



SEGURO DE PROTECCIÓN DE PAGOS ACTIVIDAD ECONÓMICA EMPLEADOS

27/09/2021-1327-P-24-DS-0000000000020-0R00

Seguros Comerciales Bolívar S.A. en adelante “**SEGUROS BOLÍVAR**” le reconocerá al **ASEGURADO** o Beneficiario, el pago del valor máximo asegurado, hasta el número de cuotas por evento que se indica en el certificado individual del seguro, cuando el **ASEGURADO** no pueda desarrollar su actividad económica como empleado y esto afecte su capacidad para pagar las cuotas de su crédito asegurado con éste seguro, a la ocurrencia de los siguientes eventos, durante la vigencia de seguro.

¿QUÉ CUBRIMOS?- AMPAROS

1.1. Desempleo involuntario

Este seguro cubre si el **ASEGURADO** queda desempleado por alguna de las siguientes causas, según corresponda:

- 1.1.1. Pérdida involuntaria del empleo.
- 1.1.2. La terminación del contrato por mutuo consentimiento, con acuerdo ante el Ministerio de Trabajo, donde exista el pago de una indemnización adicional a las prestaciones legales y/o extralegales contempladas en ley.
- 1.1.3. La terminación del contrato a término fijo por parte del empleador antes de la fecha de su vencimiento siempre y cuando el contrato haya sido celebrado mínimo por 6 meses.
- 1.1.4. La terminación anticipada del contrato temporal, obra o labor, prestación de servicios o provisionalidad, siempre y cuando el contrato haya sido celebrado mínimo por 6 meses.
- 1.1.5. La no renovación del contrato a término fijo, obra o labor, temporal, prestación de servicios o provisionalidad; siempre y cuando exista continuidad mínima de 18 meses con el mismo empleador y en el caso de varios contratos que entre uno y otro no supere 15 días hábiles.
- 1.1.6. Cuando el desempleo sea resultado de un despido colectivo autorizado por la autoridad competente.

Importante: Se considera como primer día de desempleo el día de la terminación del vínculo laboral según sea certificado por el empleador.

¿QUÉ ES?

Es un seguro que le paga las cuotas de su crédito cuando sus ingresos como empleado se vean afectados.

ASEGURADO

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

BENEFICIARIO

Es la persona designada en la póliza que tiene derecho a recibir la indemnización.

Para esta póliza: Para las coberturas de Desempleo e Incapacidad Temporal: La Entidad Financiera.

Para la cobertura de Gastos Protegidos: El Asegurado.

EMPLEADO

Para efectos de esta póliza se considera empleado a una persona natural del sector privado, oficial o público con contrato vigente superior a 6 meses:

- Contrato fijo o indefinido.
- Contrato temporal, obra o labor, prestación de servicios.
- Libre nombramiento y remoción por nombramiento ordinario o provisional o empleados públicos escalafonado en carrera administrativa, registrado y nombrado como tal, y que el acto administrativo por el que fue nombrado se encuentre en firme.
- Pensionados con ingresos adicionales a su mesada pensional.

DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Perdida involuntaria del empleo como consecuencia de despido por parte del empleador por causa ajena a la voluntad del ASEGURADO o justa causa.



1.2. Incapacidad temporal

Este seguro cubre si al **ASEGURADO** le entregan una incapacidad por las siguientes causas:

1.2.1. Cuando no pueda desarrollar su actividad como empleado, por haber sufrido un accidente o una enfermedad que le ocasione una incapacidad temporal durante al menos 15 días consecutivos.

Si transcurridos los primeros 15 días continúa incapacitado, por cada período consecutivo adicional de 30 días se pagará el valor asegurado contratado.

1.2.2. Si la incapacidad es producto de una condición preexistente, será cubierto después de 12 meses de vigencia ininterrumpida del seguro.

2. ¿QUÉ NO CUBRIMOS? - EXCLUSIONES

2.1. Exclusiones generales

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

2.1.1. Si deja de ser residente Colombiano.

2.1.2. Si no está al día en las cuotas mensuales del crédito.

2.1.3. Si no acredita haber estado ejerciendo su actividad económica durante al menos 90 días previos a la ocurrencia del evento cubierto.

2.1.4. Si su actividad principal es:

2.1.4.1. Piloto de aviación o miembro de tripulación de vuelos no comerciales.

2.1.4.2. Hace parte de las Fuerzas Militares, Policía Nacional o presta el servicio militar obligatorio.

2.1.5. Si el **ASEGURADO** es pensionado y no cuenta con una fuente de ingresos como trabajador dependiente diferente a su mesada pensional.

CUOTA MENSUAL DEL CRÉDITO

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

El valor a pagar corresponde al valor de la cuota de crédito vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro y tendrá el límite del valor máximo asegurado por cuota indicado en el certificado de seguro.

CONDICIÓN PREEXISTENTE

Corresponde a cualquier enfermedad, patología o condición de salud que haya sido conocida por el **ASEGURADO** y diagnosticada médicamente con anterioridad a la suscripción del seguro.

2.1.6. Si el hecho que dio lugar al desempleo o incapacidad ocurrió como consecuencia de desastres naturales, hechos de guerra, huelga, cierres, motines, disturbios y desobediencia civil.

2.2. Exclusiones aplicables a la cobertura de Desempleo Involuntario

No cubrimos un evento de desempleo si el **ASEGURADO**:

2.2.1. En la fecha en la que solicitó el seguro o dentro de los 30 días previos a la contratación, contaba con evidencia clara de que podía quedar desempleado.

2.2.2. Es empleado y su contrato es estacional, ocasional, transitorio o accidental.

2.2.3. Es trabajador con un contrato inferior a 6 meses.

2.2.4. Es trabajador oficial y deja de prestar servicios por expiración del plazo presuntivo de 6 meses del contrato de trabajo o antes de la finalización de la primera prórroga de 6 meses.

2.2.5. Presenta renuncia, se encuentra en periodo de prueba o se pensiona.

2.2.6. Fue despedido con justa causa de conformidad con la legislación laboral aplicable, el contrato de trabajo, o el reglamento interno de trabajo.

2.2.7. Es empleado público y cumple la edad de retiro forzoso, fue destituido o abandonó el cargo.

2.2.8. Queda desempleado por la expiración del plazo del contrato a término fijo o la terminación de la tarea o labor por la cual fue contratado.

2.2.9. No le es renovado el contrato laboral cuando lleva menos de 18 meses continuos con el mismo empleador y/o los tiempos entre cada renovación exceden los 15 días hábiles.

2.2.10. Es despedido por una persona con tercer grado de consanguinidad, afinidad o cuando es trabajador de su propia empresa.

2.2.11. Se produce la suspensión del contrato de trabajo por cualquier causa o se encuentra en licencia no remunerada.

2.2.12. No regresa a su empleo luego de ser notificado de la reanudación del trabajo una vez desaparecidas las causas de suspensión del contrato.

2.2.13. Es una persona vinculada como asociado a una cooperativa de trabajo asociado, sin ningún tipo de vínculo laboral con la dicha cooperativa.

2.3. Exclusiones aplicables a la Cobertura de Incapacidad Temporal

No cubriremos un evento de incapacidad en cualquiera de los siguientes casos:



- 2.3.1.** Si se encuentra incapacitado por consumir alcohol, drogas estimulantes, depresoras o alucinógenas o cualquier sustancia similar, que no sean tomadas bajo el consejo o supervisión médica (esto no incluye drogas prescritas por un médico para el tratamiento de adicción a las drogas).
- 2.3.2.** Se ha provocado heridas en estado de sanidad mental o en demencia, incluyendo la tentativa de suicidio.
- 2.3.3.** Sufre un accidente por realizar una actividad peligrosa.
- 2.3.4.** Sufre una enfermedad psiquiátrica o desórdenes mentales, incluyendo estrés, diagnosticados por un psiquiatra.
- 2.3.5.** Rechaza de manera injustificada el recibir un diagnóstico médico, es incapacitado como consecuencia de no seguir instrucciones médicas, o se somete a un tratamiento sin supervisión médica.
- 2.3.6.** Se realiza cualquier procedimiento quirúrgico electivo.
- 2.3.7.** Se incapacita por parto, embarazo normal o interrupción voluntaria del embarazo, y sus consecuencias.
- 2.3.8.** Sufre una lesión derivada de la manipulación de armas de fuego.
- 2.3.9.** Enfermedad preexistente que se manifieste el primer año de vigencia del seguro.

3. CONDICIONES PARTICULARES

En el certificado individual de seguro podrá consultar:

- 3.1.** La vigencia de la póliza.
- 3.2.** El período de carencia que aplica para todos los amparos.
- 3.3.** Valor asegurado, cuotas por cada evento y valor máximo asegurado.
- 3.4.** Prima del seguro.

ACTIVIDAD PELIGROSA

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

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO ELECTIVO

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

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

El seguro tendrá vigencia de un año de acuerdo a partir de la fecha indicada en el certificado individual de seguro.

CARENCIA

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

VALOR ASEGURADO

Corresponde al valor de la cuota del crédito o plan seleccionado sin superar el valor máximo establecido en el certificado de seguro.

LÍMITE DE CUOTAS A CUBRIR

Corresponde al número máximo de pagos que recibirá a la ocurrencia de un evento según la opción contratada.



4. PERIODO DE REACTIVACIÓN

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

Cobertura	Desempleo Involuntario	Incapacidad Temporal
Desempleo Involuntario	180 días	30 días
Incapacidad Temporal	180 días	30 días diferente causa 180 días misma causa

Días contados a partir del mes que corresponde a la última cuota indemnizada.

- 4.1.** Las coberturas de incapacidad temporal y desempleo son excluyentes entre sí.
- 4.2.** Solo se podrá reclamar la indemnización por el evento que ocurrió primero.

5. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

- 5.1.** Ser residente en Colombia.
- 5.2.** Ser un trabajador dependiente.
- 5.3.** Tener entre 18 y 75 años y 364 días.
- 5.4.** Tener un crédito vigente y estar al día en las cuotas mensuales del crédito con el Tomador.

6. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

SEGUROS BOLÍVAR quedará relevada de toda responsabilidad y/o el **ASEGURADO** perderá todo derecho a la indemnización en los siguientes casos:

- 6.1.** Cuando al momento de contratar el seguro, lo haga omitiendo información o entregando datos que no sean ciertos.
- 6.2.** Si al presentar la reclamación, o posteriormente, el **ASEGURADO** por sí mismo o por otra persona, emplea medios, documentos engañosos o declaraciones falsas para sustentar o para derivar beneficios indebidos de este seguro o su reclamación es fraudulenta.

CUOTAS POR EVENTO

Corresponde al número máximo de pagos que recibirá a la ocurrencia de un evento según la opción contratada.

LÍMITE DE CUOTAS A CUBRIR

Corresponde al número máximo de pagos que recibirá a la ocurrencia de un evento según la opción contratada.

VALOR MÁXIMO ASEGURADO

Corresponde al valor máximo a pagar por cada cuota que se indica en el certificado individual de seguro.

PRIMA DE SEGURO

Corresponde al precio del seguro. Se calcula sobre el valor de la cuota del crédito o sobre la suma fija seleccionada y consta en el certificado individual de seguro.

TOMADOR

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

7. DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

Al momento de asegurarse, el **ASEGURADO** debe declarar todas y cada una de las circunstancias que nos permitan conocer y establecer el real estado del riesgo, de conformidad con la declaración de asegurabilidad firmada.

La inexactitud u omisión de información sobre estas circunstancias generará la nulidad relativa del contrato de seguro, en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.

8. ¿QUÉ DEBE HACER PARA RECLAMAR SU SEGURO?

Una vez ocurrido el evento, para solicitar el pago de su seguro, debe presentarse la solicitud de indemnización y aportar los documentos necesarios para acreditar la ocurrencia del siniestro en los términos del artículo 1077 del Código de Comercio.

SEGUROS BOLÍVAR podrá comprobar la veracidad y exactitud de los documentos aportados.

El **ASEGURADO** autoriza a **SEGUROS BOLÍVAR** para solicitar información a empleadores o instituciones que posean información sobre su historia laboral.

Para reclamaciones por incapacidad nos autoriza a examinarlo y solicitar documentos adicionales, en caso de ser necesario, tales como, la historia clínica y otros documentos médicos.

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

9. ¿CÓMO LE PAGAREMOS?

SEGUROS BOLÍVAR pagará al Beneficiario la suma asegurada, dentro los 20 días calendario siguientes a la fecha en que se haya acreditado la ocurrencia del evento.

El valor a pagar corresponderá al valor asegurado vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro.

10. COBERTURA ININTERRUMPIDA

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

10.1. Opere alguna causal de terminación.

10.2. alguna de las dos partes manifieste a la otra su voluntad de dar por terminado el seguro o de no renovarlo para una nueva vigencia.

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

11. CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL SEGURO

El seguro termina cuando:

- 11.1.** El **ASEGURADO** fallece, se pensiona o cumple la edad máxima de permanencia (90 años).
- 11.2.** El crédito asegurado es pagado en su totalidad, salvo que mediante condiciones particulares se pacte algo diferente.
- 11.3.** Existe mora en el pago de la prima.
- 11.4.** Por la revocación del seguro solicitada por cualquiera de las partes.

12. REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA

El contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes en los siguientes casos:

- 9.1.** Por el **ASEGURADO** en cualquier momento, mediante aviso escrito enviado a **SEGUROS BOLÍVAR**.
- 9.2.** Por **SEGUROS BOLÍVAR**, mediante noticia escrita al **ASEGURADO** enviada a su última dirección conocida, con no menos de 10 días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío.

En cualquiera de los dos eventos de revocación **SEGUROS BOLÍVAR** procederá a la devolución de la prima no devengada en caso que haya lugar.

10. CANALES DE ATENCIÓN PARA EL USO O NOTIFICACIONES DEL SEGURO

El **ASEGURADO** puede comunicarse a nuestra línea de atención gratuita Nacional 018000 123 322 o desde su celular, al #322., o utilizar cualquier medio dispuesto por **SEGUROS BOLÍVAR** para tal fin.


SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A.
Firma representante Legal