



AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
860.002.183-9

SUC.	RAMO	POLIZA No.
29	59	76

POLIZA DE SEGURO DE GRUPO DEUDOR
TIPO DE POLIZA : NORMAL

FECHA SOLICITUD			EXPEDICIÓN			CERTIFICADO DE	N° CERTIFICADO	FECHA DESDE				FECHA HASTA				NÚMERO DE DIAS	
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	EXPEDICION	0	DÍA	MES	AÑO	HORA	DÍA	MES	AÑO	HORA	731	
30 08 2022			30 08 2022					01	09	2022	00:00	01	09	2024	00:00		
TOMADOR ITAU CORPBANCA COLOMBIA S.A.												NIT 890.903.937-0					
DIRECCIÓN TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL												TELÉFONO 5818181					
ASEGURADO ITAU CORPBANCA COLOMBIA S.A.												EDAD		NIT 890.903.937-0			
DIRECCIÓN TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL												TELÉFONO 5818181					
SUCURSAL POLIZA BOGOTA						PUNTO DE VENTA	MONEDA	Pesos			TIPO CAMBIO	1.00					

CATEGORIA: 1-MANEJO DE CARTERA DE CRÉDITO HIPOTECARIO

AMPAROS VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL
 AMPARO BASICO DE MUERTE VER LISTADO DE ASEGURADOS
 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE VER LISTADO DE ASEGURADOS

BENEFICIARIOS

FORMA DE PAGO: CONTADO 45 DIAS

EL PAGO DE LA PRIMERA PRIMA O FRACCION CONVENIDA PARA SU PAGO ES CONDICION INDISPENSABLE PARA EL INICIO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMERA DE LA POLIZA O FRACCION CONVENIDA POSTERIORES A LA PRIMERA Y UNA VEZ TRANSCURRIDO EL PLAZO DE GRACIA DE 30 DIAS CALENDARIO TAL COMO SE DEFINE EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y AXA COLPATRIA QUEDARA LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD POR SINIESTROS OCURRIDOS DESPUES DE LA EXPIRACION DE DICHO PLAZO.

PRIMA	\$ *****
GASTOS	\$ *****
AJUSTE AL PESO	\$ *****
IVA-RÉGIMEN COMÚN	\$ *****
PRIMA TOTAL PRIMER AÑO	\$ *****
PRIMA SEGÚN FORMA DE PAGO	\$ *****

FORMAN PARTE DE ESTE CONTRATO. LAS CLAUSULAS, CONDICIONES GENERALES FORMA 10/12/2020 1404-P-34-V1600/DICIE/2020-D00I

EN MI CALIDAD DE TOMADOR DE LA PÓLIZA REFERENCIADA EN ESTA CARÁTULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE, QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN, EL TEXTO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA. MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN DE LA PÓLIZA, ME HAN SIDO ANTICIPADAMENTE EXPLICADAS POR LA ASEGURADORA Y/O POR EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS LAS EXCLUSIONES Y EL ALCANCE O CONTENIDO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA Y DE LAS GARANTÍAS, Y EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMAR LA PÓLIZA DE SEGUROS AQUÍ CONTENIDA.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES Y AGENTES DE RETENCIÓN, SEGÚN RESOLUCIÓN 2509 DE DICIEMBRE 3 DE 1993.

EL PRESENTE DOCUMENTO SE EMITE EN LA LOCALIDAD DE BOGOTA A LOS 30 DIAS DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2022

FIRMA AUTORIZADA

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN DEL COASEGURO				INTERMEDIARIOS			
CÓDIGO	COMPANÍA	% PARTICIPACION	PRIMA	CODIGO	TIPO	NOMBRE	% PARTICIPACION
				58929	Agente	BANCO CORPBANCA COLOMBIA S	100.00



CONVENIO BANCOLOMBIA 24331 Línea integral de Atención al cliente Teléfonos (57-1) 4235757 en Bogotá y 018000512620 para el resto del país o #247

Dirección Calle 12 B No. 9-33, Oficinas 311 y 312, Bogotá D.C. Horario de atención lunes a viernes de 9 a.m. a 12 pm y de 1 pm a 4 p.m. Correo electrónico defensora@consulorodriguezvalero.com Teléfonos 337 48 81 - 313 499 80 23

Usuario AFOCAMPOA

- ORIGINAL -

V-2122

POLIZA DE SEGURO DE GRUPO DEUDOR No.76



CERTIFICADO DE: EXPEDICION		HOJA ANEXA No. 1
TOMADOR	ITAU CORPBANCA COLOMBIA S.A.	NIT 890.903.937-0
DIRECCIÓN	TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	TELÉFONO 5818181
NOTA DE COBERTURA VIDA GRUPO DEUDORES CREDITOS CON GARANTIA HIPOTECARIA Y LEASING HABITACIONAL		
RAMO/ TIPO DE SEGURO: VIDA GRUPO DEUDOR		
CLAUSULADO: Forma 10/12/2020 1404-P-34-V1600/DICIE/2020-D00I		
TOMADOR: ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S.A.		
NIT: 890.903.937-0		
ACTIVIDAD DEL TOMADOR: Entidad Financiera		
VIGENCIA DE LA ADJUDICACIÓN 01 de septiembre de 2022 a las 00:00 horas Hasta al 31 de agosto de 2024 a las 24:00 horas		
VIGENCIA DE LA PÓLIZA Mensual renovable automáticamente hasta 24 meses		
OBJETO DE SEGURO		
Es amparar de forma colectiva a los deudores del Banco para los créditos garantizados con hipoteca y de leasing habitacional contra los riesgos de muerte (por cualquier causa) y la incapacidad total y permanente.		
BENEFICIARIO ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S.A.		
PERSONAS ASEGURABLES Corresponde a las personas naturales que tengan deudas con Banco Itaú en las líneas de crédito hipotecario y leasing habitacional, incluido el Deudor Principal, Locatario, Cotitulares, Intervinientes y Deudores Solidarios.		
PRODUCTOS ASOCIADOS A CARTERA HIPOTECARIA Y LEASING HABITACIONAL Compra de vivienda nueva o usada a nivel nacional NO VIS, Cxl (subrogación), Adquisición Leasing Habitacional vivienda familiar y no familiar, Recolocación, Cesión, Leaseback Vivienda, Adición por mejoras de Leasing, Anticipos de Leasing, Modificación cartera Leasing, Remodelación de inmueble con hipoteca a favor del Banco, Construcción de vivienda individual, Compra de cartera hipotecaria, Compra de cartera leasing, Libre destinación otros usos con garantía hipotecaria, Crédito comercial persona natural con garantía hipotecaria, Crédito ordinario con garantía hipotecaria. Estos productos pueden ser solicitados por proceso tradicional o digital		
COBERTURAS		
VIDA (MUERTE POR CUALQUIER CAUSA) La Compañía ampara el fallecimiento del asegurado por cualquier causa, incluyendo homicidio, suicidio, SIDA, Covid-19 y terrorismo, muerte por secuestro y muerte presunta por desaparecimiento, desde la fecha de aprobación del crédito. La aseguradora debe aceptar los riesgos que fueron aprobados en la vigencia anterior y bajo las condiciones de suscripción que regían en el momento de la aprobación del crédito, aún cuando éste haya sido desembolsado posteriormente.		
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE E INVALIDEZ La compañía ampara la incapacidad que sufra el asegurado por cualquier causa, siempre que haya sido ocasionada y se manifieste estando asegurado el cliente y produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que de por vida impidan al mismo desempeñar cualquier ocupación o empleo remunerado.		
Dicha incapacidad deberá ser certificada por la EPS, ARL, AFP, Junta especial Fuerzas militares, junta médica regional u otras entidades competentes y deberá contener la indicación que el asegurado ha sufrido una pérdida igual o superior al 50% de su capacidad laboral.		
Para efectos de esta cobertura, se entiende que el siniestro inicia desde la fecha de estructuración y culmina en la fecha de emisión del dictamen. Por lo tanto, el valor a indemnizar bajo este amparo corresponderá al saldo insoluto de la deuda a la fecha del dictamen incluidos los valores por el capital, intereses corrientes, intereses de mora, seguros pendientes, honorarios jurídicos y demás costos asociados a la deuda. Así mismo la prescripción del contrato de seguro comenzará a contarse desde la fecha de emisión del dictamen. Se excluye la Incapacidad por enfermedad o accidente diagnosticada o manifiesta con anterioridad al ingreso del asegurado a la póliza.		
Fecha de siniestro: Dictamen de la invalidez.		
VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL		



USUARIO: AFOCAMPOA

CONVENIO BANCOLOMBIA 24331 Línea integral de Atención al cliente Teléfonos (57-1) 4235757 en Bogotá y 018000512620 para el resto del país o #247

Dirección Calle 12 B No. 9-33, Oficinas 311 y 312, Bogotá D.C. Horario de atención lunes a viernes de 9 a.m. a 12 pm y de 1 pm a 4 p.m Correo electrónico defensoria@consuelorodriguezvalero.com Teléfonos 337 48 81 - 313 499 80 23

SISE-U-002-0

POLIZA DE SEGURO DE GRUPO DEUDOR POLIZA No.76



CERTIFICADO DE:	EXPEDICION	HOJA ANEXA No. 2
TOMADOR	ITAU CORPBANCA COLOMBIA S.A.	NIT 890.903.937-0
DIRECCIÓN	TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	TELÉFONO 5818181

El valor asegurado para el amparo básico de vida será el saldo insoluto de la deuda a la fecha de muerte registrada en el registro civil de defunción, y para el amparo de incapacidad total y permanente, será el saldo insoluto de la deuda a la fecha de configuración del siniestro (Fecha del dictamen) reportado por el tomador, incluyendo capital no pagado más los intereses corrientes y de mora, honorarios jurídicos, primas de seguro, y cualquier otra suma relacionada con el crédito.

VALOR MÁXIMO ASEGURADO INDIVIDUAL
Cinco mil millones de pesos \$5.000.000.000 para cada asegurado.
Para valores superiores a dicho monto la aseguradora garantizará la colocación del seguro.

EADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

AMPAROS-----E. MAXIMA DE INGRESO---E. MÁXIMA DE PERMANENCIA
Amparo básico de-----
Vida-----72 años + 364 días-----Hasta que el asegurado cancele
-----la deuda con el tomador
Incapacidad Total-----y
Permanente-----72 años + 364 días-----Hasta que el asegurado cancele --
-----la deuda con el tomador

VIGENCIA DE LA CARTA DE APROBACIÓN

La validación de la edad del cliente se realizará en el momento que se emite la carta de aprobación del crédito hipotecario y contrato leasing habitacional, la cual tiene una vigencia para proyectos financiados por el Banco (Cxl) de hasta 540 días y para el resto de las líneas de vivienda hasta 180 días. En caso de que el cliente cumpla la edad máxima de ingreso en este período, no requiere proceso de exámenes médicos.

AMPARO AUTOMÁTICO

Hasta \$300.000.000 sin declaración de asegurabilidad. De \$300.000.001 hasta \$1.000.000.000 siempre y cuando en la declaración de asegurabilidad no se evidencie un mal estado de salud. Inclusión automática de expleados convencionales sin declaración de asegurabilidad hasta 153 SMLLV.

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Valor de Crédito-----Hasta 72 años + 364 días
Hasta \$300.000.000-----Sin requisitos
De \$300.000.001 a \$1.000.000.000-----Requisito I
De \$1.000.000.001 en adelante-----Requisito II

CONVENCION DE REQUISITOS

Amparo automático sin requisitos de asegurabilidad.

-REQUISITO I: Declaración de asegurabilidad y aplicación de extra prima de acuerdo con el tipo de enfermedad según tabla de patologías con aplicación de extra primas. Queda convenido que con la aplicación de la extra prima se ampara la patología declarada y el cliente no requiere proceso de calificación médica.

-REQUISITO II: Declaración de asegurabilidad debidamente diligenciado y firmado por el asegurado, más Examen Médico; Parcial de Orina; Electrocardiograma; Serología HIV; Glicemia; Creatinina; Colesterol HDL y Total; Ácido Úrico; Transaminasas (TGP-TGO); Triglicéridos; Cuadro Hemático; Antígeno prostático, para hombres mayores de cincuenta (50) años; La radiografía de tórax será opcional de acuerdo con el criterio médico examinador o evaluador y también para aquellos casos que requieran de colocación facultativa.

EXÁMENES MÉDICOS

Máximo dos (2) días hábiles a partir de la toma de exámenes al cliente: aplica para todos los segmentos.

PROTOCOLO CALIFICACIÓN MÉDICA:

1. Solicitud proceso de calificación médica: Se da inicio al proceso solicitando los exámenes o los soportes médicos para emitir el concepto dependiendo del caso.
2. Soportes y conceptos adicionales: De ser requerido, la Dirección Médica de la aseguradora solicitará soportes adicionales que puedan necesitarse para la emisión del concepto, mediante comunicación telefónica con el cliente o solicitud de algún reporte médico que genere argumentos adicionales para conocer a profundidad el estado de salud del cliente.
3. Análisis de la Información: Una vez se tenga la información completa y total claridad del estado de salud del cliente, se da inicio al proceso de análisis. Con base en la información suministrada durante el proceso de calificación y aporte de información adicional por parte del cliente, la Dirección Médica de la aseguradora procede a emitir el concepto de asegurabilidad.
4. Emisión Concepto de Asegurabilidad: El resultado puede ser: cliente aprobado standard, aprobado con extra prima o rechazado.
5. Notificación: La aseguradora envía al Banco el resultado de la calificación vía correo electrónico. La aseguradora envía carta de notificación al cliente, con el sustento de la calificación y anexa el resultado de los exámenes practicados. En caso de requerirse, se le da opción de llamada al cliente, con el fin de explicar con mayor detalle la decisión de la extra prima o del rechazo.



POLIZA DE SEGURO DE GRUPO DEUDOR POLIZA No.76



CERTIFICADO DE:	EXPEDICION	HOJA ANEXA No. 3
TOMADOR	ITAU CORPBANCA COLOMBIA S.A.	NIT 890.903.937-0
DIRECCIÓN	TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	TELÉFONO 5818181

Una vez realizados los exámenes médicos por parte de la Compañía Aseguradora, estos tendrán una vigencia mínima de doce (12) meses para cualquier patología.

Los asume 100% la aseguradora, incluyendo exámenes básicos a domicilio ilimitados y exámenes especializados cuando haya lugar a ellos

EXTRAPRIMAS

Axa Colpatria aceptan las enfermedades y extraprimas de acuerdo con lo establecido en el anexo 2.

Nota: Las extraprimas para los asegurados actuales se mantienen.

ENTREGA DE CERTIFICADOS INDIVIDUALES PÓLIZA

La aseguradora deberá enviar al deudor asegurado dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de iniciación de cobertura, una copia de la póliza y del certificado individual de seguro al domicilio del mismo, así mismo deberá guardar en sus archivos copia del comprobante de dichos documentos el cual de ser requerido por el banco deberá ser enviado en dos (2) días hábiles.

CONTINUIDAD DE COBERTURA

Se otorga el beneficio de continuidad a todos los deudores del ITAU CORPBANCA COLOMBIA S.A. que a la fecha de iniciación del seguro se encontraban amparados en la póliza anterior, definida como la extensión de las condiciones que traía el asegurado respecto a edad, valor asegurado, estado de salud y condiciones de suscripción de la compañía de Seguros anterior a la contratación de este seguro. Así mismo en caso de reestructuraciones, hasta 360 meses incluido el plazo inicial del crédito y/o contrato leasing habitacional, se debe mantener la continuidad de la cobertura sin exigirse requisitos de asegurabilidad si supera el amparo automático por monto o edad. Aplica la continuidad de la cobertura para cualquier tipo de modificación de la cartera sin exigirse requisitos de asegurabilidad si se supera el amparo automático por monto o edad. Para el caso de crédito Otros Usos con garantía hipotecaria la reestructuración es hasta 120 meses.

CESIÓN DE LOS DERECHOS DE LA ENTIDAD COMO PRIMER BENEFICIARIO

La compañía de seguros adjudicada deberá aceptar de manera anticipada, expresa e incondicional la cesión de los derechos que correspondan o puedan corresponder al acreedor como beneficiario a título oneroso en los contratos de seguro de vida deudores, que respalden los créditos que hagan parte de portafolios destinados a ser titularizados. La presente aceptación incluye todos los casos de venta, sustitución y/o recompra de créditos.

En virtud de la presente cláusula, el Beneficiario Oneroso será:

- a) El Banco en calidad de primer beneficiario a título oneroso.
- b) En caso de cesión o endoso de los seguros por parte del banco, el primer beneficiario será el cesionario o comprador.

SINIESTROS

DOCUMENTOS MÍNIMOS PARA EL PAGO DE SINIESTROS EN EL AMPARO BÁSICO DE VIDA

Fotocopia del Registro civil de defunción.
Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado.
Certificación del saldo de la deuda.
Declaración de asegurabilidad la cual deberá ser aportada por el Banco, en los casos que la aseguradora lo requiera. (Para valores superiores a Col \$300.000.000)

Nota: En los casos en que no se pague la prima del seguro de vida correspondiente al mes del siniestro, ésta será descontada por la aseguradora del pago de la indemnización.

Nota: Para valores de siniestros inferiores o iguales a Col \$300.000.000, la reclamación se entenderá formalizada cuando se anexe: Fotocopia del Registro civil de defunción, Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado y Certificación del saldo de la deuda.

DOCUMENTOS MÍNIMOS PARA EL PAGO DE SINIESTROS EN EL AMPARO DE ITP

Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado
Dictamen de pérdida de capacidad laboral emitida por la entidad competente.
Certificación del saldo de la deuda.
Historia clínica.
Declaración de asegurabilidad la cual deberá ser aportada por el Banco, en los casos que la aseguradora lo requiera. (Para valores superiores a Col \$300.000.000)

Nota: Para valores de siniestros inferiores o iguales a Col \$300.000.000 la reclamación se entenderá formalizada cuando el asegurado anexe: Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado, Certificación del saldo de la deuda y Dictamen de pérdida de capacidad laboral emitida por la entidad competente.



USUARIO: AFOCAMPOA

POLIZA DE SEGURO DE GRUPO DEUDOR POLIZA No.76



CERTIFICADO DE:	EXPEDICION	HOJA ANEXA No. 4
TOMADOR	ITAU CORPBANCA COLOMBIA S.A.	NIT 890.903.937-0
DIRECCIÓN	TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	TÉLEFONO 5818181

Nota: En los casos en que no se pague la prima del seguro de vida correspondiente al mes del siniestro, ésta será descontada por la aseguradora del pago de la indemnización.

PLAZO PARA EL PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES
Máximo Cinco (05) días hábiles para el pago del siniestro o para la objeción, contados desde la fecha de formalización de la reclamación.

AVISO SINIESTROS
Setecientos treinta (730) días.

REPORTE DE NOVEDADES
El tomador suministrará mensualmente un listado de clientes nuevos para emisión de certificado individual de seguro.

Para el recaudo se reportará el valor total de la facturación. Póliza nominada.

COBRO Y PAGO DE LA PRIMA

PLAZO PARA EL PAGO DE LA PRIMA A LA ASEGURADORA
El plazo para el pago de la prima a la Aseguradora será de sesenta (60) días calendario desde la fecha de emisión del cobro del certificado.

CONDICIÓN DE PAGO DE LA PRIMA
La aseguradora para efectos de recibir el pago de la prima debe aperturar una cuenta de ahorros o corriente en ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S.A., en la cual se abonarán los valores correspondientes.

CLAUSULAS ADICIONALES

PRINCIPIO DE CAUSALIDAD
La eventual reticencia o inexactitud solo podrá ser alegada por la aseguradora si tal error en la declaración del estado del riesgo tiene relación de causalidad con el siniestro, por lo que, en caso contrario, la aseguradora reconocerá el saldo insoluto de la deuda, o la alternativa de valor asegurado que el cliente haya escogido en el producto financiero de ITAU CORPBANCA COLOMBIA S.A.

ERRORES INEXACTITUDES
Cualquier error u omisión involuntario y accidental en que pueda incurrir el tomador de la póliza en la información reportada a la aseguradora, correspondiente a los créditos de los deudores amparados por esta póliza (bases, certificación saldos de deuda, etc.), no exime de responsabilidad a la aseguradora del pago de la indemnización en caso de un siniestro.

REVOCAION POR PARTE DEL TOMADOR
La institución financiera podrá dar por terminado el contrato unilateralmente con un preaviso mínimo de noventa (90) días calendario.

CONDICIONES ECONÓMICAS

TASA
T. de Riesgo Mensual---0,032%(Por ciento)----Cero coma cero treinta y dos por ciento

TARIFA POR EL SERVICIO DE RECAUDO DE LAS PRIMAS DE SEGUROS

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. reconocerá a ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S.A., como tarifa de recaudo el valor de dieciocho mil ciento sesenta y cuatro pesos (\$18.164) más IVA y aplicará a cada una de las primas y seguros recaudados. Esta se descontará del monto total de las primas a cancelar a la Aseguradora contra la presentación de la correspondiente cuenta de cobro o factura.

Demas condiciones No establecidas o modificadas en este slip se rigen por las Condiciones Generales Seguro Vida Grupo CLAUSULADO APLICABLE: FORMA 10/12/2020 1404-P-34-V1600/DICIE/2020-D00I

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

ANEXO 1 CLAUSULAS ADICIONALES.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN Y LIMITACIÓN POR SANCIONES:
Ningún asegurador ofrecerá cobertura ni será responsable por el pago de reclamos o proporcionará beneficios que deriven del presente contrato si la provisión de dicha cobertura, pago de dicho reclamo o provisión de dicho beneficio expusiera al asegurador a cualquier sanción, prohibición o restricción de acuerdo con las resoluciones de las naciones unidas o de las sanciones comerciales o económicas, leyes o regulaciones de la Unión Europea, Reino Unido, Francia, o Estados Unidos de América.

CLÁUSULA DE ARBITRAJE COLOMBIANA:



POLIZA DE SEGURO DE GRUPO DEUDOR POLIZA No.76



CERTIFICADO DE: EXPEDICION		HOJA ANEXA No. 5	
TOMADOR	ITAU CORPBANCA COLOMBIA S.A.	NIT	890.903.937-0
DIRECCIÓN	TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	TELÉFONO	5818181

Cualquier controversia, derivada de las disposiciones del presente Acuerdo o referente a su interpretación o validez, que surja entre la Aseguradora y el Tomador será sometida a arbitraje. El procedimiento arbitral será regulado por las leyes vigentes en Colombia. Siempre y cuando sea permitido por las leyes vigentes en Colombia las siguientes reglas se aplican:

- 1.Cualquiera de las partes podrá iniciar el procedimiento de arbitraje notificando por escrito su intención de hacerlo a la otra parte y comunicándole a la vez el nombre del árbitro por ella elegido.
- 2.Dentro del plazo de treinta (30) días a partir de la recepción de dicha notificación, la otra parte designará un árbitro.
- 3.En caso de que alguna de las partes no nombre un árbitro en el plazo indicado, la otra parte tendrá el derecho a designarlo ella de inmediato en su lugar. Los dos árbitros elegirán un tercer árbitro.
- 4.Los árbitros serán ejecutivos o ex- ejecutivos de compañías de seguros o reaseguros que no estén controladas ni manejadas por ninguna de las partes del presente Acuerdo.
- 5.Los árbitros no estarán limitados por formalidades judiciales ni por reglas formales de realización y valoración de las pruebas, y otorgarán la debida consideración a los usos y costumbres vigentes en el negocio del seguro y reaseguro.
- 6.La resolución (el laudo arbitral) que se dicte, por mayoría y en forma escrita, será definitiva y vinculante.
- 7.Salvo que los árbitros dispongan algo diferente, la totalidad de las costas del procedimiento de arbitraje, incluidos los honorarios de los árbitros, se repartirán por igual entre las partes. Sede Arbitraje: Se puede definir una ciudad, preferiblemente la misma ciudad de operación de la sede principal del cliente

CLÁUSULA AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Para efectos de la presente autorización, AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A (en adelante LA COMPAÑÍA) serán la entidad Responsable del Tratamiento de los datos personales de los asegurados, los cuales se recolectan y recolectarán observando las normas especiales que rigen la actividad aseguradora y de salud y la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios; por lo tanto, AUTORIZO LIBREMENTE Y DE MANERA EXPRESA a LA COMPAÑÍA su matriz, subordinadas, afiliadas y en general a las sociedades que integran el Grupo AXA, o a cualquier cesionario o beneficiario presente o futuro de sus obligaciones y derechos, para que directamente o a través de terceros, puedan tener acceso a la información suministrada por mí en cualquier momento, y lleven a cabo todas las actividades de tratamiento de mis datos personales como recolección, almacenamiento, uso, circulación y supresión, entre otras, necesarias para cumplir con las siguientes finalidades: i) estudiar y atender la(s) solicitud(es) de servicios requeridos por mí en cualquier tiempo, ii) ejercer su derecho de conocer de manera suficiente al cliente/afiliado/usuario con quien se propone entablar relaciones, prestar servicios, y valorar el riesgo presente o futuro de las mismas relaciones y servicios, iii) prestar los servicios que de la(s) misma(s) solicitud(es) pudieran originarse y cumplir con las normas y jurisprudencia vigente aplicable, iv) atender las necesidades de servicio, técnicas, operativas, de riesgo o de seguridad que pudieran ser razonablemente aplicables, lo anterior en consideración a sus sinergias mutuas y su capacidad conjunta de proporcionar condiciones de servicio más favorables a sus clientes, v) ofrecer conjunta o separadamente con terceros o a nombre de terceros, servicios comerciales, de seguridad social y conexos, así como realizar campañas de promoción, beneficencia o servicio social o en conjunto con terceros. Para efectos de esta autorización, entiendo que, como Titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012 y normas que la complementen, en especial, los derechos a conocer, actualizar, rectificar o solicitar la supresión de mis datos, y revocar la autorización que he otorgado para el uso de mis datos personales que hayan sido recolectados con las finalidades arriba indicadas, entendiéndolo, no obstante, que las facultades de supresión y de revocación no aplican respecto de la información requerida para el desarrollo del contrato

establecido. Entiendo además que en virtud de lo dispuesto en el art. 20 del decreto 1377/13, he indicado e identificado a los beneficiarios de la póliza o producto adquirido, y que en tal virtud sus datos quedarán almacenados en las bases de datos de LA COMPAÑÍA, y serán utilizados para los fines propios de la cobertura y de la prestación del servicio de asistencia que cubra al producto contratado, y finalmente entiendo que, para el ejercicio de estos derechos, LA COMPAÑÍA ponen a mi disposición como Titular los canales de comunicación relacionados en la sección "Contáctanos" de la página web <https://www.axacolpatria.co>.

Si usted tiene alguna observación en relación con alguna de las finalidades atrás mencionadas, por favor comuníquese con nuestro centro telefónico de atención integral AXA COLPATRIA, al 423 57 57 en Bogotá o al 018000 512 620 fuera de Bogotá, o si lo desea puede enviarnos un correo electrónico a: servicioalcliente@axacolpatria.com

El envío de la información para realizar la cotización es tomada por la compañía como una conducta inequívoca para el tratamiento de sus datos personales para el propósito de la cotización, en caso que la cotización sea aceptada o usted manifieste por cualquier medio su deseo de que la póliza o contrato sea expedido, esta manifestación se entenderá como una conducta inequívoca para el tratamiento de sus datos personales para el objeto de la póliza o contrato expedido.

CLÁUSULA DE CONTROL RECLAMOS

Cuando una pérdida/reclamación se presente, el ASEGURADO notificará por escrito de dicha pérdida/reclamación al ASEGURADOR inmediatamente después de haber conocido o debido conocer de dicha pérdida/reclamación y, mantendrá al ASEGURADOR plenamente informado de todos los desarrollos relacionados con dicha pérdida / reclamación inmediatamente después de ser de su conocimiento. A petición del ASEGURADOR, el ASEGURADO pondrá a disposición cualquier información relevante que el ASEGURADOR pueda requerir con respecto a reclamaciones o reclamaciones potenciales notificadas de acuerdo con el párrafo anterior, siempre que la divulgación de dicha información no impida que cualquiera de las partes cumpla con las leyes aplicables.

A petición del ASEGURADOR, el ASEGURADO cooperará con el ASEGURADOR o cualquier otra persona que este designe de manera oportuna con respecto a la liquidación de un reclamo notificado de conformidad con el primer párrafo de esta cláusula. Dicha cooperación consistirá en la prestación de asesoramiento y análisis a los ASEGURADOS. Se acuerda además que el ASEGURADO podrá delegar en el ASEGURADOR el derecho a resolver las reclamaciones.



POLIZA DE SEGURO DE GRUPO DEUDOR POLIZA No.76



CERTIFICADO DE: EXPEDICION		HOJA ANEXA No. 6
TOMADOR	ITAU CORPBANCA COLOMBIA S.A.	NIT 890.903.937-0
DIRECCIÓN	TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	TELÉFONO 5818181



86072555C98A538



AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
860.002.183-9

SUC.	RAMO	POLIZA No.
29	59	76

CONVENIO DE PAGO DE PRIMAS ANEXO NUMERO 1 QUE FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA

EN VIRTUD DE LA FORMA DE PAGO DE PRIMAS CONVENIDA EN LA SOLICITUD DEL SEGURO, EN LA CARATULA Y CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA ARRIBA DETALLADA, SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO QUE LAS OBLIGACIONES DEL PAGO DE PRIMA POR PARTE DEL ASEGURADO SERAN REALIZADAS EN LAS FECHAS Y POR LOS CORRESPONDIENTES VALORES DETALLADOS EN EL SIGUIENTE CUADRO.

VALOR TOTAL DE LA PRIMA PAGADA : \$**0.00
FORMA DE PAGO CONVENIDA : CONTADO 45 DIAS

PLAN DE PAGOS

SEGUN EL ARTICULO 1068 DEL CODIGO DE COMERCIO, EL PAGO DE LA PRIMERA PRIMA O FRACCION CONVENIDA PARA SU PAGO ES CONDICION INDISPENSABLE PARA LA INICIACION DE LA VIGENCIA DEL SEGURO. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O FRACCION CONVENIDA POSTERIORES A LA PRIMERA Y UNA VEZ TRANSCURRIDO EL PLAZO DE GRACIA DE (30) TREINTA DIAS CALENDARIO TAL COMO SE DEFINE EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO.

EN MI CALIDAD DE TOMADOR DE LA PÓLIZA REFERENCIADA EN ESTA CARÁTULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE, QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN, EL TEXTO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA. MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN DE LA PÓLIZA, ME HAN SIDO ANTICIPADAMENTE EXPLICADAS POR LA ASEGURADORA Y/O POR EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS LAS EXCLUSIONES Y EL ALCANCE O CONTENIDO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA Y DE LAS GARANTÍAS, Y EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMAR LA PÓLIZA DE SEGUROS AQUÍ CONTENIDA.

SE FIRMA EN BOGOTA

EN AGOSTO 30

DE 2022

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

EL ASEGURADO



CONVENIO BANCOLOMBIA 24331 Línea integral de Atención al cliente Teléfonos (57-1) 4235757 en Bogotá y 018000512620 para el resto del país o #247

Dirección Calle 12 B No. 9-33, Oficinas 311 y 312, Bogotá D.C. Horario de atención lunes a viernes de 9 a.m. a 12 pm y de 1 pm a 4 p.m. Correo electrónico defensoria@consuelordriguezvalero.com Telefonos 337 48 81 - 313 499 80 23