

SEGURO DE PROTECCIÓN DE PAGOS

11/05/2018-1327-P-24-DS-000000000003-000R

SEGUROS
COMERCIALES
BOLÍVAR



¿QUÉ ES EL SEGURO DE PROTECCIÓN DE PAGOS?

Mediante esta póliza, cualquiera de sus anexos, certificado individual, solicitud de seguro o cualquier otro documento acordado con Usted, **SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A.** en adelante **“Nosotros”** le reconoceremos al Beneficiario el pago del valor asegurado cuando Usted, nuestro asegurado; no pueda desarrollar su actividad económica y esto afecte su capacidad para pagar sus créditos, a la ocurrencia de los siguientes eventos:

Importante: Todos los plazos se expresarán en días calendario, salvo que se indique lo contrario.

1. ¿QUÉ CUBRIMOS? - AMPAROS

1.1. Si Usted es Empleado

Este seguro lo cubre si Usted **ASEGURADO** queda desempleado durante la vigencia del seguro por las siguientes causas:

- a) Pérdida Involuntaria del Empleo.
- b) La terminación del contrato por mutuo consentimiento, con acuerdo ante el Ministerio de Trabajo, donde exista el pago de una indemnización a cargo del empleador superior o igual al 50% de la contemplada por ley.
- c) La terminación del contrato término fijo por parte del empleador antes de la fecha de su vencimiento, siempre y cuando el contrato haya sido celebrado mínimo por 6 meses.
- d) La no renovación del contrato término fijo, obra o labor, temporal o un contrato en provisionalidad, siempre y cuando se demuestre una continuidad con el mismo empleador mínima de 18 meses, y que haya transcurrido un lapso que no exceda de 15 días hábiles entre el fin del contrato y el inicio de la vigencia del siguiente.
- e) La terminación anticipada del contrato temporal o el contrato por obra o labor, siempre y cuando el contrato haya sido celebrado mínimo por 6 meses.

BENEFICIARIO

Para efectos de la presente póliza el beneficiario es el BANCO DAVIVIENDA quien tendrá el carácter de beneficiario a título oneroso.

TOMADOR

Es la persona natural o jurídica a cuyo nombre se expide la Póliza para asegurar un número determinado de personas. En este contrato es el BANCO DAVIVIENDA.

EVENTOS-SINIESTRO

Es la circunstancia cubierta por la póliza que da lugar al pago de la indemnización.

EMPLEADO

Es la persona natural que tiene un contrato de trabajo por escrito en los términos que define la legislación colombiana, que desempeñe el cargo para el que fue nombrado, reciba la remuneración correspondiente y para quien las prestaciones de seguridad social estén siendo pagadas y que cuando sea a término fijo, temporal, obra o labor no sea inferior a 6 meses.

ASEGURADO

Es la persona natural que tiene la calidad de deudor en virtud de una obligación vigente con el Tomador que, para efectos de este seguro, tiene interés asegurable, ha firmado una solicitud de seguro y dicha solicitud ha sido aceptada por **Nosotros**.

Para efectos de esta póliza se considera Empleado las personas con contrato de prestación de servicios.



f) La terminación del contrato de Prestación de Servicios por parte del contratante antes de la fecha de vencimiento.

Importante:

- Se considera como primer día de Desempleo el día de terminación del vínculo laboral según sea certificado por el empleador.
- Será reconocido el valor asegurado, hasta el número y valor máximo de cuotas de crédito definidas en el certificado individual de seguro.

1.2. Si usted es trabajador independiente

Este seguro lo cubre si Usted **ASEGURADO** no puede ejercer su actividad económica por encontrarse hospitalizado en una institución hospitalaria, durante al menos 7 días consecutivos.

Si transcurridos los primeros 7 días Usted continua hospitalizado, por cada período consecutivo adicional de 30 días, **Nosotros** le pagaremos el valor asegurado, hasta el número y valor máximo de cuotas del crédito definidas en el certificado individual de seguro.

Importante:

- La hospitalización generada por una condición preexistente estará cubierta después de transcurridos los primeros 12 meses de la póliza.
- Se considera como primer día de Hospitalización, el día que certifique por escrito el médico tratante.

PARÁGRAFO: Las coberturas para Empleados e Independientes son excluyentes entre sí, y se aplicarán de acuerdo con su situación laboral a la fecha de ocurrencia del evento. No se puede reclamar dos eventos distintos al mismo tiempo, sólo se podrá reclamar la indemnización por el evento que ocurrió primero.

2. ¿QUE NO CUBRIMOS? - EXCLUSIONES GENERALES

No cubriremos un evento de desempleo o de hospitalización en cualquiera de los siguientes casos:

- a) Si Usted no está al día en las cuotas mensuales del crédito.

CUOTA MENSUAL DEL CRÉDITO

Es el monto mensual que adeuda el Asegurado en virtud del contrato de crédito suscrito con el Tomador, el cual incluye amortización a capital, intereses ordinarios, cuotas de manejo y primas de seguros. No se incluyen los intereses moratorios.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Persona natural que presta sus servicios mediante contratos de carácter civil, comercial o administrativo, distintos al laboral, cuyo ingreso principal se genera por la actividad desarrollada, la que se utiliza para el sostenimiento personal y en una menor proporción para el funcionamiento del negocio. Para que sea asegurable debe estar registrado en Cámara de Comercio o declarar renta.

MÉDICO

Profesional que cursó estudios universitarios de la carrera de medicina en una universidad debidamente aprobada por el ICFES registrado ante el registro único nacional y que ejerza su profesión en Colombia.

HOSPITALIZADO

Cuando el Asegurado ha sido admitido en una institución Hospitalaria legalmente establecida para recibir tratamiento médico o quirúrgico y se encuentre autorizada para funcionar por la autoridad competente.

INSTITUCIÓN HOSPITALARIA

Es cualquier institución prestadora de servicios de salud legalmente constituida y autorizada por los organismos gubernamentales competentes para prestar el servicio requerido por el Asegurado.



- b) Si Usted no acredita haber estado ejerciendo su actividad económica durante al menos 90 días previos a la ocurrencia del evento cubierto.**
- c) Si su actividad principal es:**
- **Piloto de aviación o miembro de tripulación de vuelos no comerciales.**
 - **Fuerzas Militares, Policía Nacional o presta el servicio militar obligatorio.**
 - **Miembro de fuerzas de seguridad o es guarda de seguridad que porte o manipule armas de fuego.**
- d) Si Usted es pensionado y no cuenta con una fuente de ingresos como trabajador dependiente o independiente diferente a su mesada pensional.**
- e) Si Usted deja de ser residente Colombiano.**
- f) Si el hecho que dio lugar al desempleo o a la hospitalización ocurrió como consecuencia de:**
- **Huelgas, cierres, motines disturbios y desobediencia civil.**
 - **Desastres naturales de cualquier clase.**
 - **Guerra (incluyendo guerra civil), haya sido o no declarada por la autoridad competente, estado de conmoción interior, rebelión, sedición, asonada, terrorismo, revolución o golpe de estado, incluyendo daños causados, inmediatamente o en el largo plazo, por armas de destrucción masiva.**
 - **Explosión, radiación o contaminación nuclear, ionizante o radioactiva y cualquier riesgo proveniente de materiales nucleares o contaminación toxica.**
 - **Pandemias.**

3. EXCLUSIONES ADICIONALES PARA EMPLEADOS

No cubrimos un evento de desempleo si usted:

- a) En la fecha en la que solicitó el seguro o dentro de los 30 días previos a la contratación, contaba con evidencia clara de que podía quedar desempleado.**
- b) Es empleado y su contrato es estacional, ocasional, transitorio o accidental.**
- c) Es trabajador oficial con un contrato de obra contratada inferior a 6 meses.**
- d) Es trabajador oficial y deja de prestar servicios por expiración del plazo presuntivo de 6 meses del contrato de trabajo o antes de la finalización de la primera prórroga de 6 meses.**
- e) Es trabajador independiente.**
- f) Presenta renuncia o se pensiona.**



- g)** Fue despedido con justa causa de conformidad con la legislación laboral aplicable, el contrato de trabajo, o el reglamento interno de trabajo.
- h)** Queda desempleado por la expiración del plazo del contrato a término fijo o la terminación de la tarea o labor por la cual fue contratado.
- k)** Es despedido por una persona con tercer grado de consanguinidad, afinidad o cuando es trabajador de su propia empresa.
- l)** Se produce la suspensión del contrato de trabajo por cualquier causa.
- m)** No regresa a su empleo luego de ser notificado de la reanudación del trabajo una vez desaparecidas las causas de suspensión del contrato.
- n)** Ha fallecido.
- o)** Es trabajador del sector privado bajo un contrato que no está regulado por el Código Sustantivo del Trabajo o es trabajador oficial o trabajador del sector público y llevó a cabo la actividad laboral bajo condiciones no reguladas por la normatividad legal aplicable.
- p)** Es un asociado que trabaja a través de una cooperativa de trabajo asociado.
- q)** Es empleado público y cumple la edad de retiro forzoso, fue destituido o abandonó el cargo.
- r)** El desempleo es resultado de un despido colectivo autorizado por la autoridad competente.

CONDICIÓN CRÓNICA

Cualquier condición, lesión, enfermedad o estado relacionado o los síntomas originados de una alteración existente en el estado de salud y que tenga por lo menos una de las siguientes características: (i) continúa indefinidamente, (ii) se mantiene constante y se puede controlar pero no curar, (iii) tiene síntomas que no desaparecen y ha requerido consultas, tratamiento o cuidado en el pasado, o (iv) requiere tratamientos a largo plazo de no menos de un año.

CONDICIÓN PREEXISTENTE

Lesión, enfermedad, o síntoma y/o signos clínicos relacionados con la lesión, enfermedad que se haya manifestado antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza individual

ACTIVIDAD PELIGROSA

Significa cualquiera de las siguientes actividades: deportes extremos o peligrosos, tales como boxeo, deportes de motor, equitación, cualquier actividad deportiva que involucre la participación de animales, escalada de montaña, cuevas o roca, parapente, vuelo sin motor, globo aerostático, paracaidismo, esgrima, deportes de defensa personal, canoa de alta montaña, clavardismo, buceo, carreras, rallies, competencias de velocidad, cualquier otro tipo de competencia que involucre vehículos de cualquier tipo, o manejo de explosivos, armas o químicos.

ACCIDENTE

Suceso repentino, externo, fortuito e independiente de la voluntad del Asegurado que produzca lesiones en su integridad física.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO ELECTIVO

Procedimiento que no es necesario por razones médicas y es adelantado por solicitud voluntaria del Asegurado, incluyendo procedimientos cosméticos y estéticos.



4. EXCLUSIONES ADICIONALES PARA INDEPENDIENTES

No cubrimos la hospitalización si :

- a)** Se encuentra hospitalizado por chequeos médicos ejecutivos.
- b)** Se encuentra interno en: ancianatos hoteles, asilos, casas de reposo o convalecencia, clínicas neuropsiquiátricas, instituciones dedicadas al tratamiento de adicción a las drogas o al alcohol o se trata de una hospitalización domiciliaria.
- c)** Tiene una condición crónica o preexistente que se manifiesten durante los 12 primeros meses de vigencia de la póliza.
- d)** Se ha provocado heridas en estado de sanidad mental o en demencia, incluyendo la tentativa de suicidio.
- e)** Se encuentra hospitalizado por consumir alcohol, drogas estimulantes, depresoras o alucinógenas o cualquier sustancia similar., que no sean tomadas bajo el consejo o supervisión médica (esto no incluye drogas prescritas por un médico para el tratamiento de adicción a las drogas).
- f)** Se encuentra hospitalizado como consecuencia de haber realizado cualquier actividad ilegal (incluyendo infracciones de tránsito).
- g)** Sufre un accidente por realizar una actividad peligrosa.
- h)** Sufre una enfermedad psiquiátrica o desórdenes mentales, incluyendo estrés, diagnosticada por un psiquiatra.
- i)** Rechaza de manera injustificada el recibir un diagnóstico médico, es hospitalizado como consecuencia de no seguir instrucciones médicas, o se somete a un tratamiento sin supervisión médica.
- j)** Cualquier enfermedad o padecimiento para los que no existan evidencias médicas soportada por los estudios o análisis médicos.
- k)** Se realiza cualquier procedimiento quirúrgico electivo.
- l)** Se hospitaliza por parto, embarazo normal o interrupción voluntaria del embarazo, y sus consecuencias.
- m)** Sufre una lesión derivada de un accidente cuando vuele como pasajero de una aeronave militar o privada que no tenga licencia para llevar pasajeros.
- n)** Tuberculosis.



5. ¿DESDE CUANDO LO EMPEZAMOS A CUBRIR?

a. Vigencia

Su seguro tendrá vigencia de 1 año a partir de la fecha de aceptación por parte de Nosotros, de acuerdo a lo consignado en el certificado individual de la póliza.

b. Inicio de cobertura – Periodo de Carencia

Deberá transcurrir el tiempo indicado en el Certificado Individual de seguro como Periodo de Carencia para que **Usted** pueda tener derecho al amparo del Desempleo u Hospitalización, tanto para empleados como para trabajadores independientes.

Si **Usted** ya ha sido indemnizado por un evento y se ha reincorporado a su actividad económica, deberá permanecer en ejercicio de la misma durante el tiempo que indica la siguiente tabla para poder reactivar su cobertura y presentar una nueva reclamación:

Cobertura	Desempleo Involuntario	Hospitalización
Desempleo Involuntario	180 Días	N/A
Hospitalización	N/A	180 Días

CARENCIA

Se entiende como el período contado a partir del inicio de la vigencia de la póliza y durante el cual un evento de desempleo de hospitalización o de incapacidad no está cubierto.

6. REQUISITOS PARA ADQUIRIR EL SEGURO

Usted estará cubierto por el seguro si cumple con los siguientes requisitos:

- a) Ser un residente de la República de Colombia.
- b) Ser un trabajador dependiente o independiente de acuerdo con las definiciones establecidas en la póliza.
- c) Tener un crédito vigente y estar al día en las cuotas mensuales del crédito con el Tomador.
- d) Tener entre 18 y 65 años de edad cumplidos en el momento de la firma de la solicitud de seguro.
- e) Haber firmado la declaración de asegurabilidad.



6.1. Requisitos adicionales si usted es empleado

- a) Ser un empleado, con contrato término fijo no inferior a 6 meses o a término indefinido.
- b) Ser un empleado con contrato temporal o por obra o labor determinada.
- c) Ser un empleado público de libre nombramiento y remoción por nombramiento ordinario o provisional o empleado público escalafonado en carrera administrativa, registrado y nombrado como tal, y que el acto administrativo por el que fue nombrado se encuentre en firme.
- d) Que el contrato de trabajo del empleado esté por escrito y especifique el sueldo o salario, y las prestaciones de seguridad social correspondientes.
- e) Que el trabajador no se encuentre en período de prueba.
- f) Tener un contrato por prestación de servicios que conste por escrito.

6.2 Requisitos adicionales si usted es trabajador independiente

- a) Ser un contratista.
- b) Prestar sus servicios a través de cooperativas de trabajo asociado.

7. PRIMA

Corresponde al valor que se paga por su seguro mensualmente, el cual incorpora un recargo por fraccionamiento mensual y se encuentra indicado en el certificado individual de seguro. El valor de la prima de seguro corresponde

El **TOMADOR** es responsable por el pago de las primas, sin embargo corresponde al **ASEGURADO** proveer los recursos necesarios para que él efectúe el pago de la prima.

8. CAUSALES DE NULIDAD

Al momento de asegurarse con **Nosotros, Usted** debe declarar todas y cada una de las circunstancias que nos permitan conocer y establecer el real estado del riesgo, de conformidad con la declaración de asegurabilidad firmada por Usted, en los términos previstos en el artículo 1058 del Código de Comercio .

La inexactitud u omisión de información sobre estas circunstancias generará la nulidad relativa del contrato de seguro.

Esto aplica, en especial, para aquellas circunstancias que nos hubieran llevado a **Nosotros**, como **ASEGURADORA**, a calcular un mayor costo para su seguro o a decidir no asegurarlo.



9. ¿QUÉ DEBE HACER PARA RECLAMAR SU SEGURO?

Una vez ocurrido el evento, para solicitar el pago de su seguro, **Usted** puede diligenciar la solicitud de indemnización y presentar los documentos necesarios que en ella se indican.

Nosotros tenemos la facultad de comprobar la veracidad y la exactitud de los documentos aportados.

Mediante la firma de los documentos relativos a la reclamación **Usted** nos autoriza para que solicitemos información a empleadores o instituciones que posean información acerca de su situación laboral así como para obtener su historia laboral y demás documentos laborales; así mismo se obliga a suministrar toda la información que solicitemos relacionada con la reclamación.

Si **Usted** es independiente, mediante la firma de los documentos relativos a su reclamación por Hospitalización nos autoriza a examinarlo y solicitar documentos adicionales en caso de ser necesario tales como la historia clínica y otros documentos médicos.

Cuando se trate de reclamaciones por un evento ocurrido en el exterior, los documentos que se presenten deberán ser apostillados o autenticados por el Cónsul de Colombia en el país donde haya tenido lugar la Hospitalización.

El **ASEGURADO** o beneficiario quedaran privados de todo derecho cuando la reclamación presentada sea fraudulenta o si en apoyo de ella se hacen o utilizan declaraciones falsas o se empleen otros medios o documentos engañosos o dolosos.

10. ¿CÓMO LE PAGAREMOS?

Pagaremos al Beneficiario la suma asegurada indicada en el certificado individual del seguro, dentro de los 20 días calendario a la fecha en que **Usted** haya acreditado la ocurrencia del evento.

En todos los casos su seguro deberá estar vigente para la fecha de ocurrencia del evento, y el valor a pagar no podrá ser superior al tope máximo mensual indicado en el Certificado Individual de Seguro.

Si el pago realizado por Nosotros excede el valor de su deuda, el **TOMADOR** le devolverá dicho excedente.

11. ¿EN QUÉ CASOS TERMINA SU SEGURO?

Su seguro termina si Usted:

- a) Muere o se pensiona.
- b) Incumple con el pago de la prima, caso con el cual termina su seguro en forma automática.
- c) Cancela totalmente o termina su crédito amparado salvo que mediante las condiciones particulares se pacte algo diferente.



- d) Cumple 70 años de edad.
- e) Solicita en cualquier momento la revocación de su seguro, en los términos previstos en la condición 12 de este documento.
- f) Recibe el pago de un amparo de incapacidad total y permanente que cubre el mismo crédito.

12. ¿EN QUÉ CASOS PUEDE SOLICITARSE LA REVOCACIÓN DEL SEGURO?

Este seguro puede ser revocado unilateralmente por los contratantes: por **Nosotros** mediante notificación escrita a **Usted**, enviada a su última dirección conocida, con no menos de 10 días de antelación, contados a partir de la fecha de envío; o por **Usted**, mediante aviso escrito a **Nosotros**, en cualquier momento.

En ambos casos, la revocación da derecho a recuperar la prima no devengada, es decir, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efecto la revocación y la de vencimiento de la vigencia del contrato de seguro.

13. COBERTURA ININTERRUMPIDA

Como un beneficio para el **Grupo Asegurado**, con el objetivo de garantizar la cobertura ininterrumpida de la presente póliza de seguro, las partes acuerdan que ésta continuará vigente, salvo que se presente alguno de los siguientes supuestos:

- i. Opere alguna causal de terminación.
- ii. **EL ASEGURADO** o **TOMADOR** manifieste su voluntad de que el seguro no sea renovado para una nueva vigencia.
- iii. **LA ASEGURADORA** manifieste, con diez días hábiles de anticipación a la fecha de vencimiento de la vigencia, su voluntad de no renovar el seguro.
- iv. **EL ASEGURADO** o **TOMADOR** manifieste en cualquier momento, su intención de dar por terminada su vinculación a este seguro, caso en el cual **LA ASEGURADORA** efectuará la devolución de la prima por el tiempo no corrido de la vigencia.

La póliza será renovada teniendo en cuenta la opción contratada por el **ASEGURADO**, así como las condiciones, términos y costos que estén vigentes en el momento en que ésta se realice. **LA ASEGURADORA** podrá realizar el ajuste de las tarifas de la póliza las renovaciones, para lo cual remitirá al **ASEGURADO** el certificado de renovación que contenga la información correspondiente a las condiciones del seguro y al nuevo valor de prima para la anualidad.



14. NOTIFICACIONES

Salvo el aviso de siniestro, cualquier notificación que **Usted** deba hacernos deberá consignarla por escrito y enviarla a la última dirección registrada. La constancia del envío por correo certificado será prueba suficiente de la notificación. Lo mismo aplica para cualquier notificación que nosotros debamos hacerle a usted.

15. LEGISLACIÓN APLICABLE, JURISDICCIÓN Y DOMICILIO

El lugar de cumplimiento de las obligaciones emanadas del presente contrato es la ciudad de Bogotá D.C., en la República de Colombia, que constituye el domicilio principal de **SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR**, por lo cual toda controversia o disputa que resulte del presente contrato de seguro quedará sometida a la jurisdicción colombiana.

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A.
Firma representante Legal

ANEXO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA TRABAJAR O EJERCER LA ACTIVIDAD ECONÓMICA

11/05/2018-1327-A-24-DS-0000000000003-000R

SEGUROS
COMERCIALES
BOLÍVAR



1. ¿QUÉ CUBRIMOS? - AMPAROS

Mediante este anexo, **SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A.**, en adelante “**Nosotros**” reconoceremos al beneficiario el pago del valor asegurado cuando **Usted**, nuestro asegurado, no pueda desarrollar su actividad económica por haber sufrido un accidente o enfermedad que le ocasione Incapacidad Temporal, esto durante al menos 15 días consecutivos.

Si transcurridos los primeros 15 días **Usted** continua incapacitado, por cada período consecutivo adicional de 30 días, **Nosotros** pagaremos la suma indicada en el certificado individual de seguro.

Si la incapacidad es producto de una condición preexistente, esta se encontrará cubierta por este anexo después de 12 meses de vigencia ininterrumpida del mismo.

Para que **Usted** pueda acceder a la cobertura, deberá estar al día en el pago de las cuotas mensuales de su crédito.

Tenga en cuenta que si **Usted** está en trámite o ha sido indemnizado por la cobertura de Desempleo Involuntario o de Hospitalización de la póliza de Protección de Pagos a la cual accede este anexo, la cobertura de Incapacidad Temporal no es procedente.

2. ¿QUE NO CUBRIMOS? – EXCLUSIONES

2.1. Aplican los mismos eventos no cubiertos para las coberturas de Desempleo Involuntario y Hospitalización, que se encuentran descritos en las condiciones generales de su póliza de Protección de Pagos.

2.2. Si **Usted** tiene contratada una póliza que cubra el amparo de Incapacidad Total y Permanente en relación con el mismo crédito amparado bajo la presente póliza y cumple con las condiciones para recibir el pago de la indemnización de dicho seguro.

BENEFICIARIO

Para efectos de la presente póliza el beneficiario es el BANCO DAVIVIENDA quien tendrá el carácter de beneficiario a título oneroso.

TOMADOR

Es la persona natural o jurídica a cuyo nombre se expide la Póliza para asegurar un número determinado de personas. En este contrato es el BANCO DAVIVIENDA

CONDICIÓN PREEXISTENTE

Lesión, enfermedad, o síntoma y/o signos clínicos relacionados con la lesión, enfermedad que se haya manifestado antes de la fecha de inicio de la póliza individual.



3. ¿CUÁLES SON LOS REQUISITOS PARA ADQUIRIR LA COBERTURA DE ESTE ANEXO?

Serán aplicables los mismos requisitos de adquisición del Seguro de Protección de Pagos, detallados en las Condiciones Generales de su póliza.

4. ¿DESDE CUANDO LO EMPEZAMOS A CUBRIR?

Su seguro tendrá vigencia de 1 año a partir de la fecha de aceptación por parte de **Nosotros**, y lo empezamos a cubrir una vez transcurra el tiempo indicado en el certificado individual de seguro como periodo de carencia.

Si **Usted** ya ha sido indemnizado por un evento y se ha reincorporado a su actividad económica, debe permanecer en ejercicio de la misma durante el tiempo que indica la siguiente tabla para poder presentar una nueva reclamación:

Reactivación	Desempleo Involuntario	Incapacidad Temporal	Hospitalización
Incapacidad Temporal	180 Días	30 días diferente causa ó 180 días misma causa	No tiene

5. ¿QUÉ DEBE HACER PARA RECLAMAR SU SEGURO?

Para solicitar el pago de su seguro, podrá diligenciar la solicitud de indemnización y presentar los documentos necesarios que en ella se indica según el evento.

Nosotros tendremos la facultad de comprobar la veracidad y la exactitud de los documentos aportados. Puede consultar el formato de solicitud de indemnización en internet ingresando a: www.segurosbolivar.com o llamando al #322.

Mientras se encuentre pendiente un reclamo por un evento de Incapacidad Temporal, nos autoriza a examinarlo y solicitar documentos adicionales, en caso de ser necesario, tales como: historia clínica y otros documentos médicos.

Cuando se trate de reclamaciones por un evento ocurrido en el exterior, los documentos que se presenten deberán ser apostillados o autenticados por el Cónsul de Colombia en el país donde haya tenido lugar la Incapacidad.



6. ¿CÓMO LE PAGAREMOS?

Pagaremos al Beneficiario la suma asegurada indicada en el certificado individual del seguro, dentro de los 20 días calendario a la fecha en que Usted haya acreditado la ocurrencia del evento.

En todos los casos su seguro deberá estar vigente para la fecha de ocurrencia del evento, y el valor a pagar no podrá ser superior al tope máximo mensual indicado en el Certificado Individual de Seguro.

Si el pago realizado por **Nosotros** excede el valor de su deuda, el **TOMADOR** le devolverá dicho excedente.

7. COBERTURA ININTERRUMPIDA

Para garantizar la cobertura ininterrumpida del **ASEGURADO**, este Anexo se renovará conjuntamente con la Póliza de Protección de Pagos tal y como se establece en las condiciones generales de su Póliza, salvo que se indique la intención de no renovarlo.

8. ¿EN QUÉ CASOS TERMINA SU ANEXO?

Aplican las mismas causales de terminación descritas en las condiciones generales de su Póliza de Protección de Pagos, para las coberturas de Desempleo Involuntario y Hospitalización.

9. TERMINACIÓN UNILATERAL DEL ANEXO

Este Anexo podrá ser revocado por los contratantes, cuando se solicite la revocación unilateral de la Póliza de Protección de Pagos, en los términos de las condiciones generales de su Póliza.

10. NOTIFICACIONES

Salvo el aviso de siniestro, cualquier notificación que **Usted** deba hacernos, deberá consignarla por escrito y enviarla a la última dirección registrada. La constancia del envío por correo certificado será prueba suficiente de la notificación. Lo mismo aplica para cualquier notificación que Nosotros debamos hacerle a usted.

11. JURISDICCIÓN Y DOMICILIO

El lugar de cumplimiento de las obligaciones emanadas del presente contrato es la ciudad de Bogotá D.C., en la República de Colombia, que constituye el domicilio principal de **BOLÍVAR** cual toda controversia o disputa que resulte del presente contrato de seguro quedará sometida a la jurisdicción colombiana.

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A.

Firma representante Legal