

Fondo de Empleados Granfondo N.I.T. 800.097.913-8 Personería Jurídica 1408/90

Señores

FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO Bogotá.

Apreciados señores:

Para efectos pertinentes, me permito hacer las declaraciones y expedir la autorización consignada a continuación:

Autorizo al FEG o a quien represente sus derechos consultar y reportar mi estado de cuenta en las centrales de riesgo conforme a las disposiciones legales vigentes.

Autorizo expresa y de manera irrevocable al Fondo de Empleados GRANFONDO FEG, realizar el cobro por concepto de contribución a la protección de cartera por valor del 3% del valor unificado del credito solicitado.

Firma y huella		
Cédula de Ciudadanía No	de	
Nombre y Apellidos		

66
55
563
<u>=</u>
703-6 Te
500
0

TEO FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO						Pers		a Jurídio	.913-8 ca 140	
	ECHA:				CIUDAD:					
DATOS DEL SOLIC			R							
Primer apellido		o apellido		Nombres	T -		Estado Civ		No. C.C.	
Fecha de nacimiento Día Mes Año Día Mes Año Dirección residencia	Salario M	ensual presa donde tra	E-mail	ls		ersonas a cargo	Ciuda	ed Celular	Teléfor	Teléfonos
Direction residencia	=	presa donde tra	араја	Dependencia	Dire	cción		Celular		Teleionos
lor Solicitado: \$ lor de la Cuota: \$	Valor Uni	ificado: \$	M. Ouincenal	Modalidad: Mensual	No	. Cuotas	_Quincena	al	Mensu	ual
o. Cuotas Extras						quivalente		A. I COIR IIICK	о. Dia	vicsAiio
Primer apellido S	egundo apellid	o N	Nombres Datos	deudor solidario	Identifica			Número		
Empresa donde trabaja	Cargo		Dependencia	Sueldo	Dire	. C.E. cción residencia	Nit.	Teléfonos		
			 	\$ Referencias						
amiliar que no	es y apellidos			Dirección re	esidencia		I			
	es y apellidos		Empresa doi	nde trabaja 	Emprosa	donde trabaja		ono trabajo ono trabajo		
Personal Autorizo al FEG, co		nortar mi est								vigentes
Autorizo a desconta		-			ac noogo	oomormo a i	uo ulop	3010101100	loguloo t	rigonico.
rma Solicitante		Consignar en cuenta Cor Observació	riente Ahorros	Banco	No.		Auto	rizo recoger	los saldos	s de:
Esta solicitud no	implica ar			a su verificac	ión confe	orme a las o	isposi	ciones v	igentes	·
ESPACIO PARA E	L USO DEL	.FEG					· .	Valor		
Endeudamiento	_% Aprobó (Rechazó	Firmas:					a girar:		
PAGARE Nº		VALOR		FEC	HA VENC	IMIENTO:				
turales o jurídicas diferentes	al FONDO DE I			o, b) or lacic (lacici	nos) demand	aado (s) judiciaim	iente en fo	Jiilla Conjun	ia u separa	ada por persona
irma Deudor: Ombre	entregamos a si , se suscribe	u orden la cuant este document	ía de nuestros apo to en	mo garantía parcial o rtes y ahorros . Este ; el día Firma C.C	de la present pagare no es Deudor So	e obligación, los ta sujeto a la pres () del n olidario:	suscritos esentación nes de _	en calidad de para el pago	e asociados ni al protes	s del FÓNDO Di sto del añ
irma Deudor: ombre: irección Domicilio:	entregamos a si , se suscribe de	u orden la cuant este documeni	ía de nuestros apo to en	mo garantía parcial ortes y ahorros . Este; el día Firma C.C Nomb	Deudor Source:	e obligación, los ta sujeto a la pres () del n olidario:	suscritos sentación nes de _ de	en calidad de para el pago	e asociado: ni al protes	s del FONDO D to del añ
constancia de lo anterior (). irma Deudor: .C. combre: irección Domicilio:	entregamos a si ; se suscribe de	u orden la cuant este documeni	ía de nuestros apo to en	mo garantía parcial ortes y ahorros . Este; el día Firma C.C Nomb Direco Teléfo	Deudor Sone: Deudor Sone: Disconding the present of the present	e obligación, los ta sujeto a la pres () del n olidario:	suscritos sentación nes de _ de	en calidad de para el pago	e asociado: ni al protes	s del FONDO D to del añ
n constancia de lo anterior (). Firma Deudor: C.C. Jombre: Dirección Domicilio: Geléfono y Celular: CARTA DE INSTRU Señores: FONDO DE EMPLE	entregamos a si , se suscribe de JCCIONES	u orden la cuant este documeni PARA DILI FONDO FEG	iía de nuestros apolto en	mo garantía parcial or rtes y ahorros . Este; el día Firma C.C Nomb Direct Teléfo	Deudor Source: ción Domicino y Celula	e obligación, los ta sujeto a la pres () del n oblidario: illio: ar:	suscritos sentación nes de de	en calidad de para el pago	e asociado: ni al protes	sto del añ
constancia de lo anterior (). Firma Deudor: C.C. Jombre: Dirección Domicilio: Geléfono y Celular: CARTA DE INSTRU Señores: FONDO DE EMPLE Yo (nosotros) Mayores de edad, con domicilio en el Código de comercio artic y distinguido con el Número en los espacios dejados en ble abbligaciones correspondiente: nuestro) cargo y en favor del deudor (es) aún cuando por ra: exigibles de inmediato, dichos os que suscribimos este docur El pagaré podrá ser llenado sin 1. La cuantía será igual al mon ncluyendo en dicha cuantía el 2 La persona a quien debe re: 3 La fecha de vencimiento se 4. En materia de intereses se c a)Los intereses de mora será Di- En caso de que por mi (n cancelación de todas las oblig señalada en el literal a de este c) Si por caso contrario el FO obligación (es) podrá exigirme nasta su pago total.	de JCCIONES ADOS GRANF O en la ciudad de culo 622, autoriz anco, correspon s). Igualmente s FONDO DE EM zón de los plazo valores se inclumento resulte er previo aviso de to de todas las s valor de aquella alizarse el pago rá la del día en q observarán para an los máximos l uestro) incumpl aciones a mí (n numeral, desde NDO DE EMPLI (exigirnos) inte	PARA DILI FONDO FEG e co(amos) en form _, mediante idientes a la fec si se llega (llegá MPLEADOS GF s previamente a uirán en el citade mbargado por u acuerdo con la aumas que por c as obligaciones será el FONDO jue el título valor a su cálculo y liq egalmente auto limiento el FON uestro) cargo, e el momento que EADOS GRANI reses moratorio	GENCIAR PA ., identificado (coma irrevocable y perel cual nos obligan ha de vencimiento faramos) a constitui RANFONDO, podra acordados no se eno pagare. También ni tercero o por el mis siguientes instruciualquier concepto I que se declaren de DE EMPLEADOS risea diligenciado, uidación las siguientes instruciudados para la (s) ilDO DE EMPLEAL setá facultando para les en haga exigible; FONDO, decidiese so a la tasa señalados stara merito ejecutivatara merito ejecutiva de la consensa	mo garantía parcial or res y ahorros. Este ; el día; Nombo Direcco Teléfo GARE EN BLA; Teléfo GARE EN BLA; Teléfo GARE EN BLA; para que or nosa a pagar incondico y cuantía (capital, coirme (constituirnos) día cuentren vencidas, y queda facultado el Fismo FEG, sea declaciones: e este (estemos) det plazo vencido como GRANFONDO – FE; para de de ceste (estemos) det plazo vencido como GRANFONDO – FE; para de de mí (nu) que an el literal a de estivo sin formalidad ad el divo sin formalidad	Deudor Sorre: Diedon Domicono y Celula NCO Die de mi (nuele de modo exprionalmente a omisiones, in en mora por mediato, la cora que por la a EG para proc arado en quie diendo al FON anteriorment G, o quien re idos por mi (r optare por d os) los intere estro) incum te numeral, s	e obligación, los ta sujeto a la pres (suscritos sentación nes de	en calidad de para el pago Fide la present el pagaré a la Signa de una el pagaré a la se y cada una el anterior, en o concurso de CAN FONDO DE EMPLEA actado y haco insoluto del vencido, el signal de capital vencido, el signal de capital vencido.	e asociado: ni al protes FECHA: te conforme a orden, otc NDO - FEG ceptos relac na o más o de las cuale de las mism caso de qu le acreedor le día que s ADOS GRA cer exigible I capital ado saldo total o cidas desde	e a lo establecido o corgado a su favo o cionados con las ibligaciones a mes sea (seamos sea diligenciado e cualquiera de res. Sea diligenciado o cualquiera de res. Sea diligenciado o cualquiera de res. Sea diligenciado o cualquiera de res.
constancia de lo anterior (). Grima Deudor: C.C. Dirección Domicilio: Geléfono y Celular: CARTA DE INSTRU CARTA DE INSTRU Señores: FONDO DE EMPLE (o (nosotros) Mayores de edad, con domicilio en el Código de comercio artic distinguido con el Número en los espacios dejados en bla bibligaciones correspondientes nuestro) cargo y en favor del leudor (es) aún cuando por ra: exigibles de inmediato, dichos sos que suscribimos este docur El pagaré podrá ser llenado sin La cuantía será igual al mon ncluyendo en dicha cuantía el La La persona a quien debe re: B. La fecha de vencimiento se La fecha de vencimiento se La cuantía será igual al mon ncluyendo en dicha cuantía el Cartos intereses de mora será b) Los intereses de mora será co) En caso de que por mí (n cancelación de todas las oblig eñalada en el literal a de este co) Si por caso contrario el FO bibligación (es) podrá exigirme nasta su pago total. El pagaré así diligenciado, sera con constancia de lo anterior, se DTORGANTES:	de JCCIONES EADOS GRANF o en la ciudad de culo 622, autoriz anco, correspones). Igualmente se FONDO DE EN TONDO DE CONDO D	PARA DILI FONDO FEG e co(amos) en form mediante dientes a la fec si se llega (llega MPLEADOS GF s previamente airán en el citade mbargado por u el acuerdo con la sumas que por c so sobligaciones será el FONDO que el título valor a su cálculo y liq egalmente auto limiento el FON uestro) cargo, e el momento que EADOS GRAM) reses moratorio liatamente y pre documento el día	GENCIAR PA , identificado (ona irrevocable y perel cual nos obligan ha de vencimiento faramos) a constitui RANFONDO, podra acordados no se en o pagare. También n tercero o por el mis siguientes instrucualquier concepto I que se declaren de DE EMPLEADOS rese adiligenciado. uidación las siguier virzados para la (s) oldo DE EMPLEADOS rese diligenciado. el concepto I que se declaren de DE EMPLEADOS rese adiligenciado. uidación las siguier virzados para la (s) oldo DE EMPLEADOS es adiligenciado se la facultando para le se haga exigible el FONDO, decidiese so a la tasa señalad estara merito ejecuta a	mo garantía parcial or rtes y ahorros . Este; el día; el día	Deudor Sorre: Deudor Sorre: Dién Domic ano y Celula NCO Die de mi (nue de modo expire) Dien do al FON anteriorment (no quien reconstruction expire) Dien do al FON anteriorment (no quien reconstruction expire) Dien de mi (nue de modo expire) Dien do al FON anteriorment (no quien reconstruction expire) Dien de mi (nue de modo expire) Dien de mi (nue de	e obligación, los ta sujeto a la pres (suscritos sentación nes de la ño de	en calidad de para el pago Final de la present el pagaré a la S GRANFOI de manda de la para el pagaré a la S GRANFOI de manda de la parte de una la anterior, en o concurso de RAN FONDO DE EMPLEA actado y hace o insoluto del vencido, el s capital venc	e asociado: ni al protes FECHA: te conforme a orden, ott NDO - FEG teptos relacina o más o de las cuale de l	e a lo establecido orgado a su favo orgado a su favo cionados con las ibligaciones a mes sea (seamos nas se entiende res. Sea diligenciado de cudado a la tasa de cudado a la tasa de mis (nuestras e su exigibilidad y como como como como como como como co
n constancia de lo anterior (). Firma Deudor: C.C. Jombre: Dirección Domicilio: Geléfono y Celular: CARTA DE INSTRU Señores: FONDO DE EMPLE (You (nosotros) Mayores de edad, con domicilio en el Código de comercio artic (y distinguido con el Número en los espacios dejados en bla boligaciones correspondientes uestro) cargo y en favor del deudor (es) aún cuando por ra: exigibles de inmediato, dichos sos que suscribimos este docu El pagaré podrá ser llenado sin 1. La cuantía será igual al mon ncluyendo en dicha cuantía el 2 La persona a quien debe re: 3 La fecha de vencimiento se 4 En materia de intereses se el 3Los intereses de mora será 3) En caso de que por mí (n cancelación de todas las oblig señalada en el literal a de este c) Si por caso contrario el FO boligación (es) podrá exigirme hasta su pago total.	de JCCIONES EADOS GRANF o en la ciudad de culo 622, autoriz anco, correspon s). Igualmente s FON DO DE EN con de los plazo valores se inclumento resulte er a previo aviso de to de todas las sulor de aquella alizarse el pago rá la del día en que con conservarán para luestro) incumpla aciones a mi (numeral, desde NDO DE EMPLI (exigirnos) interés exigible inmede e suscribe este con conservarán para la desde suscribe este con conservarán para luestro) incumpla aciones a mi (numeral, desde NDO DE EMPLI (exigirnos) interés exigible inmede e suscribe este conservarán para la conserv	PARA DILI FONDO FEG e o(amos) en form , mediante idientes a la fec si se llega (llega MPLEADOS GF s previamente acirán en el citade imbargado por u e acuerdo con la iumas que por cis sobligaciones será el FONDO jue el título valor jue el uticulo valor jue el cidación legalmente auto limiento el FON uestro) cargo, e el momento que EADOS GRAM) reses moratorio liatamente y pre documento el día	GENCIAR PA , identificado (ona irrevocable y perel cual nos obligan ha de vencimiento faramos) a constitui RANFONDO, podra acredo por el mas siguientes instructualquier concepto I que se declaren de DE EMPLEADOS readiligenciado, uidación las siguientes instructualquier concepto I que se declaren de DE EMPLEADOS readiligenciado, uidación las guier mizados para la (s) of IDO DE EMPLEAD está facultando para les es haga exigible FONDO, decidiese sa a la tasa señalad estara merito ejecuta	mo garantía parcial or rtes y ahorros . Este ; el día; Nombo Direcco Teléfo GARE EN BLA; Teléfo GARE EN BLA; como a pagar incondico y cuantía (capital, coirme (constituirnos) dá el FEG exigir de in incuentren vencidas, y queda facultado el Fismo FEG, sea declaciones: e este (estemos) det plazo vencido como GRANFONDO – FE intes pautas: obligación (es) asum DOS GRANFONDO a cobrarme (cobrarmy cobrarme (cobrarmy la apesar de de mi (nu la en el literal a de es ivo sin formalidad ad() del mes	Deudor Sorre: Deudor Sorre: Dión Domic ano y Celula a modo expinional mente a comisiones, in an arado en quie por la cardo en quien recestro) incum te numeral, si cicional algun si de	e obligación, los ta sujeto a la pres (suscritos sentación nes de	en calidad de para el pago Fide la present el pagaré a la SS GRANFOI demás conco parte de uroligaciones o se y cada una el pago de la concurso de RAN FONDO DE EMPLEA actado y hace o insoluto del vencido, el se capital vencono de la capital	e asociado: ni al protes FECHA: te conforme a orden, ott NDO - FEG eptos relac na o más o de las cuale de las cuale de las cuale de las mism caso de qu le acreedor e el día que s	e a lo establecido orgado a su favo orgado a su favo cionados con las ibligaciones a mes sea (seamos nas se entiende res. Sea diligenciado de cudado a la tasa de inmediato la eudado a la tasa de mis (nuestras e su exigibilidad y (
constancia de lo anterior (). firma Deudor: C.C. lombre: prección Domicilio: geléfono y Celular: CARTA DE INSTRU CARTA DE INSTRU Señores: FONDO DE EMPLE (o (nosotros) Mayores de edad, con domicilio en el Código de comercio artic distinguido con el Número en los espacios dejados en ba biligaciones correspondientes nuestro) cargo y en favor del leudor (es) aún cuando por ra: exigibles de inmediato, dichos os que suscribimos este docu: El pagaré podrá ser llenado sin . La cuantía será igual al mon ncluyendo en dicha cuantía el 2 La persona a quien debe re: 3 La fecha de vencimiento se 4 En materia de intereses se en 10Los intereses de mora será 10Los intereses de mora será 10Los intereses de mora será 10Los caso contrario el FO bibligación (es) podrá exigirme nasta su pago total. El pagaré así diligenciado, sera n constancia de lo anterior, se DTORGANTES:	entregamos a sistema de suscribe este de s	PARA DILI FONDO FEG e co(amos) en forme indentes a la fece si se llega (llega MPLEADOS GF s previamente airán en el citade mbargado por u el acuerdo con la sumas que por c el acuerdo con la sumas que por c el acuerdo con la sumas que por c el momento el fítulo valor a su cálculo y lirq legalmente auto limiento el FON uestro) cargo, el el momento que EADOS GRAMI reses moratorio litatamente y pre documento el día	GENCIAR PA , identificado (ona irrevocable y perel cual nos obligan ha de vencimiento faramos) a constitui RANFONDO, podra cordados no se en opagare. También ne tercero o por el mis siguieros el cual quier concepto I que se del Caren de DE EMILEADOS rese adiligenciado. uidación las siguierorizados para la (s) oldo DE EMPLEADOS rese adiligenciado sur acual que se del peren de DE EMILEADOS rese adiligenciado su acual que se haga exigible el FONDO, decidiese es a la tasa señalad estara merito ejecuta a	mo garantía parcial or res y ahorros . Este; el día Firma C.C Nomb Direcc Teléfo Teléfo GARE EN BLA Sos) como aparece ali rmanente, para que enos a pagar incondic y cuantía (capital, corme (constituirnos) of a fe FEG exigir de in cuentren vencidas, y queda facultado el Fissiones: e este (estemos) del plazo vencido como GRANFONDO – FE Telefo	Deudor Some service of the lapresent pagare no estable pagare por estable pagare paga	e obligación, los ta sujeto a la pres (suscritos sentación nes de	en calidad de para el pago Les de la present el pagaré a la S GRANFOI demás conco o parte de ur oligaciones o se y cada una el anterior, en o concurso de AN FONDO DE EMPLEA actado y hace to insoluto del vencido, el s capital vence de la capital vence de la capital vence de la capital con des ruda confor	e asociado: ni al protes FECHA: te conforme a orden, otc NDO - FEG ceptos relac na o más o de las mism caso de que el día que s ADOS GRA cer exigible I capital ado cer exigible I capital ado cer exigible omedidame () ci	e a lo establecido orgado a su favo o, completándolo cionados con la ibligaciones a mes sea (seamos as se entiende ue cualquiera do res. Sea diligenciado o la eudado a la tasa de mis (nuestras e su exigibilidad de cualquiera do res.)

FORMATO INDIVIDUAL DE SEGURO "DESEMPLEO"



Siembre sunto a ti

			LUGAR Y FECHA DE LA SOLICITUD								
	O NUEVO O ANTIGUO	ACTUALIZACIÓN DE	DATOS		DÍA	-	MES	AÑO			
Ĺ											
	CLASE DE VINCULACIÓN ASEGURADO RAMO	DESEMPLEO		AMPAROS OTORGAL	DOS * DESEMPLE * INCAPACIDA						
	DATOS DEL TOMADOR										
	TIPO DE DOCUMENTO	RAZON SOCIAL	O NOMBRE	COMPLETO (Apellidos y No	mbres)						
	NIT X No. 800.097.913-8			FONDO DE EMPLEADOS	GRANFONDO						
	DIRECCIÓN	TELEFONO	CIUDAD / MU		DEPARTAMENTO						
	Calle 59A bis No. 5-33	(1) 3218299		Bogotá		Bog	otá				
		DATOS SOLICITAN	TE PERSON	IA NATURAL							
	TIPO DE DOCUMENTO CC CE PASAPORTE No										
.	PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLI	DO	PRIMER NON	/BRE	SEGUNDO NOMBRE	DO NOMBRE					
12/09/2017	CORREO ELECTRÓNICO		TELEFONO C	CELULAR	NACIONALIDAD						
V.1 12	DIRECCIÓN DOMICILIO	TELEFONO DOMICILIO	CIUDAD / MU	CIUDAD / MUNICIPIO DEPARTAMENTO							
FM-SUSV-52	NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA	CARGO QUE DESEMPEÑA	ÑA					OS MENSUALES			
- FM-	(Señales con una X) ESPACIO PARA EMP	LEADOS	(S	eñales con una X) ESPACIO PA	RA PERSONAS INDEPE	NDIEN	ITES				
8	TIPO CONTRATO			FUNCIONARIO PUBLICO							
- GRANFONDO	TÉRMINO INDEFINIDO TÉRMINO INDEFINIDO PRESUNTIVA	EFINIDO CON RENOVACIÓN		CONTRATO POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
AAN	TÉRMINO FIJO A 1 AÑO		CONTRATO LABORAL VERBAL								
- 1	OTRO ¿CUÁL?		lŏ	OTRO ¿CUÁL?							
DE DESEMPLEO											
ESE	MARQUE CON UNA (X), SEGÚN CORRESPONDA. POR SU PERF	IL, CARGO O PROFESIÓN:									
	¿Maneja recursos públicos? Si O No O	¿Tiene reconocimiento público?	Si O N	o ○ ¿Ejerce	algún grado de poder púb	olico?	Si 🔾	No 🔾			
SEGURO	VIGENCIA: LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA COMIENZA A LAS 23 I	HORAS 59 MINUTOS DEL DÍA E	N QUE SE REA	ALICE EL DESEMBOLSO DEL CF	REDITO.						
- 1	CONDICIONES PARTI	CULARES SEGURO DE DE	SEMPLEO F	ONDO DE EMPLEADOS DE	GRANFONDO						
함.	1. OBJETO.	ACUERDO ENTRE EMPLEADO	OR Y ASEGUE	RADO, AVALADO DICHO N) LA	TERMINACIÓN DEL CON	NTRATO	O DE TE	RABAJO POR MUTUO			

AMPARO.

CONTRA EL RIESGO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO, A LOS DEUDORES (PERSONA NATURAL) DEL TOMADOR, INDEMNIZANDO HASTA EL VALOR DE LA CUOTA MENSUAL QUE SE HAYA ESTABLECIDO POR EFECTOS DE LA OBLIGACIÓN ADQUIRIDA.

EL PRESENTE DOCUMENTO APLICA PARA CRÉDITOS NUEVOS Y REFINANCIACIONES QUE SE EFECTÚEN BAJO EL MISMO CRÉDITO

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA: ENTIDAD COOPERATIVA NIT 860.524.654 - 6

TOMADOR.

FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO.

ASEGURADOS.

A) LOS TRABAJADORES CON CONTRATO INDEFINIDO, CUYO CONTRATO TENGA UNA ANTIGÜEDAD MÍNIMA DE DOS (2) MESES. B) QUE EL ASEGURADO CUENTE CON UN CONTRATO DE TRABAJO A TÉRMINO INDEFINIDO, O TÉRMINO FIJO VIGENTE MÍNIMO POR UN AÑO, CUYA VIGENCIA SE VEA INTERRUMPIDA UNILATERALMENTE POR EL CONTRATANTE SIN JUSTA CAUSA ANTES DE SU VENCIMIENTO

C) LOS TRABAJADORES CON CONTRATO A TÉRMINO INDEFINIDO QUE TENGAN CLÁUSULA DE PLAZO PRESUNTIVO SIEMPRE Y CUANDO SE DEMUESTRE CONTINUIDAD LABORAL MÍNIMO DOS (2) AÑOS CON LA MISMA ENTIDAD.

BENEFICIARIOS.

PARA EL AMPARO DESCRITO EN LA PÓLIZA: COBERTURA DE DESEMPLEO (DESEMPLEO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL) SERÁ EL TOMADOR DE LA PÓLIZA FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO ASEGURADA EXCEDER SUMA INDEMNIZACIÓN ACORDADOS.

2.1. DESEMPLEO INVOLUNTARIO (Dependientes).

POR MEDIO DEL PRESENTE AMPARO SE INDEMNIZA EL DESEMPLEO INVOLUNTARIO DEL ASEGURADO POR UN PERÍODO CONSECUTIVO IGUAL AL ACORDADO CON EL TOMADOR Y DESCRITO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA, CAUSADO DE MANERA FORTUITA E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO, ES DECIR RESULTANTE DE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

A) DESPIDO SIN JUSTA CAUSA, DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO AL RESPECTO EN LA LEGISLACIÓN COLOMBIANA. INTERRUPCIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO (TÉRMINO INDEFINIDO O TÉRMINO FIJO MÍNIMO UN AÑO), SIN JUSTA CAUSA. EN EL CASO DE CONTRATOS A TÉRMINO FIJO SE AMPARA LA INTERRUPCIÓN POR PARTE DEL EMPLEADOR, ANTES DEL

VENCIMIENTO NATURAL DEL CONTRATO. C) SE ENTENDERÁ TAMBIÉN COMO DESEMPLEO INVOLUNTARIO CUANDO TERMINE EL CONTRATO DE TRABAJO POR MUTUO

ACUERDO POR LA AUTORIDAD COMPETENTE, MEDIANTE UN ACTA DE CONCILIACIÓN Y ADICIONALMENTE QUE EN LA LIQUIDACIÓN FINAL DE PRESTACIONES DE DICHO TRABAJADOR SE HAYA RECONOCIDO Y PAGADO UNA BONIFICACIÓN NO MENOR AL 50% DE LA INDEMNIZACIÓN LEGAL O CONVENCIONAL QUE LE HUBIESE CORRESPONDIDO EN CASO DE UN DESPIDO SIN JUSTA CAUSA.

NOTA. POR CADA ASEGURADO EN DESEMPLEO INVOLUNTARIO SE AMPARA HASTA UN (1) EVENTO POR VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y TRES (3) EVENTOS POR VIGENCIA DE LA OBLIGACIÓN.

2.1.1 ASEGURADOS BAJO ESTE ANEXO.

BAJO ESTE AMPARO ES OBLIGATORIO ASEGURAR SOLAMENTE A:

1.TRABAJADORES CON CONTRATO A TÉRMINO INDEFINIDO CUYO CONTRATO LABORAL HAYA INICIADO COMO MÍNIMO DOS (2) MESES ANTES DE INGRESAR A LA PÓLIZA.

2.TRABAJADORES CON UN CONTRATO A TÉRMINO INDEFINIDO, O TERMINO FIJO VIGENTE MÍNIMO POR UN (1) AÑO, CUYA VIGENCIA SE VEA INTERRUMPIDA UNILATERALMENTE POR EL CONTRATANTE SIN JUSTA CAUSA ANTES DE SU VENCIMIENTO.

3. TRABAJADORES CON CONTRATO A TÉRMINO INDEFINIDO QUE TENGAN CLÁUSULA DE PLAZO PRESUNTIVO SIEMPRE Y CUANDO SE DEMUESTRE CONTINUIDAD LABORAL MÍNIMO DOS (2) AÑOS CON LA MISMA ENTIDAD

2.1.2 EXCLUSIONES DESEMBLED.

A) CUALQUIER ACTO DE GUERRA DECLARADA O SIN DECLARAR, SEDICIÓN REBELIÓN O ASONADA O ACTOS VIOLENTOS MOTIVADOS POR CONMOCIÓN CIVIL

B) CUANDO A LA FECHA DE INGRESO A LA PÓLIZA EL TRABAJADOR TIENE UN CONTRATO LABORAL CON MENOS DE DOS (2) MESES DE INICIADO. ESTA EXCLUSIÓN NO APLICA PARA RENOVACIONES ININTERRUMPIDAS EN CONTRATOS DE TRABAJO A TÉRMINO FIJO.

 C) POR FINALIZACIÓN DE LA OBRA O LABOR CONTRATADA. D) DESEMPLEO VOLUNTARIO (LA RENUNCIA).

E) DESPIDO POR PARTE DEL EMPLEADOR CON JUSTA CAUSA.

F) CONTRATOS DE TRABAJO NO ASEGURADOS BAJO ESTA COBERTURA TALES COMO: VERBALES, QUE NO CUMPLAN CON LAS EXIGENCIAS DE LA LEGISLACIÓN LABORAL (CÓDIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO).

DESEMPLEO DEL ASEGURADO A CAUSA DE PENSIÓN DE

JÚBILACIÓN, VEJEZ O INVALIDEZ. H) DESPIDO COLECTIVO CON AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL

I) LOS SEGUROS ADQUIRIDOS CON POSTERIORIDAD A LA DECLARATORIA DE LIQUIDACIÓN, LIQUIDACIÓN OBLIGATORIA O FUSIÓN DE EMPRESAS.

J) HABER ENLISTADO EN LAS ELIERZAS ARMADAS.

K) CONTRATOS LABORALES A TÉRMINO INFERIOR A UN (1) AÑO L) CUANDO LOS EMPLEADOS TRABAJADORES SEAN EMPLEADOS DE SU PROPIA EMPRESA

M) DESEMPLEO QUE OCURRA DENTRO DEL PERÍODO DE CARENCIA TREINTA (30) DÍAS O EN EL PERIODO DE PRUEBA DEL TRABAJADOR.

ACLIERDO, SI NO EXISTE CONCILIACIÓN, O SI LA INDEMNIZACIÓN. LEGAL QUE LE HUBIERE CORRESPONDIDO SEA INFERIOR AL 50% EN CASO DE DESPIDO SINJUSTA CAUSA

O) CONTRATOS DE TRABAJO CON COOPERATIVAS DE TRABAJO ASOCIADO

P) DESEMPLEO RESULTANTE DEL VENCIMIENTO DE LOS CONTRATOS PACTADOS A TÉRMINO FIJO POR FINALIZACIÓN DE LA OBRA O LABOR CONTRATADA

Q) EMPLEADOS EN "PROVISIONALIDAD"
R) SEGUROS ADQUIRIDOS CON POSTERIORIDAD DECLARATORIA DE LIQUIDACIÓN OBLIGATORIA O FUNCIÓN DE **EMPRESAS**

S) TODOS AQUELLOS TRABAJADORES QUE SE ENCUENTREN CUBIERTOS BAJO EL AMPARO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

NOTA. EN DESEMPLEO INVOLUNTARIO, SÍ LA PERSONA ASEGURADA SE REINTEGRA A LABORAR DENTRO DEL PERÍODO DE INDEMNIZACIÓN PACTADO DE SEIS (6) MESES, CESARÁ EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN DE LOS MESES FALTANTES PARA COMPLETAR EL PERÍODO ACORDADO.

2.2. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL (Independientes)

MEDIANTE ESTE ANEXO SE INDEMNIZA LA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL QUE SUFRA EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE QUE LE IMPIDA DE MANERA TEMPORAL DESARROLLAR UN TRABAJO REMUNERADO, SIEMPRE QUE DICHA INCAPACIDAD SEA IGUAL O MAYOR A VEINTE (20) DÍAS Y MENOR O IGUAL A (180) DIAS

NOTA. POR CADA ASEGURADO EN INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL SE AMPARA HASTA UN (1) EVENTO POR VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y TRES (3) EVENTOS POR VIGENCIA DE LA OBLIGACIÓN DEL CRÉDITO.

2.2.1 ASEGURADOS BAJO ESTE ANEXO.

A) LOS TRABAJADORES INDEPENDIENTES

B)LAS PERSONAS CON CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

C) LAS PERSONAS CON CONTRATO LABORAL VERBAL

D) LOS TRABAJADORES CON CONTRATO A TÉRMINO FIJO INFERIOR A UN (1) AÑO.

2.2.2 EXCLUSIONES DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL.

A) INCAPACIDADES SUPERIORES A CIENTO OCHENTA (180) DÍAS. B) CUANDO SEAN PRODUCIDOS POR HECHOS DE GUERRA, DECLARADA O NO DECLARADA, MOTÍN O ASONADA, INSURRECCIÓN, SEDICIÓN, HUELGA, O CUALQUIER ACTO QUE CONSTITUYA DELITO DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN LA LEY PENAL VIGENTE AL MOMENTO DE LOS HECHOS.

C) TENTATIVA DE SUICIDIO, O LESIONES INTENCIONALMENTE CAUSADAS A SÍ MISMO. YA SEAN EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.

D) PARTICIPACIÓN DIRECTA O INDIRECTA DEL ASEGURADO EN ACTOS DELICTIVOS, INFRACCIONES O CONTRAVENCIONES DE

CONDICIONES PARTICULARES SEGURO DE DESEMPLEO FONDO DE EMPLEADOS DE GRANFONDO

ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS EN VIAJE INCLUIDO EN UN ITINERARIO REGULAR ENTRE AEROPUERTOS APROBADOS POR LA AERONÁUTICA CIVIL. F) RADIACIÓN Y CONTAMINACIÓN CON RADIOACTIVIDAD.

G) ACTIVIDADES PELIGROSAS EXPLOSIVOS O ARMAS DE FUEGO.

H) TODOS AQUELLOS TRABAJADORES QUE SE ENCUENTREN MENSUAL POR PARTE DE LA ASEGURADORA.
CUBIERTOS BAJO EL AMPARO DE DESEMPLEO.
8. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL. I) INCAPACIDADES PRODUCIDAS DENTRO DEL PERIODO DE CARENCIA

(30 DÍAS).

J) ASEGURADOS BAJO ESTE AMPARO QUE NO ESTÉN DEBIDAMENTE AFILIADOS AL RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EPS (RÉGIMEN CAUSAS: CONTRIBUTIVO O RÉGIMEN SUBSIDIADO A TRAVÉS DEL SISBEN). K) ENFERMEDADES PREEXISTENTES.

L) PENSIONADOS POR JUBILACIÓN, VEJEZ O INVALIDEZ.

3. EDAD MÍNIMA DE INGRESO Y PERMANENCIA PARA TODOS LOS AMPAROS.

EDAD MÍNIMA DE INGRESO: DE 18 AÑOS PARA MUJERES Y HOMBRES. EDAD MÁXIMA DE INGRESO: HASTA EL DÍA ANTERIOR EN QUE DI POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO.

EL ASEGURADO CUMPLA LOS SETENTA (70) AÑOS. EDAD DE EL OS CONTRATOS A NOMBRE DE PER PERMANENCIA: DE 70 AÑOS MAS 364 DIAS.

4. SUMA ASEGURADA Y CALCULO DE LA PRIMA.

SUMA ASEGURADA:

LA SUMA ASEGURADA SERÁ EL VALOR DE LA CUOTA MENSUAL DEL DA SOUNA ASEGURADA SERA EL VALOR DE LA CUOTA MENSUAL DEL CRÉDITO CON UN MÁXIMO DE \$1.500.000 Y HASTA POR SEIS (6) MESES, UNA VEZ CONOCIDO O DEBIDO CONOCER LA AFECTACIÓN DEL EN UNO O VARIOS CRÉDITOS QUE TENGA EL ASEGURADO CON RIESGO, EL ASEGURADO TENDRÁ TREINTA (30) DÍAS PARA AVISAR GRANFONDO.

EXTENSIÓN DE COBERTURA A EMPLEADOS CON CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

SE OTORGA COBERTURA PARA PERSONAS CON CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON MÍNIMO UN (1) AÑO DE ANTIGÜEDAD GRANFONDO, QUIEN SE ENCARGARA DE RECIBIR LOS BRINDANDO UN AUXILIO POR \$200.000 CON LÍMITE DE SEIS (6) CUOTAS. DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE Y ENVIARLOS A LA LA COBERTURA OPERA SIEMPRE Y CUANDO LA TERMINACIÓN DEL ASEGURADORA.
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SE DE DE MANERA EL ASEGURADO ANTICIPADA A LA TERMINACIÓN NATURAL DE ESTE.

PACTADA (INCUYE EL IVA) SOBRE EL VALOR DE LA CUOTA MENSUAL.

5. VIGENCIA DE LA POLIZA

6. PERÍODO DE CARENCIA.

"PERÍODO CONTADO DESDE EL INICIO DE LA VIGENCIA INDIVIDUAL, DURANTE EL CUAL EL ASEGURADO NO TIENE DERECHO ALGUNO A INDEMNIZACIÓN FRENTE A LA OCURRENCIA DE UN EVENTO. EL PERIODO DE CARENCIA ESTABLECIDO ES DE TREINTA (30)

ACUERDO A LA LEY PENAL.

E) ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE LA FECHA DE INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA PARA LA CUALQUIER CLASE DE PARTICIPACIÓN EN AVIACIÓN, SALVO QUE VIAJE PRIMERA VIGENCIA ANUAL. EL PERIODO DE CARENCIA NO COMO PASAJERO EN UNA LÍNEA AÉREA COMERCIAL LEGALMENTE APLICARÁ PARA RENOVACIONES INDIVIDUALES."

7. PERÍODO DE FRANQUICIA

SE ESTABLECE UN PERIODO DE FRANQUICIA DE TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO. ENTENDIÉNDOSE FRANQUICIA COMO COMO LA MANIPULACIÓN DE PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LA FECHA DE DEMOSTRACIÓN DEL SINIESTRO Y LA FECHA DEL PRIMER PAGO DE CUOTA

8. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

EL SEGURO DE CUALQUIERA DE LAS PERSONAS AMPARADAS POR

A) POR VENCIMIENTO Y NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

B) POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA O DE CUALQUIER CUOTA.

C) UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE GRACIA, QUE PARA ASEGURADORA SOLIDARIA, ENTIDAD COOPERATIVA ES DE 30 DÍAS.

E) LOS CONTRATOS A NOMBRE DE PERSONAS JURÍDICAS NO ESTARÁN CUBIERTOS.

F) CUANDO EL ASEGURADO TERMINE SUS OBLIGACIONES CON LA ENTIDAD O DECIDA RETIRARSE DE LA MISMA.

9. PLAZO PARA EL AVISO DEL SINIESTRO.

GRANFONDO, QUIEN NOTIFICARÁ A LA COMPAÑÍA ASEGURADORA.

10. ATENCIÓN DE SINIESTROS

LAS RECLAMACIONES DEBEN TRAMITARSE DIRECTAMENTE CON

EL ASEGURADO DEBERÁ ACREDITAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO AMPARADO, MEDIANTE LA PRESENTACIÓN DE LA CALCULO DE LA PRIMA

DOCUMENTACIÓN SOLICITADA POR LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.
EL VALOR DE LA PRIMA SERÁ CALCULADO DE ACUERDO A LA TASA LA COMPAÑÍA SE RESERVA LA FACULTAD DE COMPROBAR LA VERACIDAD Y EXACTITUD DE LAS PRUEBAS QUE PARA TAL EFECTO SE APORTEN.

S. VIGENCIA DEL A POLLA.

LA VIGENCIA DEL SEGURO POR ASEGURADO SERÁ ANUAL, LA INDEMNIZACIÓN DEL AMPARO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO RENOVABLE AUTOMATICAMENTE.

O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL SE PAGARÁ A GRANFONDO, HASTA POR EL MONTO DE LA CUOTA MENSUAL DE LA OBLIGACIÓN.

> NOTA: EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN DEL AMPARO DE DESEMPLEO SE INTERRUMPIRÁ AUTOMÁTICAMENTE CUANDO EL ASEGURADO NUEVAMENTE SE VINCULE A LA FUERZA LABORAL,

RECLAMANTE, Y SOLO A TÍTULO ENUNCIATIVO E INFORMATIVO,

SIN IMPORTAR EL TIPO DE CONTRATO LABORAL. SIN PERJUICIO DE LA LIBERTAD PROBATORIA QUE TIENE EL PARA FORMALIZAR LA RECLAMACIÓN EL ASEGURADO PODRÁ PRESENTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL (Independientes)

A) FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ASOCIADO. B) SOPORTE PAGO DE PLANILLA PILA INDEPENDIENTES.

C) CERTIFICACIÓN MÉDICA DONDE INDIQUE LA CAUSA Y LOS DÍAS DE INCAPACIDAD ACOMPAÑADOS DE LA HISTORIA CLÍNICA. EMTIDA POR LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD EPS.
D) CERTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TOMADORA, CON FECHA DE

VINCULACIÓN AL SEGURO, FECHA DE NACIMIENTO, NÚMERO DE CÉDULA NOMBRE DIRECCIÓN TELÉFONO Y VALOR DE LA CUOTA DEL CRÉDITO DEL MES CORRESPONDIENTE.

EN CASO DE DESEMPLEO SIN JUSTA CAUSA (Dependiente).

A) FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ASOCIADO. B) CARTA DE DESPIDO DE LA EMPRESA

C) CERTIFICACIÓN LABORAL INDICANDO TIPO DE CONTRATO, FECHA DE INICIO Y TERMINACIÓN Y SALARIO

D) PARA CONTRATOS A TÉRMINO FIJO, CERTIFICACIÓN LABORAL INDICANDO LA CONTINUIDAD DE LOS CONTRATOS.

E) COPIA LIQUIDACIÓN PRESTACIONES SOCIALES DONDE SE INDIQUE EL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN

F) CERTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TOMADORA, CON FECHA DE VÍNCULACIÓN AL SEGURO, FECHA DE NACIMIENTO, NÚMERO DE CÉDULA, NOMBRE, DIRECCIÓN, TELÉFONO Y VALOR DE LA CUOTA DEL CRÉDITO DEL MES CORRESPONDIENTE.

TERMINACIÓN DEL CONTRATO POR MUTUO ACUERDO

A) FOTOCOPIA DEL DOCLIMENTO DE IDENTIDAD DEL ASOCIADO A) FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ASOCIADO.

B) ACTA DE CONCILIACIÓN, EN DONDE SE EVIDENCIE QUE

EXISTE UNA BONIFICACIÓN DE MERA LIBERALIDAD POR PARTE

DEL EMPLEADOR QUE DEBE SER IGUAL O SUPERIOR AL

CINCUENTA POR CIENTO (50%) DE LO QUE HUBIERA CORRESPONDIDO SI EL DESPIDO HUBIESE SIDO SIN JUSTA CAUSA

D) CERTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TOMADORA. CON FECHA DE VINCULACIÓN AL SEGURO, FECHA DE NACIMIENTO, NÚMERO DE CÉDULA, NOMBRE, DIRECCIÓN, TELÉFONO Y VALOR DE LA CUOTA DEL CRÉDITO DEL MES CORRESPONDIENTE.

11. PLAZO PARA EL PAGO DE SINIESTROS.

LOS SINIESTROS SE PAGARÁN CON BASE EN EL VALOR DE LA CUOTA PACTADA EN EL CRÉDITO. EN LA FECHA DE DESPIDO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL (SEGÚN SEA EL CASO) Y QUE SEA REPORTADO OBJETO PAGO DE PRIMAS POR PARTE DE GRANFONDO; EL PLAZO PARA EL PAGO DE SINIESTROS SERÁ DE TREINTA (30) DÍAS. CONTADOS A PARTIR DE LA ENTREGA DE LOS DOCUMENTOS COMPLETOS REQUERIDOS PARA EL PAGO.

AUTORIZACIÓN DE COBRO Y AUTORIZACIÓN DE PAGO DEL SEGURO A GRANFONDO

para que haga el cobro del valor de la prima de este seguro, durante la vigencia del mismo y durante las renovaciones a que haya lugar. De igual manera autorizo para que el valor del seguro de desempleo sea consignado por Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa directamente a GRANFONDO, quien procederá a aplicar el pago de la obligación que tenga vigente con el Fondo de Empleados a la fecha de desembolso del seguro. Si O No O

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

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 datos 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 DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, en adelante LA ASEGURADORA para:

- a) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual, siempre y cuando sea para las siguientes finalidades: 1) Desarrollar las actividades propias del Contrato de Seguro; 2) Ofrecer productos y servicios de LA ASEGURADORA, ser llamado para la realización de encuestas de satisfacción, confirmar la participación a eventos, y la realización de campañas promocionales de la ASEGURADORA. 3) Reportar a las Centrales de Información o Bases de Datos debidamente constituidas mi comportamiento crediticio, financiero y comercial.
- b) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar 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) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar 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.
- d) Transmitir y transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012

DECLARACIÓN – FIRMA Y HUELLA						
Para efectos de la presente solicitud, declaro expresamente lo siguiente:						
1.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 integrida pagar la prima de seguros no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal colombiano. 2. 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 ell estipuladas en los artículos 1058 y 1158 del código de comercio. 3. como constancia de haber leido, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento del año en la ciudad de	las tendrán las consecuencias					
FIRMA ASEGURADO CC.	HUELLA INDICE DERECHO					

Ciudad			



Señores

FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO - FEG

Ciudad

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a FONDO DE EMPLEADOS GRAN FONDO -FEG o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro a cualquier título la calidad de acreedor, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiere a mi comportamiento crediticio, financiero y comercial a las Centrales de Riesgo que administra la Asociación Bancaria y de Entidades Financieras de Colombia o a quien represente sus derechos. Lo anterior implica que mi comportamiento presente y pasado frente a mis obligaciones permanecerá reflejado de manera completa en las mencionadas bases de datos con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis (nuestras) obligaciones financieras, comerciales y crediticias. Por lo tanto, conocerán mi información quienes se encuentren afiliados a dichas centrales y/o que tengan acceso a está, de conformidad con la legislación aplicable. La permanencia de mi infamación en las bases de datos será determinada por el ordenamiento jurídico aplicable, en especial por las normas legales y la jurisprudencia, los cuales contienen mis derechos y obligaciones, que, por ser públicos, conozco plenamente. En caso de que en el futuro, el autorizado en este documento efectúe una venta de cartera o una cesión a cualquier título de las obligaciones a mi (nuestro) cargo a favor de un tercero, los efectos de la presente autorización se extenderán a éste, en los mismos términos y condiciones.

De igual manera, autorizo expresa, permanente irrevocable al FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO FEG, realizar el cobro por concepto de contribución a la protección de cartera por valor del tres por ciento (3%) del valor efectivamente girado del crédito que me ha sido aprobado.

Se suscribe en la ciudad de Bogotá a los días del mes de	de	·
Deudor Principal		
Firma y Huella		
Cédula de Ciudadanía No.	de	
Nombre v Apellido		



MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. NIT. 830.054.904-6

SOLICITUD PÓLIZA SEGURO DE VIDA GRUPO



DIRECCIÓN	NDO DE EMPLE																
	OR FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO FEG							NIT 8000979138 PERSONERIA JURIDICA 1408/90									
CAI	ÓN CALLE 59 A BIS NUMERO 5-53 OFICINA 303						CI	CIUDAD				TELÉFONO					
	LLE 59 A BIS NI	JMERO	5-53 OFI	CINA 30	13					BOGO	OTA D,C	D,C			3218299		
NOMBRES								S DEL ASEGUR PELLIDOS	ADO PF	RINCIPAL			C.C.				
FECHA DE NACIMIE	ENTO					GENERO	ESTATU		PESO		DIRECCIÓN RESID	ENCIA	EMAIL				
TELÉFONO/CELUL/				PROFI	ESIÓN						ACIÓN ACTUAL						
NOMBRES								DATOS DEL CO	NYUGI	JE			C.C.				
NOMBHES FECHA DE NACIMIENTO GENERO ESTATI									ENCIA	EMAIL							
				DDOE	FCIÓN	GENETIO	LSIAIC	,,,,	1 230	OCUD	ACIÓN ACTUAL	LINOIA	LWAIL				
TELÉFONO/CELUL/	AH .			PROFI	ESION					OCUP	ACION ACTUAL						
											SUMAS ASI	EGURADAS					
			/IPAROS	3				PLAN 1		PLAN 2	PLAN 3	PLAN 4	PLAN !		PLAN 6		
FALLECIMIENTO								\$ 10.000.000		20.000.000	\$ 40.000.000	\$ 60.000.000	\$ 80.000.0		3 150.000.000		
INCAPACIDAD T			IIE					\$ 10.000.000 \$ 10.000.000	-	20.000.000	\$ 40.000.000 \$ 40.000.000	\$ 60.000.000	\$ 80.000.0	,	3 150.000.000 3 150.000.000		
ENFERMEDADE		\L						\$ 5.000.000	-	0.000.000	\$ 20.000.000	\$ 30.000.000	\$ 40.000.0		75.000.000		
	RA GASTOS I	DEL H	OGAR, d	urante	12 m	eses por fallecimie	ento	\$ 350.000	\$	350.000	\$ 400.000	\$ 400.000	\$ 500.0	000 \$	500.000		
AUXILIO DE MAT	ΓERNIDAD (u	n solo	evento)*					\$ 250.000	\$	250.000	\$ 500.000	\$ 500.000	\$ 1.000.0	000 \$	3 1.000.000		
60 años y 2 días	para mayores					1 día para menore pertura por evento		\$ 100.000	\$	100.000	\$ 100.000	\$ 100.000	\$ 120.0	000 \$	3 120.000		
máximo 3 evento	is ai ano.							\$ 5.000.000	\$	5.000.000	\$ 5.000.000	\$ 5.000.000	\$ 5.000.0	200 \$	5.000.000		
	CON UNA (X)					PRIMA MES AS	OCIADO	\$ 3.000		5.000	\$ 12.000	\$ 18.000	\$ 24.000		\$ 45.000		
	N ELEGIDO					PRIMA MES CÓ	ÓNYUGE	\$ 3.000	\$ 6	5.000	\$ 12.000	\$ 18.000	\$ 24.000		\$ 45.000		
1.						24 horas del D	D M I	VI A A A	Has	ta las 24 hora	as del D D M	M A A A	Α				
)S DEL	SEG	URO DEL ASEGU	JRADO PI	RINCIPAL			No. DOCUMENT	0 %		PARE	NTESCO		
2. 3.)S DEL	SEG	URO DEL ASEGL	JRADO PI	RINCIPAL			No. DOCUMENT	0 %		PARE	NTESCO		
						URO DEL ASEGL					No. DOCUMENT				NTESCO		
2. 3.																	
2. 3. 4. 1. 2.																	
2. 3. 4.			BENEFI	CIARIO	OS DE	EL SEGURO DEL	CONYUG	UE			No. DOCUMENT	0 %					
2. 3. 4. 1. 2.	nozco y acepto	las co	BENEFI RTANTE- ndiciones	CIARIO NO FI	OS DE	EL SEGURO DEL I	CONYUG D/POLIZA ta solicitud	UE SI HABER COMF I, y declaro que m				O % SADAS A CONTIN		PAREI	NTESCO		
2. 3. 4. 1. 2. 3. Manifiesto que cor	nozco y acepto ni padezco ni l	las co ne sido	BENEFI RTANTE- ndiciones diagnos	NO FI	IRME s póliz ningur	ESTA SOLICITUD a a que accede est o de los siguientes	CONYUG D/POLIZA: ta solicitud s padecimi	UE SI HABER COMP I, y declaro que m entos.		ntro en buen	No. DOCUMENT	O % SADAS A CONTIN e por lo tanto mi h	abilidad física n	PAREI	NTESCO		
2. 3. 4. 1. 2. 3. Manifiesto que cor	nozco y acepto	las cone sido	BENEFI RTANTE- ndiciones diagnos	NO FI	RME is póliz iningur	ESTA SOLICITUD a a que accede est o de los siguientes	CONYUG D/POLIZA: ta solicitud s padecimi	UE SI HABER COMF I, y declaro que m	e encue	ntro en buen	No. DOCUMENT	O % SADAS A CONTIN e por lo tanto mi h	abilidad física n	PAREI	NTESCO		
2. 3. 4. 1. 2. 3. Manifiesto que cormanera reducida, i salud aun después esta declaración esta declaración esta declaración esta declaración esta declaración declaración esta declaración esta declaración peclaro que mis rexima a la Compa SI incluyo en la produciva di Tomado realizar durante el presente contrato j CUANDO LA PÓLIZA	nozco y aceptoni padezco ni la compania de segura di consulta a ni consu	Ilas cone sido SI ar In	BENEFI RTANTE- ndiciones diagnos No lad preex egurador erdad. een de ac ooda resp ijos y m mina me l estipula servicio OBLIGAC 0 CON LA	NO FI Sobribiation Diabotics and AP Consult of the	RME s póliz etes e a la f FRE (d illícit illídad jenito el valor este e e sus r t L TOM	ESTA SOLICITUD a a que accede est to de los siguientes SI NO Cecha de la firma de Colombia Vida Segr a alguna contemp res, declaro que la que corresponda a documento para el enovaciones. ADOR DAR A CONO (TOMADOR DE LAS (CONYUG D/POLIZA: ta solicitudes padecimi Insuficience Cáncer e la solicituduros S.A. so	SI HABER COMF I, y declaro que m entos. Id. Autorizo a los l se reserva todos l se reserva todos l se reserva todos l a prima de segur a prima siempre y ASEGURADOS LAS ES. SERA RESPON:	si NO nospitale os derec al Colon si les so o de acu cuando CONDIC GABILIDA	Cerel SIDA s y/o médico nos que pued abiana Vigen n aplicables erdo con las e esté vincular ONES GENERA	No. DOCUMENT	SADAS A CONTIN e por lo tanto mi h O do a suministrar l que, antes o despu sistencia en la inf	abilidad física n SI NO LImonar tros os datos que po ués de mi falleci cormación cons colicitud. El desce egirá durante el	PAREI	uentra de alguna pre mi estado de e compruebe que en esta solicitud torizado se podra de la vigencia de la Vigencia de la OBLIGACIÓN DEL		

CONDICIONES PARTICULARES SEGURO DE VIDA GRUPO - FEG

MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ LA COMPAÑÍA CON SUJECIÓN A LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA SOLICITUD PRESENTADA POR EL TOMADOR Y EN LAS INDIVIDUALES PRESENTADAS POR LOS ASEGURADOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA, ASÍ COMO EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES, INDEMNIZARÁ EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO, UNA VEZ SE ACREDITE LA OCURRENCIA Y LA CUANTÍA DEL SINIESTRO, PREVIO PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE.

1. AMPARO BÁSICO

1.1 FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA

Si el asegurado fallece por cualquier causa, la compañía pagará el valor asegurado para este amparo, siempre que la fecha de fallecimiento ocurra durante la vigencia de este amparo.

El pago del valor asegurado para este amparo generará la terminación automática del contrato de seguro.

2. AMPAROS ADICIONALES

2.1. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

La Compañía pagará al asegurado el valor contratado que figure en la carátula de la póliza para esta cobertura si como consecuencia de una enfermedad o accidente, sufre lesiones que le provoquen una pérdida irreversible y definitiva de su capacidad laboral, siempre que la fecha de estructración de la incapacidad, que será la misma fecha de siniestro, courra dentro de la vigencia del amparo, la incapacidad no sea provocada por el asegurado y persista por un período continuo no menor a ciento ochenta (180) días, contados a partir del primer diagnóstico médico de la incapacidad total y permanente.

Para la determinación de la incapacidad total y permanente, el asegurado deberá aportar a la Compañía su historia clínica completa y el dictamen de calificación de la incapacidad total y permanente, que demuestre una pérdida de capacidad laboral igual o superior al cincuenta por ciento (50%), certificada por una entidad competente y conforme a las reglas del manual único para la calificación de la invalidar.

En caso de desacuerdo con el dictamen aportado por el asegurado, tendrá valor definitivo el dictamen emitido por la junta regional de calificación de invalidez del domicilio del asegurado.

El pago del valor asegurado para este amparo generará la terminación automática del contrato de seguro.

2.1.1 EXCLUSIONES PARA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE LA PERMANENTE EN LOS SIGUIENTES EVENTOS: LA INCAPACIDAD TOTAL Y

- LA TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIONES INTENCIONALMENTE CAUSADAS POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA
- POR EL ASEGURADO A SI MILIORIO, IN SELECTIONAL

 PRÁCTICAS Y COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO O EXTREMOS TALES COMO: BUCEO, ALPINISMO, ESCALAMIENTO, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO.

 LA PRÁCTICA DE CUALQUIER DEPORTE DE MANERA PROFESIONAL.

 PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS.

 CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, ASÍ COMO LOS DERIVADOS DE ACTOS DEL ICTIVOS.

- ENFERMEDAD MENTAL, CORPORAL O CUALQUIER DOLENCIA **PREEXISTENTE**
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN EJERCICIO DE FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO, DE SEGURIDAD O VIGILANCIA PÚBLICA O
- DE TIPO MILITAR, I OLIVITO, DE SUBSTITUTO DE PRIVADA.

 CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE ALUCINÓGENOS.

 CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER TIPO DE AERONAVE, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AEROLÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.

 TENTATIVA DE HOMICIDIO, SALVO EL OCURRIDO EN ACCIDENTE DE TRANSITO.
- HANDSHO.

 CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE; FISIÓN, FUSIÓN NUCLEAR O RADIACTIVIDAD.

 GUERRA DECLARADA O SIN DECLARAR.

2.2. FALLECIMIENTO ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN

Si el asegurado fallece o sufre alguna de las lesiones corporales enumeradas en la tabla de indemnizaciones prevista en el numeral 2.2.1, como consecuencia de un accidente, la compañía pagará el valor asegurado para este amparo, siempre y cuando el fallecimiento o la lesión corporal ocurra dentro de los ciento ochenta (180) días calendario siguientes a la fecha del accidente.

Dentro de esta cobertura se incluye el desaparecimiento del asegurado c Denirol de esta oblerida se inculve el desapartecimiento del assegurado dualito courra alguno de los siguientes eventos, que den origen a la declaración judicial de presunción de muerte por desaparecimiento, con arreglo a la ley colombiana: La desaparición en catástrofes naturales tales como: terremotos, inundaciones, maremotos, desaparición en un río, lago o mar, desaparición como consecuencia del extravío, caída, explosión, naufragio o encalladura de cualquier vehículo del cual no exista exclusión expresa de cobertura.

Para efectos del presente amparo se considerará fallecimiento accidental, cuar ocurra alguno de los siguientes eventos que den origen a la declaración judicial presunción de muerte por desaparecimiento, de acuerdo con lo establecido el artículo 1145 del código de comercio.

2.2.1. TABLA DE INDEMNIZACIONES

La Compañía pagará al asegurado el porcentaje correspondiente del valor asegurado contratado para esta cobertura, cuando el asegurado sufra por causa accidental alguna(s) de la(s) siguiente(s) pérdidas:

PARÁLISIS TOTAL E IRRECUPERABLE	100%
ENAJENACIÓN MENTAL IRRECUPERABLE	100%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN DE AMBOS OJOS	100%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LAS MANOS O LOS PIES O DE UNA MANO Y UN PIE	100%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE UNA MANO O UN PIE JUNTO CON LA PÉRDIDA DE LA VISIÓN DEUN OJO	100%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN POR UN OJO	50%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DEL HABLA	50%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA AUDICIÓN POR AMBOS OÍDOS	50%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE UNA MANO O UN PIE	50%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA AUDICIÓN POR UN OÍDO	25%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DEDOS O MÁS DEDOS DE CUALQUIERA DE LAS MANOS	25%
CATARATA TRAUMÁTICA BILATERAL OPERADA	20%
PÉRDIDA DE UN PULMÓN O REDUCCIÓN AL 50% DE SU CAPACIDAD	20%
PÉRDIDA DE UN RIÑÓN	20%
PÉRDIDA DEL BAZO, EL HIGADO Y EL PANCREAS	20%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DEL DEDO PULGAR DE CUALQUIER PIE	10%

CATABATA TRAUMÁTICA OPERADA 10% PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DEL OLFATO O DEL GUSTO 5% PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE UN DEDO DE CUALQUIER MANO 5% PÉRDIDA TOTAL E IRRECLIPERABLE DE DOS O MÁS DEDOS DE CUALQUIERA DE LOS PIES _ 5%

Cualquier pérdida o limitación no descrita en la tabla anterior no será objeto de

Para efectos de esta cobertura, las pérdidas anteriores se definen así:

Manos: Amputación traumática o quirúrgica al nivel de la muñeca o por encima de

ella.

Pies: Amputación traumática o quirúrgica a nivel del tobillo o por encima de él.

Dedos: Amputación traumática o quirúrgica por las articulaciones

metacarpofalángicas o metatarsofalángicas o por encima de ellas.

aso que el asegurado sufra varias pérdidas causadas por el mismo accidente valor total de la indemnización será la suma de los porcentajes espondientes a cada una sin exceder la suma asegurada individual contratada para esta cobertura

2.2.2. EXCLUSIONES PARA FALLECIMIENTO ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN

EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE EL FALLECIMIENTO O LESIONES CORPORALES EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- SUICIDIO O SU TENTATIVA O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O
- EL ASEGURADO A SI MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORIDORA O DEMENCIA.

 PRÁCTICAS Y COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO O EXTREMO, TALES COMO: BUCEO, ALPINISMO, ESCALAMIENTO, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, ASÍ COMO LA PRÁCTICA DE CUALQUIER DEPORTE DE MANERA PROFESIONAL.

 LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE INFRACCIÓN DE NORMAS DE CARÁCTER LEGAL.

 PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS.

 CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, ASÍ COMO LOS DERIVADOS DE ACTOS DELICTIVOS

 ENPERMIEDAD MENTAL, CORPORAL O CUALQUIER DOLENCIA, DEFECTO O LIMITACIÓN FÍSICA PREEXISTENTE.

 **CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN EJERCICIO DE FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO O DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA.

- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE ALUCINÓGENOS.
 CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER TIPO DE AERONAVE, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AEROLÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.
 LOS ACCIDENTES SUFRIDOS DURANTE INTERVENCIONES OUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X O CHOQUES ELÉCTRICOS, SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO.
 CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE; FISIÓN, FUSIÓN NICICERA DE RADICATIVIDAD.
- FUSIÓN NUCLEAR O RADIACTIVIDAD
- GUERRA DECLARADA O SIN DECLARAR

2.3. ENFERMEDADES GRAVES

2.3. ENFERNICIA CES GRAVES. Si el asegurado es diagnosticado por un médico legalmente autorizado para ejercer la profesión, y por primera vez, alguna de las enfermedades que a continuación se enumeran, la compañía pagará el valor asegurado para este amparo, siempre y cuando hayan transcurrido por lo menos noventa (90) días calendarios desde el inicio de la vigencia del presente amparo.

Como Anticipo del Amparo Básico del 50%

Con la contratación de esta opción, La Compañía pagará al asegurado el valor contratado para esta cobertura y el valor indemnizado se deducirá del amparo básico.

Las siguientes enfermedades graves son objeto de cobertura:

Cáncer: Enfermedad que se manifiesta por la presencia de una lesión que puede o no ser tumoral, que se caracteriza por el crecimiento, invasión y expansión incontrolable de células malignas en los tejidos. También se considera bajo esta definición la leucemia y el mal de hodgáin.

Accidentes cerebro-vasculares: Pérdida súbita de la función cerebral, resultante de la interrupción del aporte sanguíneo, que acuse lesiones irreversibles tales como afasia que da como resultado habla o comunicación ineficaz o disturbio persistente o significativo de la función motora de alguna extremidad, dando por resultado una alteración de los movimientos, marcha o la postura del individuo. Insuficiencia renal: Daño bilateral e irreversible de la función de los riñones, que hana necesaria la realización en forma renular de diálisis renal o un trasplante de haga necesaria la realización en forma regular de diálisis renal o un trasplante de riñón. Infarto del miocardio: Muerte de una parte del músculo cardíaco, oc

imarto del miocation, weder de una parte del miocato Cardiaco, deasionada por una irrigación sanguinea deficiente. Cirugía arterio – coronaria: Intervención quirúrgica a corazón abierto, que se realiza para corregir la estenósis u oclusión de las arterias coronarias, que no responden a tratamiento médico y en consecuencia es necesaria la realización de un by-pass o puente coronario.

Esclerosis múltiple: Enfermedad que afecta el sistema nervioso central y se manifiesta por anomalías neurológicas progresivas e irreversibles que conllevan a un estado de incapacidad severa, con disminución de la visión o daño motor de alguna de las extremidades.

maspiante de organos: La Compañía cubre el trasplante de órganos ocasionados por cualquier tipo de accidente o enfermedad y ampara el procedimiento quirúrgico estrictamente indispensable para la recepción de los siguientes órganos completos: corazón, uno o dos pulmones, hígado o páncreas total (se excluye el trasplante de islotes de langerhans), que provenga de un donante vivo o muerto. Trasplante de órganos: La Compañía cubre el trasplante de órganos ocasionados

uemado: La Compañía otorga cobertura a pacientes con quemad s al 20% de extensión y pacientes con quemaduras de segundo grad cara, pies, manos y/o periné.

2.3.1. EXCLUSIONES PARA ENFERMEDADES GRAVES

EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE LAS ENFERMEDADES QUE HAYAN SIDO OCASIONADAS O QUE ESTÉN RELACIONADAS CON ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

- CUALQUIER MANIFESTACIÓN O TRATAMIENTO RELATIVO A DOLENCIAS QUE SE HAYAN PRESENTADO CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
 LA PRESENCIA DEL VIRUS DEL SIDA CON PRUEBA CONFIRMATORIA, DESCUBIERTO MEDIANTE TEST DE ANTICUERPOS O VIRUS DE SIDA CON RESULTADO POSITIVO, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIYADA DE ESTA CUITEDO. CÁNCER DE SENO O UTERO
- CÂNCER DE SENO O UTERO
 LA ANGIOPLASTIA Y/O CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN INTRA-ARTERIAL.
 LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA, LOS TUMORES DE LA PIEL (EXCEPTO MELANOMAS MALIGNOS), EL CÁNCER DE CÉRVIX Y CÂNCER IN SITU NO INVASIVO, O TODO TIPO DE TUMORES QUE SEAN DESCRITOS EN TÉRMINOS HISTOLÓGICOS COMO PREMALIGNOS O QUE PRESENTEN CAMBIOS MALIGNOS EN SU FASE INICIAL O TUMORES MALIGNOS SIN EVIDENCIA DE INVASIÓN.
 LOS ACCIDENTES VASCULARES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS Y ACCIDENTES CEREBROVASCULARES REVERSIBLES, ENTENDIENDO

- COMO TALES AQUELLOS EN LOS QUE EL ASEGURADO PUEDA RECUPERARSE COMPLETAMENTE EN LAS SEIS (6) SEMANAS SIGUIENTES A SU OCURRENCIA.

 ENFERMEDADES O LESIONES DIAGNOSTICADAS Y/O TRATADAS CON ANTERIORIDAD A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO, ASÍ COMO LAS DE ORIGEN CONGÉNITO.

- AMPARO, ASÍ COMO LAS DE ORIGEN CONGÉNITO.

 ENFERMEDADES O LESIONES DERIVADAS DEL USO DE ALCOHOL O SUSTANCIAS ALICINÓGENAS.

 ENFERMEDADES O LESIONES DERIVADAS DEL USO DE ALCOHOL O SUSTANCIAS ALICINÓGENAS.

 TENTATIVA DE SUICIDIO, O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.

 CUALQUIER DOLENCIA AMPARADA POR LA PÓLIZA QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA O ESTÉ SIENDO TRATADA POR UN MÉDICO QUE NO POSEA LICENCIA PERMANENTE Y VÁLIDA, EXPEDIDA POR LA AUTORIDAD RESPECTIVA PARA PRACTICAR LA MEDICINA EN EL PAÍS.

 LESIONES O DOLENCIAS QUE SE DERIVEN DE LA PRÁCTICA DE DEPORTES DE ALTO RIESGO O EXTREMOS, TALES COMO EL BUCCO, EL ALPINISMO ESCALAMIENTO, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, AUTOMOVILISMO, MOTOCICILISMO, DEPORTES DE INVIERNO, ASÍ COMO TAMBIÉN LA PRÁCTICA DE DEPORTES DE MANERA PROFESIONAL.

2.4. RENTAS CLINICAS

2.4.1 RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

La Compañía pagará al asegurado el valor contratado que figure en la carátula de la póliza para esta cobertura de acuerdo con el número de días que el asegurado se encuentre reduido en una institución hospitalaria o clínica, bajo el cuidado de un médico. El pago se producirá siempre y cuando la enfermedad o lesiones que la hayan ocasionado, se hayan producido transcurridos treinta (30) días desde el inicio de vigencia de la póliza y no sean por causa de una enfern

Para efectos del presente amparo, se entiende como hospitalización cuando el asegurado se encuentre en una habitación de una institución hospitalaria o clínica, por un periodo mínimo de veinticuatro (24) horas.

No son consideradas como instituciones hospitalarias, para efectos de cobertura de este amparo, las instituciones mentales para tratamiento de enfermedades Psiguiátricas, los lugares de reposo, convalecencia o descanso para ancianos, drogadictos o alcohólicos, los centros de cuidado intermedio, los lugares donde se proporcionan tratamientos naturalistas o de estética.

2.4.1. EXCLUSIONES DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE LAS INCAPACIDADES QUE HAYAN SIDO OCASIONADAS O QUE ESTÉN RELACIONADAS CON ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

- LA PRÁCTICA DE EXÁMENES MÉDICOS DE RUTINA, EXÁMENES DE LABORATORIO, RADIOGRAFIAS O FISIOTERAPIA TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS, EXCEPTO EL EXAMEN QUE SE NECESITE A CONSECUENCIA DE UNA INCAPACIDAD DETERMINADA POR MÉDICO O CIRUJANO DEBIDAMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER SU PROFESIÓN Y QUE LA ENFERMEDAD MOTIVANTE SE HAYA ORIGINADO DENTRO DE LA

- QUE LA ENFERMEDAD MOTIVANTE SE HAYA ORIGINADO DENTRO DE LA VIGENCIA DE ESTA POLIZA.

 **LESIONES CORPORALES INFLIGIDAS POR EL ASEGURADO A SI MISMO O INTENTO DE SUICIDIO, BIEN SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA;

 **D BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O ALUCINÓGENOS.

 **LICENCIAS DE MATERNIDAD O INCAPACIDADES CON OCASIÓN O POR CAUSA DE SU ESTADO DE EMBRARAZO O ABORTO

 **CIRUGIAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS CON FINES DE EMBELLECIMIENTO, A MENOS QUE SEAN COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE.

 **TODA INTERVENCIÓN OUIRURIGICA QUE TENGA POR FINALIDAD CORREGIR DEFORMACIONES, MALFORMACIONES, IMPERFECCIONES, Y ANOMALÍAS CONGÉNITAS.

 **CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE INTERNADO EN CASAS DE
- ANOMALIAS CONGENITAS.

 **CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE INTERNADO EN CASAS DE REPOSO POR DESÓRDENES MENTALES, FUNCIONALES, PSICOSIS,

- NEUROSIS.

 TRATAMIENTOS POR DROGADICCIÓN, TABAQUISMO O CUALQUIER ESTADO PSIQUIÁTRICO.

 CONDICIONES FÍSICAS O DE SALUD PREEXISTENTES, ENTENDIENDOSE COMO TAL CUALQUIER ENFERMEDAD O LESIÓN DIAGNÓSTICADA CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIACIÓN DEL AMPARO.

 TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS CIENTÍFICAMENTE POR LAS AUTORIDADES DE SALUD.

 DICTÁMENES MÉDICOS DADOS POR FACULTATIVOS QUE TENGAN PARENTESCO CON EL ASEGURADO, PARENTESCO ENTENDIDO DENTRO DEL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO DE AFINIDAD Y ÚNICO CIVIL.

 TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD, ESTERILIDAD Y PLANIFICACIÓN TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD, ESTERILIDAD Y PLANIFICACIÓN
- FAMILIADA. TERÁPIAS FISICAS EXÁMENES DE CORRECCIÓN Y DEFECTOS DE REFRACCIÓN DE LA

- VISTA.

 CÁNCER Y SU TRATAMIENTO

 PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES DE BUCEO, ALPINISMO,

 BECALAMIENTO, EN LOS QUE SE HAGA USO DE SOGAS O GUÍAS,

 ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, VUELOS EN COMETA,

 AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO O DEPORTES
- AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO O DEPORT ES PROFESIONALES.

 LESIONES CORPORALES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE VOLAR COMO PILOTO, ALUMNO PILOTO, MECÂNICO DE VUELO O MIEMBRO DE TRIPULACIÓN DE CUALQUIER NAVE AÉREA.

 *PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS O ACTOS DELICTIVOS.

 *CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN EJERCICIO DE FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO O DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA.
- PRIVADA. CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE; FISIÓN, FUSIÓN NUCLEAR O RADIACTIVIDAD. ACTOS DE TERRORISMO O DE GUERRA DECLARADA O SIN DECLARAR.

2.5. AUXILIO EXEQUIAL

En caso de fallecimiento del asegurado según lo definido en el numeral 1.1. De este documento, la compañía pagará la suma asegurada para este amparo al (los) beneficiario (s) designado (s) o en su defecto los de ley, para sufragar los gastos funerarios, siempre y cuando se contrate la cobertura.

2.6. RENTA MENSUAL POR FALLECIMIENTO PARA GASTOS DE HOGAR

En caso de fallecimiento por cualquier causa del asegurado, según lo definido en el numeral 1.1. De este clausulado, la compañía pagará el valor asegurado contratado como renta mensual y por el número de meses definidos en las condiciones económicas, a partir del mes siguiente a la fecha de ocurrencia del condiciones económicas, a partir del mes siguiente a la fecha de ocurrencia del condiciones económicas.

2.7. AUXILIO DE MATERNIDAD

La Compañía pagará al asegurado Mujer y/o Hombre, un valor único por hijo nacido vivo, por un solo evento en caso de Maternidad, previamente certificada su Licencia por la entidad correspondiente.

El pago se producirá, siempre y cuando hayan transcurridos tres (3) meses desde el inicio de la vigencia del presente amparo.

3. PERSONAS ASEGURABLES POR AMPARO

Quedarán amparadas bajo el presente contrato de seguros los Asociados activo y su cónyuge del Tomador durante la vigencia de la póliza, que sean reportado por el Tomador y cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos e este documento.

4. VIGENCIA

La vigencia técnica de la póliza será de doce (12) meses, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia que aparece en la carátula de la póliza

5. EDADES POR COBERTURA

COBERTURAS	MÍNIMA INGRESO	MÁXIMA INGRESO	PERMANENCIA
Fallecimiento por cualquier causa	18 años	70 años y 364 días.	llimitada
Incapacidad Total y permanente	18 años	65 años y 364 días.	66 años y 364 días.
Fallecimiento Accidental beneficios por desmembración	18 años	60 años y 364 días.	65 años y 364 días.
Enfermedades Graves	18 años	64 años y 364 días.	65 años y 364 días.
Rentas Diarias	18 años	60 años y 364 días.	65 años y 364 días.
Auxilio Exequial	18 años	70 años y 364 días.	Ilimitada
Bonto monovol per Follosimiento	10 0800	70 office v 264 dies	llimitada

5.1.ERRORES E INEXACTITUDES

Si al momento de presentarse una pérdida amparada bajo la póliza a la cual se adhiere este documento, se comprobare que la edad real del asegurado afectado por la pérdida es mayor que la declarada a la Compañía, siempre y cuando la edad verdadera no supere la edad méxima de ingreso a la póliza, ésta reconocerá el cien por ciento (100%) de la indemnización.

6 VALOR ASEGURADO

El valor asegurado de cada persona, será el seleccionado por el asegurado y aceptado por La Compañía.

7. CONTINUIDAD DE COBERTURA

La compañía otorga continuidad de cobertura, es decir no exigirá requisitos adicionales de asegurabilidad a los asegurados con seguro vigente en la fecha de expedición de la póliza, hasta por el monto del valor asegurado y las coberturas que se tuvieran contratadas con la anterior aseguradora.

- Que su actividad sea ilícita o se encuentre involucrado en procesos penales (excepto los delitos culposos) o privado de la libertad.

 • Que las condiciones de salud existieran con anterioridad a la vinculación del
- asegurado con el tomador.

Dentro del alcance de la continuidad de cobertura, cualquier incremento de valor asegurado o inclusión de coberturas requerirá el cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad establecidos en este documento. Sin perjuicio de lo anterior, el Tomador pondrá a disposición de la Compañía las solicitudes de seguro presentadas a la anterior aseguradora.

7.1 GARANTÍA DEL TOMADOR

Se otorga la continuidad de amparo descrita en el punto anterior, bajo la garantía suministrada por el Tomador de informar los riesgos que han sido extraprimados por la aseguradora anterior, a fin de aplicar estas mismas extra primas en el cobro de la nueva póliza.

Así mismo, la continuidad de amparos queda condicionada a que el Tomador informe a la Compañía por escrito, si tiene conocimiento de que haya asegurados a los cuales ya se les hubiere diagnosticado enfermedades graves o de carácter terminal.

LIMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD (L.A.R) POR UN SOLO EVENTO

El monto total indemnizable por parte de la Compañía por concepto de varias reclamaciones formuladas por la ocurrencia de un mismo evento durante la vigencia del seguro, no excederá del límite de indemnización fijado, de esta manera la suma a pagar por cada uno de los asegurados afectados, tendrán la misma proporción porcentual, sobre el (L.A.R), que es lo correspondiente a la suma total de los siniestros a reconocer. Además este limite opera, como único combinado para todas las pólizas de seguros de personas que tenga el tomador contratadas con la Compañía.

LIMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD \$1,000,000,000,000

9. AVISO DEL SINIESTRO

El Tomador, el Asegurado o los Beneficiarios según el caso, deberán dar aviso a El fortiador, el Asegurado o los Bereinciarios seguir el caso, deberán dar aviso a la Compañía, de toda lesión, pérdida o fallecimiento que pueda dar origen a una reclamación comprendida en los términos de esta Póliza, dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer los hechos que dan lugar a la reclamación. El asegurado o los beneficiarios deberán hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle el estudio del siniestro.

10. REQUISITOS EN CASO DE SINIESTRO

La Compañía pagará directamente a los beneficiarios o por conducto del Tomador, la indemnización a que está obligada, dentro de los treinta (30) días Tomador, la indemnización a que está obligada, dentro siguientes a la fecha en que se formalice la reclamación.

Sin perjuicio de la libertad probatoria que tiene el asegurado, para acreditar la ocurrencia del siniestro, deberá aportar documentos tales como:

- Registro civil de defunción del asegurado:

 Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.

 Registro civil de defunción del asegurado original o copia autenticada en notaria.

 Documentos que acrediten la calidad de los beneficiarios.

 En caso de no existir designación de beneficiarios, declaración extra-juicio del reclamante manifestando el desconocimiento de la existencia de un beneficiario con mejor o igual derecho. con mejor o igual derecho.

 Copia de historia clínica completa.
- Certificado original del médico que haya asistido al Asegurado indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente que le causó la
- Si el fallecimiento ocurrió a causa de un accidente, el informe de las autoridades que tuvieron conocimiento del caso, Acta de levantamiento del cadáver y olo de necropsia
- Certificación bancaría del(os) beneficiario(s).

- Para Incapacidad Total y Permanente o Enfermedad Grave del Asegurado:

 Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.

 Copia de historia clínica completa.

 Certificado original del médico que haya asistido al Asegurado indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad.

 Dictamen de calificación de Incapacidad Total y Permanente igual o superior al foundamento de calificación de Incapacidad Total y Permanente igual o superior al
- Prueba de alcoholemia en caso de accidente de tránsito.
- Para proceder al pago de la indemnización en caso de Rentas Clínicas, la Compañía solicitará la siguiente información:

- Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.
 Copia de historia clínica completa.
 Cerificado original del médico que haya asistido al Asegurado indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad, que incluya pruebas clínicas, radiológicas, histológicas de patología y de laboratorio que permitan evidenciar el origen, evolución, diagnóstico y naturaleza de la enfermedad.
 LA COMPANÍA podrá solicitar documentos adicionales en caso de ser recessirso para el estudie de la reclamación.
- necesarios para el estudio de la reclamación.

11. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

La Compañía pagará directamente a los beneficiarios o por conducto del Tomador, la indemnización a que está obligada, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que se formalice la reclamación.

12. PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

En caso de que la reclamación o los documentos profuesen en alguna forma fraudulentos o, si en apoyo de ella se utilizaren medios o documentos engañosos o dolosos, se perderá todo derecho a indemnización bajo

- Una vez pagada la indemnización por el amparo de Incapacidad Total y rmanente, el contrato de seguro queda extinguido en su totalidad. Cuando compañía haya realizado un pago bajo el amparo de Enfermedades Graves, é será deducido del amparo de Incapacidad Total y Permanente, siempre y cuar la Incapacidad se produzca como consecuencia de alguna de las enfermedad graves definidas en el respectivo amparo.
- graves definidas en el respectivo amparo.

 Cuando la compañía haya realizado un pago bajo el amparo de Enfermedades Graves, éste será deducido del amparo de Vida.
- Si a consecuencia del mismo accidente la compañía ha efectuado algún pago por desmembración, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por Incapacidad Total y Permane

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus amparos adicionales, termina por las siguientes causas:

- Por el no pago de la prima vencido el plazo establecido en el presente
- A la terminación de la vigencia del seguro, si éste no se renueva.
 Por la voluntad del tomador o asegurado.
- · Por mutuo acuerdo de las partes.

- ror mutuo acueroo de las partes.
 Cuando en el momento de la renovación de la póliza el grupo asegurado sea inferior a diez (10) personas, salvo que la Compañía lo acepte expresamente.
 Cuando la Compañía indemnice por el amparo básico o el amparo de incapacidad Total y Permanente.
 Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en este documento.

- Cuando el asegurado cumpla la edad de permanencia establecida por la Compañía
- Cuando el tomador solicite por escrito la exclusión del amparo adicional.
- Cuando la Compañía indemnice el 100% del amparo adicional.
 Por revocación de la Compañía.

El presente contrato es renovable a voluntad de las partes contratantes, en las condiciones técnicas y económicas acordadas según el resultado de la siniestralidad de la póliza en la vigencia inmediatamente anterior.

16. REVOCACIÓN DEL CONTRATO

La presente póliza y sus amparos adicionales podrán ser revocados por el Tomador o Asegurado en cualquier momento, mediante aviso escrito remitido a la Compañía. Se otorga un plazo de treinta (30) días para la revocación de la misma. El importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

Tratándose de los amparos adicionales, la Compañía podrá revocarlos mediante aviso escrito al Tomador, enviado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío. En este caso, la Compañía devolverá la parte proporcional de la prima no devengada desde la fecha de revocación

En caso de solicitar cambios o información de su póliza comuníquese a la Línea 018000974545

EN CASO DE SINIESTRO COMUNÍQUESE A:



Nacional: 018000 519 991 Bogotá: 307 7024 Celular: #624



FIRMA AUTORIZADA MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

Defensor del Consumidor Financiero: manuelg.rueda@gmail.com