LOS REQUISITOS / PERFILES	
Perfil 1	Diligenciamiento de declaración de asegurabilidad
Perfil 2	Diligenciamiento de declaración de asegurabilidad + EXAMEN MÉDICO GENERAL
Perfil 3	Diligenciamiento de declaración de asegurabilidad + EXAMEN MÉDICO GENERAL + ANALISIS DE ORINA + ELECTROCARDIOGRAMA
Perfil 4	Diligenciamiento de declaración de asegurabilidad + EXAMEN MÉDICO GENERAL + ANALISIS DE ORINA + ELECTROCARDIOGRAMA + QUÍMICA SANGÜINEA (GLICEMIA, COLESTEROL, HDL, LIPOPROTEÍNAS DE ALTA DENSIDAD) TRIGLICERIDOS, CREATININA Y V.I.H.
Perfil 5	Diligenciamiento de declaración de asegurabilidad + EXAMENES ESPECIALES SOLICITADOS POR MÉDICO CALIFICADOR

Créditos rotativos:

Para el caso de los créditos rotativos, no se aplicarán los requisitos de asegurabilidad descritos en el numeral anterior.

No se te aplicarán extra primas de riesgo por ocupación o actividad.

Los criterios anteriormente enunciados se realizan en función al monto del crédito y la edad del solicitante, excepto que indiques no gozar de buena salud en la declaración de asegurabilidad, motivo por el cual se te solicitará la realización de un examen médico y aquellos exámenes adicionales que Colmena Seguros De Vida S.A. estime convenientes para la adecuada evaluación del riesgo.

Después de dicha evaluación se te informará por escrito sobre la aceptación o rechazo del seguro a más tardar cinco (5) días hábiles después de que se te practiquen los exámenes médicos y de laboratorio ordenados.

Piazo de respuesta a las reclamaciones

La Compañía tendrá un plazo máximo de 10 días hábiles para dar respuesta a las reclamaciones por siniestros.

3. DOCUMENTOS SUGERIDOS PARA EL TRÁMITE DE UNA RECLAMACIÓN

A ti o a tu beneficiario le corresponderá demostrar la ocurrencia del siniestro. Se sugiere que en caso de presentarse un siniestro que afecte alguno de los amparos otorgados 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:

- Muerte por cualquier causa
- Incapacidad Total y Permanente
- Enfermedades Graves
- Beneficios por hospitalización

Documentos sugeridos	A	B	C	D
Formato Solicitud de Indemnización, el cual podrá ser descargado de la página www.colmenaseguros.com/seguros-personas/ en la sección trámites.	*	*	*	*
Copia del documento de identificación del asegurado y los beneficiarios.	*			
Copia del registro civil de defunción.	*			
Copia del registro civil de nacimiento del asegurado y los beneficiarios.	*			
Historia clínica completa, donde conste la causa y fecha del diagnóstico que generó la muerte.	*			
Trazándose de muerte accidental u homicidio se deben adjuntar los documentos legales idóneos que determinen que la persona fallecida fue plenamente identificada, y las circunstancias de tiempo, modo y lugar.	*	*	*	
Certificación del saldo insoluto de la deuda expedida por la entidad financiera, discriminando los diferentes conceptos que hacen parte de la liquidación (saldo de capital a la fecha del siniestro, intereses corrientes, intereses de mora, primas de seguro de vida)	*	*	*	
Copia de la historia clínica completa del asegurado o informe del médico tratante sobre el estado de salud con la fecha y causa de la incapacidad, y/o de la hospitalización.		*	*	*
Copia del dictamen de pérdida de la capacidad laboral en firme, emitido por una junta de calificación de invalidez, regional o nacional, o por las entidades competentes del Sistema de Seguridad Social.		*		
Certificado de hospitalización donde se incluya la fecha de ingreso y de salida.				*
Certificación de la entidad financiera sobre el valor de la cuota mensual del crédito.				*
Informe del médico tratante con fecha del diagnóstico de la enfermedad.			*	
Los demás documentos que colmena considere sirvan como soporte para agilizar la definición de reclamación.	*	*	*	*

En caso de reclamación los documentos podrán ser remitidos mediante carta dirigida al Banco Caja Social en cualquier sucursal a nivel nacional.

Para mayor información comuníquese con nuestra Línea Efectiva de en:

Colmena Seguros De Vida S.A.
Bogotá 601 4010447. Medellín 604 4441246. Cali 602 4036400.
Barranquilla 605 3537559 o a nivel nacional al: 018000919667