

Certificado individual Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores

La presente solicitud de seguro aplica para el Seguro de Vida Grupo Deudores Crédito de Vehículo y Leasing, Libre inversión y Libranza y el Seguro de Vida Grupo Voluntario (Doble Vida)



Compañía de Seguros

| Datos del tomador | | | |
|------------------------------------|--------------------|---|--------------------------|
| Razón social: Banco Finandina S.A. | NIT. 860.051.894-6 | Dirección: Kilómetro 17 Carretera Central del Norte | Teléfono (031) 219 19 19 |

| Información del asegurado | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|
| Tipo de documento: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> No. _____ | | Lugar de expedición: _____ | | Fecha de expedición: <input type="text" value="Dia"/> <input type="text" value="Mes"/> <input type="text" value="Año"/> | |
| Primer apellido: _____ | | Segundo apellido: _____ | | Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____ | |
| Dirección domicilio: _____ | | Teléfono fijo: _____ | | Ciudad / Municipio: _____ Departamento: _____ | |
| Correo electrónico: _____ | | Lugar y fecha de nacimiento: <input type="text" value="Dia"/> <input type="text" value="Mes"/> <input type="text" value="Año"/> | | Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Peso: _____ KG Estatura: _____ M | |
| Deportes que practica: _____ | | Ocupación: _____ | | Valor crédito (seguro de grupo deudores) : _____ \$ | |

| Beneficiarios en caso de existir remanente y para la(s) línea(s) de crédito que aplique(n) | | | | | | |
|--|---------------------|----------|--------|------|----------|---|
| No. Documento de identidad | Nombres y apellidos | Teléfono | Ciudad | Edad | Afinidad | % |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| Declaración de asegurabilidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|------------------------|----------------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ¿Ha padecido o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Patología / enfermedad | Observaciones (Detalle información preguntas anteriores) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hipertensión Arterial Controlada | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Patología / Enfermedad</th> <th style="width: 25%;">Fecha comienzo</th> <th style="width: 25%;">Tratamiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> | Patología / Enfermedad | Fecha comienzo | Tratamiento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Patología / Enfermedad | Fecha comienzo | Tratamiento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diabetes Mellitus | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hipotiroidismo | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hiperlipidemia | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Colesterol | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Triglicéridos | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gastrointestinal | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Túnel metacarpiano | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Manguito rotador | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior? En caso afirmativo, por favor detallar en el cuadro de observaciones | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Póliza de seguro de Vida Grupo Voluntario | |
|--|--|
| ¿Acepta el Seguro de Vida Grupo Voluntario? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Amparos: - Amparo básico de muerte - Indemnización adicional Y beneficios por desmembración - Incapacidad total y permanente | - Enfermedades graves - Auxilio funerario |

| Asistencias |
|--|
| - Orientación jurídica telefónica - Misión de conceptos jurídicos - Asistencia jurídica preliminar - Documentos - Referencia de médicos especialistas - Asistencia nutricional telefónica - Manejo de agenda (citas médicas y medicamentos) - Orientación telefónica tecnológica - Referencia sobre planes de viajes - Referencia de cursos/ talleres |

| Beneficiarios en caso de fallecimiento para el Seguro de Vida Grupo Voluntario | | | | | | |
|--|---------------------|----------|------|----------|---|--|
| No. Documento de identidad | Nombres y apellidos | Teléfono | Edad | Afinidad | % | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| Clausula de autorización |
|---|
| Declaro que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado: 1) Que el Aviso de Privacidad y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: https://www.aseguradorasolidaria.com.co 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre atos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí. |
| Autorizo de manera previa, expresa e informada a ASEGURADORA SOLIDARIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por ésta o a quien la represente, para: recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar: |
| a) Mis datos personales, financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual b) Los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013. c) Mis datos personales sensibles incluyendo la historia clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la Ley 1581 de 2012; para transmitir y transferir mis datos personales a terceros países, siempre y cuando se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la Ley 1581 de 2012 |

| Información adicional | | |
|---|---------------------------|---------------------------|
| Para efectos de la presente solicitud, declaro expresamente lo siguiente: - Tanto mi profesión u oficio declarados en la presente solicitud, son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales y no practico deportes o aficiones que afecten mi integridad. - Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma que aparecen descritas, por lo tanto, la falsedad, omisión, error o reticencia en ellas tendrán las consecuencias estipuladas en los Artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio | | |
| Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento a los _____ días del mes de _____ del año _____ en la ciudad de _____ | | |
| Constancia de asesoría: "Queda constancia que he leído, entendido y aceptado los derechos y obligaciones emanados del contrato de seguro; así mismo, las condiciones particulares de la póliza, el alcance de las coberturas, exclusiones y garantías del seguro ofrecido, los costos del producto y su comercialización de acuerdo con lo establecido en el art. 9 de la ley 1328 de 2009, la autorización otorgada por la aseguradora para comercializar el producto y los canales por medio de los cuales se puede formular una petición, queja o reclamo". | | |
| <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Nombres y apellidos</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Firma solicitante C.C.</td> </tr> </table> | Nombres y apellidos | Firma solicitante C.C. |
| Nombres y apellidos | Firma solicitante C.C. | |
| <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> Huella índice derecho </div> | | |

GERENCIA DE PROCESOS Y CALIDAD -SOLICITUD CERTIFICADO DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES SOLICITUD INDIVIDUAL FINANDINA FM-GOPE-66

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Condiciones particulares Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores

A. Seguro de Vida Grupo Deudores crédito de Vehículo y Leasing, Libre Inversión y Libranza

1. Tomador
Banco Finandina

2. Grupo asegurado
Deudores del Banco Finandina

3. Beneficiario

Banco Finandina adquiere en todos los casos la calidad de beneficiario a título oneroso, hasta el saldo insoluto de la deuda a la fecha de fallecimiento del asegurado; entendiéndose como saldo insoluto el saldo de capital, más intereses corrientes, más intereses de mora, más honorarios jurídicos y todos los demás conceptos que hayan sido reportados y sobre los cuales se haya calculado la prima cobrada.

En caso de existir un remanente, será pagado a los beneficiarios designados y/o los de Ley.

4. Cobertura del seguro

La cobertura de la póliza será el tiempo que transcurra entre la firma del pagaré ó contrato de leasing, desembolso del crédito, o activación del producto cuando aplique, y el pago total del mismo incluyendo las prórrogas y renovaciones.

5. Amparos

5.1. Muerte por cualquier causa:

Amparar contra el riesgo de muerte a cada uno de los miembros del grupo asegurado, incluye homicidio, suicidio, muerte accidental, desaparición y terrorismo, desde el primer día de vigencia del seguro y sida diagnosticado dentro de la vigencia de la póliza. La suma asegurada individual será igual al saldo insoluto de la deuda, entendiéndose por éste el capital no pagado, más los intereses corrientes, intereses de mora y primas de seguro no canceladas, siempre y cuando estos factores se hayan tenido en cuenta para el cálculo de la prima.

5.2 Incapacidad total y permanente:

Cubre la incapacidad total y permanente que al ser calificada de acuerdo con lo estipulado por La ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, sea igual o superior al 50%, siempre y cuando la fecha de estructuración de la incapacidad se haya dado dentro de la vigencia de la póliza.

Para los asegurados que hagan parte del régimen especial, la compañía indemnizará con base en la calificación de invalidez expedida por el ente calificador de su entidad, sin necesidad de presentar calificación de invalidez emitida por la Junta Médica Regional, EPS, ARL o AFP.

Una vez afectado este amparo cesará la responsabilidad de la compañía.

5.3 Auxilio funerario muerte accidental:

La compañía otorga como indemnización adicional un valor de \$1.000.000 por auxilio funerario por muerte accidental, los cuales serán entregados a los beneficiarios designados o de ley.

5.4 Rentas de canasta familiar por muerte o por incapacidad total y permanente:

Renta por muerte y/o incapacidad total y permanente, por un monto de doscientos mil pesos (\$200.000) hasta por 5 meses para un total de un millón de pesos (\$1.000.000) por deudor, sin cobro de prima adicional. el pago de la renta se puede realizar a un pago único.

6. Asistencias:

6.1 Orientación jurídica telefónica:

En caso de fallecimiento del asegurado, la aseguradora realizará mediante una teleconferencia, una orientación jurídica en aspectos relativos a derecho civil y de familia, derecho penal, derecho administrativo y tributario, derecho mercantil, comercial derecho policivo y laboral, cuando el afiliado requiera adelantar una consulta en tales aspectos.

Este servicio será netamente informativo más la decisión final sobre el proceder será total responsabilidad del asegurado.

El servicio se podrá prestar a los beneficiarios del titular de la póliza, siendo estos su cónyuge, hijos o padres.

Se podrá asistir las 24 horas del día y 7 días de la semana.

El servicio se prestará a nivel nacional siempre que el asegurado cuente con recepción de llamadas telefónicas.

6.2 Emisión de conceptos jurídicos:

Previo análisis de la información aportada por el beneficiario (cónyuge, hijos o padres del titular) y la evaluación de las inquietudes planteadas por los mismos, un abogado profesional emitirá un concepto jurídico básico en aspectos relativos a derecho civil, familiar, penal, administrativo, tributario, mercantil, comercial, policivo y laboral.

Este concepto será básico e irá hasta por el tope de cobertura asignado.

Cuando por la naturaleza del concepto que se deba emitir, se supere el valor disponible en cobertura, el asegurado deberá asumir el excedente.

El costo del servicio dependerá de variables como complejidad, extensión (hojas), temática, desgaste y ubicación.

El servicio se prestará por medio de correo electrónico y teléfono.

6.3 Asistencia jurídica preliminar:

En caso de muerte natural o accidental de titular, la aseguradora pondrá a disposición de sus beneficiarios (cónyuge, hijos o padres del titular), un abogado para que asesore de manera presencial en los trámites judiciales y administrativos previos que se requieran para adelantar la inhumación o la cremación del titular fallecido.

Este acompañamiento será básico e irá hasta por el tope de cobertura asignado.

Cuando por la naturaleza del proceso, se supere el valor disponible en cobertura, el asegurado deberá asumir el excedente.

El costo del servicio dependerá de variables como complejidad, extensión (hojas), temática, desgaste y ubicación. El servicio se prestará a nivel nacional en las ciudades capitales de Colombia.

6.4 Documentos:

En el evento de fallecimiento del asegurado, la aseguradora proporcionará a solicitud de los beneficiarios (cónyuge, hijos o padres del titular) hasta por el tope de cobertura la orientación y herramientas para adelantar las diligencias notariales y de registro.

Esta cobertura incluye los servicios de tramitador telefónico, fotocopias y autenticación hasta por el tope de cobertura.

Cuando por la naturaleza del proceso, se supere el valor disponible en cobertura, el asegurado deberá asumir el excedente.

El servicio se prestará por medio de correo electrónico y teléfono.

6.5 Asistencia nutricional telefónica:

A solicitud del asegurado titular, se pondrá en contacto con un nutricionista de manera telefónica para orientarlo en temas relacionados con alternativas alimentarias aconsejables por condiciones bien sea de salud o médicas.

En el servicio, el profesional brindará recomendaciones basadas en sus estudios y experiencia, mas la aseguradora no se hará responsable por perjuicios o resultados que esto traiga, entendiéndose que se trata de un servicio de medios y no de resultados y que adicionalmente todos los organismos responden de forma diferente.

El servicio se prestará a nivel nacional siempre que el asegurado cuente con recepción de llamadas telefónicas.

6.6 Manejo de agendas (citas médicas y medicamentos):

Por solicitud del asegurado titular, la aseguradora organizará los recordatorios que este solicite, siempre que estén relacionados con citas médicas o ingesta de medicamentos.

Adicionalmente realizará la coordinación de citas médicas únicamente cuando el centro médico o entidad prestadora permita que un tercero lo haga.

El servicio se prestará a nivel nacional siempre que el asegurado cuente con recepción de llamadas telefónicas.

6.7 Orientación telefónica tecnológica:

En caso de presentarse una falla en el computador o tener alguna inquietud relacionada con el funcionamiento del mismo, ya sea configuración de periféricos y su instalación, procedimiento de instalación de anti spyware (ad ware), procedimiento de instalación de anti virus y filtrado de contenidos, procedimiento de instalación y configuración de software o necesidad de diagnóstico y asesoramiento en problemas del PC o Laptop, el asegurado tendrá acceso al técnico por teleconferencia, quien recibirá la llamada y realizará preguntas de diagnóstico para intentar solucionar o establecer vía telefónica el problema que aqueja.

Este servicio será básico, no incluye el costo del software y no funcionará por conexión remota.

El profesional dará pautas básicas y no un paso a paso detallado. No en todos los casos se podrá solucionar el inconveniente por este medio, pero será en la llamada en donde se determine la necesidad de una revisión presencial, la cual no está incluida en este plan.

El servicio se prestará a nivel nacional siempre que el asegurado cuente con recepción de llamadas telefónicas.

6.8 Referencia de médicos especialistas:

Por solicitud del asegurado o sus beneficiarios (cónyuge, hijos o padres del titular), la aseguradora dará referencias de médicos especialistas a nivel nacional en ciudades capitales.

Se trata de un servicio netamente informativo, por lo que la aseguradora no se hará responsable por los acuerdos realizados entre las partes.

La aseguradora no asumirá costo alguno.

Se podrá asistir las 24 horas del día y 7 días de la semana.

El servicio se prestará a nivel nacional siempre que el asegurado cuente con recepción de llamadas telefónicas.

6.9 Referencias sobre planes de viajes:

Por solicitud del asegurado o sus beneficiarios (cónyuge, hijos o padres del titular), la aseguradora dará referencias sobre alternativas de viajes, planes, seguros, turismo, etc.

En este servicio se brindarán los contactos de agencias vinculadas a la red, más la aseguradora no se hará responsable de ningún tipo de compromiso económico o acuerdo generado entre las partes.

Se trata de un servicio netamente informativo. Se podrá asistir las 24 horas del día y 7 días de la semana.

El servicio se prestará a nivel nacional siempre que el asegurado cuente con recepción de llamadas telefónicas.

6.10 Referencias de cursos / talleres:

Por solicitud del asegurado o sus beneficiarios (cónyuge, hijos o padres del titular), la aseguradora dará referencias sobre cursos o talleres disponibles en áreas como el arte, música, teatro, manualidades o deportes.

En este servicio se brindarán los contactos de entidades prestadoras, más la aseguradora no se hará responsable de ningún tipo de compromiso económico o acuerdo generado entre las partes.

Se trata de un servicio netamente informativo. Se podrá asistir las 24 horas del día y 7 días de la semana.

El servicio se prestará a nivel nacional siempre que el asegurado cuente con recepción de llamadas telefónicas.

7. Edades de ingreso y permanencia:

Crédito de vehículo y leasing, libre inversión:

| Amparo | Edad mínima de ingreso | Edad máxima de ingreso | Edad de permanencia |
|--|------------------------|------------------------|---------------------|
| Muerte, auxilio funerario muerte accidental y renta de canasta familiar por muerte. | 18 Años | 75 Años + 364 días | Ilimitada |
| Incapacidad total y permanente y rentas de canasta familiar por incapacidad total y permanente | 18 Años | 70 Años + 364 días | 74 Años + 364 días |

Crédito de Libranza:

| Amparo | Edad mínima de ingreso | Edad máxima de ingreso | Edad de permanencia |
|--|------------------------|------------------------|---------------------|
| Muerte, auxilio funerario muerte accidental y renta de canasta familiar por muerte. | 18 Años | 80 Años + 364 días | Ilimitada |
| Incapacidad total y permanente y rentas de canasta familiar por incapacidad total y permanente | 18 Años | 70 Años + 364 días | 74 Años + 364 días |

8. Valor asegurado

8.1 Crédito de libranza, vehículo y leasing:

Será el valor inicial desembolsado y este se mantendrá por la vigencia de la financiación.

8.2 Crédito libre inversión y tarjeta de crédito:

Será el saldo insoluto de la deuda.

9. Límite asegurado combinado por deudor:

Créditos o leasing vehículos y leasing: mil millones de pesos (\$1.000.000.000).

En la combinación de varios créditos en las diferentes líneas: dos mil quinientos millones de pesos (\$2.500.000.000)

Créditos de libranza para asegurados menores a 75 años más 364 días: trescientos millones de pesos (\$300.000.000).

Créditos de libranza entre 76 años más 364 días: treinta millones de pesos (\$30.000.000)

B. Seguro Vida Grupo Voluntario Doble Vida

1. Tomador
Banco Finandina

2. Grupo asegurado

Deudores del Banco Finandina que voluntariamente adquirieran el seguro de vida.

3. Beneficiario

Los beneficiarios son los designados por el asegurado en la declaración de asegurabilidad, o en su defecto los de ley.

4. Cobertura del seguro

La cobertura de la póliza será el tiempo que transcurra entre la firma del pagaré ó contrato de leasing, desembolso del crédito, o activación del producto cuando aplique, y el pago total del mismo incluyendo las prórrogas y renovaciones.

5. Amparos

5.1. Muerte por cualquier causa:

Amparar contra el riesgo de muerte a cada uno de los miembros del grupo asegurado, incluye homicidio, suicidio, muerte accidental, desaparición y terrorismo, desde el primer día de vigencia del seguro y sida diagnosticado dentro de la vigencia de la póliza.

5.2 Incapacidad total y permanente:

Cubre la incapacidad total y permanente que al ser calificada de acuerdo con lo estipulado por la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, sea igual o superior al 50%, siempre y cuando la fecha de estructuración de la incapacidad se haya dado dentro de la vigencia de la póliza.

Para los asegurados que hagan parte del régimen especial, la compañía indemnizará con base en la calificación de invalidez expedida por el ente calificador de su entidad, sin necesidad de presentar calificación de invalidez emitida por la Junta Médica Regional, EPS, ARL o AFP.

Una vez afectado este amparo cesará la responsabilidad de la compañía.

5.3 Indemnización adicional y beneficios por desmembración

Cubre la muerte accidental y la pérdida funcional o anatómica que sufra el asegurado como consecuencia de un accidente amparado por la póliza, siempre y cuando este ocurra dentro de los 365 días siguientes a la fecha del accidente.

En desmembración aplica según tabla de porcentaje de pérdida que se encuentran en el clausulado general de la póliza.

5.4 Enfermedades graves

Se pagará al asegurado el valor contratado en caso que durante la vigencia de este amparo le sea diagnosticada por primera vez y durante la vigencia de la póliza cualquiera de las siguientes enfermedades descritas en las condiciones generales de la póliza:

- Cáncer (incluye: leucemia, linfomas, enfermedad de hodgkin, melanoma maligno)
- Infarto al miocardio
- Insuficiencia renal crónica
- Accidente cerebro vascular
- afección de arteria coronaria que exija cirugía
- trasplante de órganos vitales (corazón, pulmón, hígado, páncreas, intestino delgado y médula ósea). La indemnización opera como anticipo del 60% del amparo básico de vida incapacidad total y permanente.

5.5 Auxilio funerario

Si durante la vigencia de la póliza el asegurado llegase a fallecer, a consecuencia de un evento amparado, la compañía indemnizará el valor asegurado contratado.

6. Asistencias

Las mencionadas en el numeral 6 de las condiciones seguro de vida grupo deudores crédito de vehículo y leasing, libre inversión y libranza.

7. Edades de ingreso y permanencia:

| Amparo | Edad mínima de ingreso | Edad máxima de ingreso | Edad de permanencia |
|--|------------------------|------------------------|---------------------|
| Muerte por cualquier causa | 18 Años | 75 Años + 364 días | Ilimitada |
| Incapacidad total y permanente | 18 Años | 70 Años + 364 días | 74 Años + 364 días |
| Indemnización adicional y beneficios por desmembración | 18 Años | 75 Años + 364 días | Ilimitada |
| Enfermedades graves | 18 Años | 59 Años + 364 días | 64 Años + 364 días |
| Auxilio funerario | 18 Años | 75 Años + 364 días | Ilimitada |

8. Valor asegurado

| Amparo | Valor asegurado |
|--|--|
| Muerte por cualquier causa | El mismo valor del seguro de vida grupo deudores, sin exceder \$ 300.000.000 |
| Incapacidad total y permanente | |
| Indemnización adicional y beneficios por desmembración | El 60% del amparo básico e incapacidad total y permanente |
| Enfermedades graves | |
| Auxilio funerario | El 10% del amparo básico |

9. Documentos para la reclamación seguro Vida Grupo Deudores y/o vida grupo voluntario:

Los siguientes son los documentos que se exigirá para atender una reclamación por siniestro de muerte o incapacidad total, según sea el caso:

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía
- Registro civil de defunción
- Certificado del médico, prueba de defunción y/o historia clínica, si la muerte fue natural.
- Acta de levantamiento del cadáver o certificación de la fiscalía, en caso de muerte accidental.
- Formulario de reclamación
- Saldo del crédito al momento del fallecimiento, certificados por el revisor fiscal, auditor interno, contador o cualquier otra persona autorizada por el tomador.
- Pagaré o copia del mismo de los créditos otorgados.
- Calificación de la incapacidad total y permanente emitida por la entidad competente. Para los asegurados que hagan parte del régimen especial, la aseguradora deberá garantizar que la indemnización por tip se hará con base en la calificación de invalidez expedida por el ente calificador de su entidad.
- Declaración de asegurabilidad.
- Los demás que la compañía estime pertinentes para la acreditación de la ocurrencia y cuantía.

10. Clausulado

Recomendamos al asegurado leer el presente clausulado, donde se detallan los amparos y exclusiones de la póliza, así mismo lo podrá consultar en la página del Banco Finandina www.bancofinandina.com

Lo no estipulado se regirá de acuerdo a las condiciones generales y políticas de los seguros de vida grupo clausulado 22/03/2019-1502-p-34-perso-cl-susv-06-dr0i y vida grupo deudores clausulados 08/04/2019-1502-p-34-persocl-susv-04-d00i de aseguradora solidaria de Colombia que se encuentran en la página <https://www.aseguradorasolidaria.com.co/seguros-para-ti/seguro-s-vida-grupo-svpx>