

CUIT: 30 – 50005574 - 6

Condiciones Particulares – Saldo Deudor

N° DE PÓLIZA 100209 INICIO DE VIGENCIA 01/11/2015 a las 0 horas FIN DE VIGENCIA ANUAL RENOVABLE

CONTRATANTE:	BANCO COLUMBIA S.A.		
DOMICLIO:	TTE. GRAL. JUAN DOMINGO PERÓN 350 0 0		
LOCALIDAD:	CAPITAL FEDERAL	PROVINCIA:	CIUDAD AUTONOMA DE BUENOSAIRES
CÓDIGO POSTAL:	1004	TELÉFONO / FAX:	
CUIT:	30517637498	ACTIVIDAD:	

El Asegurador con domicilio en Av. Corrientes 1174 Piso 6 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y BANCO COLUMBIA S.A. (el "Tomador"), con domicilio en TTE. GRAL. JUAN DOMINGO PERÓN 350 0 0, CAPITAL FEDERAL provincia de CIUDAD AUTONOMA DE BUENOSAIRES, convienen en celebrar el presente contrato de seguro de acuerdo con las Condiciones Generales, Cláusulas Adicionales y Condiciones Particulares que se anexan e integran esta póliza, las que han sido convenidas para ser ejecutadas de buena fe.

Accediendo a la solicitud presentada por el Contratante, a las adhesiones de los Asegurados y al pago de las primas establecidas, Orígenes Seguros de Vida S.A. se obliga a pagar en su Sede central los beneficios previstos en esta póliza, en los términos y condiciones de este contrato.

GRUPO ASEGURABLE: CARTERA DE CLIENTES -ACTIVOS

CLASES DE CRÉDITOS ASEGURADOS: PRESTAMOS - PERSONALES

COBERTURA BÁSICA: MUERTE – SALDO DE DEUDA A LA FECHA DE FALLECIMIENTO

CAPITAL ASEGURADO MÁXIMO POR FALLECIMIENTO \$ 160.000

CLÁUSULAS ADICIONALES: DE ACUERDO CON EL ANEXO I

CAPITAL ASEGURADO MÁXIMO CLÁUSULA ADICIONAL \$ 160.000

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD: DE ACUERDO CON EL ANEXO I

Nancy Belotti -Apoderada

Matrícula Productor

Firma Compañía

Lugar y fecha de emisión: En la Ciudad de Buenos Aires, 22 de Diciembre de 2015

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación por proveído N° 9.652.

ADVERTENCIA: Si el texto de la presente póliza difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Contratante, si no reclamara dentro de un mes de haber recibido la póliza.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económico financiera de la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (c.p. 1067), Ciudad de Bs. As., por teléfono al 4338-4000 (líneas rotativas) en el horario de 10:30hs a 17:30hs. o vía internet a la siguiente dirección www.ssn.gov.ar

La Entidad Aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes. En caso de no haber sido resuelto el mismo o que haya sido denegada su admisión o desestimado, total o parcialmente, podrá acudir al Departamento de Orientación y Asistencia del Asegurado (D.O.A.A), dependiente de la Superintendencia de Seguros de la Nación. A tal fin deberá dirigirse a: Av. Julio A. Roca 721, (C1067ABC) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el horario de 10:30ha a 17:30hs; O bien comunicarse telefónicamente al 0-800-666-8400 o 4338-4000 (líneas rotativas), por correo electrónico a consultasydenuncias@ssn.gov.ar o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar. A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora.

CUIT: 30 – 50005574 - 6

Condiciones Particulares – Saldo Deudor

N° DE PÓLIZA 100209 INICIO DE VIGENCIA 01/11/2015 a las 0 horas FIN DE VIGENCIA ANUAL RENOVABLE

COBERTURAS

MUERTE - INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

CONDICIONES DE ADHESIÓN: DE ACUERDO CON EL ANEXO I

	COBERTURA PRINCIPAL	CLÁUSULA ADICIONAL
EDAD MÁXIMA ASEGURABLE	ANEXO I	ANEXO I
EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA	ANEXO I	ANEXO I

PAGO DE LOS PREMIOS

FRECUENCIA	MENSUAL	PLAZO	90 DIAS
VENCIMIENTO	NO APLICA	CANTIDAD DE CUOTAS DE MORA	3

DISTRIBUCIÓN DEL PREMIO

	COBERTURA PRINCIPAL	CLÁUSULAS ADICIONALES	TOTAL
PRIMA PURA ‰	2,37139	1,44730	3,81869
GASTOS DE ADMINISTRACIÓN %	44	44	44
GASTOS DE ADQUISICIÓN %	-	-	-
TASA DE PRIMA ‰	4,23463	2,58446	6,81909
RECARGO POR FRACCIONAMIENTO %	-	-	-
IMPUESTOS Y SELLADOS ‰	6	6	6
TASA DE PREMIO ‰	6,86	6,86	6,86

MONEDA DE LA PÓLIZA: PESOS

EXCLUSIONES A LA COBERTURA

DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

CARENCIAS Y ENFERMEDADES PREEXISTENTES

CARENCIA: 30 DÍAS

ENFERMEDADES PREEXISTENTES: NO APLICA

ADVERTENCIA: Si el texto de la presente póliza difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Contratante, si no reclamara dentro de un mes de haber recibido la póliza.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económico financiera de la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (c.p. 1067), Ciudad de Bs. As., por teléfono al 4338-4000 (líneas rotativas) en el horario de 10:30hs a 17:30hs. o vía internet a la siguiente dirección www.ssn.gov.ar

La Entidad Aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes. En caso de no haber sido resuelto el mismo o que haya sido denegada su admisión o desestimado, total o parcialmente, podrá acudir al Departamento de Orientación y Asistencia del Asegurado (D.O.A.A), dependiente de la Superintendencia de Seguros de la Nación. A tal fin deberá dirigirse a: Av. Julio A. Roca 721, (C1067ABC) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el horario de 10:30ha a 17:30hs; O bien comunicarse telefónicamente al 0-800-666-8400 o 4338-4000 (líneas rotativas), por correo electrónico a consultasydenuncias@ssn.gov.ar o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar. A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora.

CONDICIONES GENERALES

Artículo 1° - Disposiciones Fundamentales

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la presente póliza y a la Ley de Seguros N° 17.418 que la complementen. En caso de no coincidir las Condiciones Generales con las Condiciones Particulares, se estará a lo que dispongan estas últimas. Esta póliza y los respectivos Certificados Individuales han sido extendidos por el Asegurador sobre la base de las declaraciones suscriptas por el Tomador en su solicitud y las declaraciones suscriptas por los Asegurados en sus solicitudes individuales y en los cuestionarios de salud. Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Tomador o por los Asegurados, aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiere impedido el contrato o la aceptación de los certificados individuales, o hubiere modificado las condiciones de los mismos, si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato y/o los certificados de los asegurados, según el caso. El Asegurador no invocará como reticencia o falsa declaración, la omisión de hechos o circunstancias cuya pregunta no conste expresa y claramente en las solicitudes y en las declaraciones personales para el presente seguro. El Asegurador debe impugnar el contrato dentro de los tres meses de haber conocido la reticencia o falsa declaración. Transcurridos tres años desde la celebración del contrato, el Asegurador no puede invocar reticencia, excepto cuando fuere dolosa.

Artículo 2° - Vigencia

Esta póliza adquiere fuerza legal desde las cero (00) horas del día fijado en Condiciones Particulares como comienzo de su vigencia. La misma será de vigencia anual renovable automáticamente, salvo que alguna de las partes (Tomador o Asegurador) notifique por escrito, con una anticipación no menor a treinta (30) días al aniversario de póliza, su decisión de no renovar.

Artículo 3° - Personas Asegurables

Se consideran asegurables a todas las personas físicas menores a la edad definida en las Condiciones Particulares como "Edad Máxima Asegurable", que sean deudores del Tomador y que cumplimentaran a satisfacción del Asegurador los requisitos de asegurabilidad establecidos por el mismo. En el caso que un mismo crédito sea otorgado a varias personas, la cobertura alcanzará a cada uno de los titulares, según las proporciones especificadas en el Certificado Individual. En caso de que un Deudor Asegurado entre en mora respecto del préstamo, la vigencia de su cobertura dependerá de la percepción de las primas correspondientes a esa persona por parte del Asegurador, hasta la cantidad máxima de cuotas en mora establecida en las Condiciones Particulares. Cumplido dicho término, el Deudor Asegurado quedará excluido de la cobertura, y para reingresar al seguro deberá cumplimentar las pruebas de asegurabilidad requeridas por el Asegurador.

Artículo 4° - Riesgo Cubierto

El presente seguro cubre el riesgo de fallecimiento de cada Asegurado durante la vigencia de su respectivo Certificado Individual. Esta póliza podrá incluir en forma obligatoria, si así lo estipula el Tomador, la Cláusula de Invalidez Total y Permanente. Adicionalmente, se podrá prever la contratación optativa por el Asegurado de las Cláusulas de Desempleo Involuntario y de Incapacidad Total y Temporaria.

Artículo 5° - Capital Asegurado

El importe del capital asegurado será el saldo de la deuda del Deudor al momento del fallecimiento del Asegurado, que no podrá superar el monto máximo que figura en las Condiciones Particulares. La Compañía arbitrará los medios necesarios para verificar que al inicio del préstamo, el saldo de deuda no supere dicho monto máximo.

Artículo 6° - Primas del Seguro

La tasa de prima mensual inserta en las Condiciones Particulares de esta póliza regirá durante el primer año de vigencia del seguro. Dicha prima mensual podrá ser ajustada en cada aniversario de la póliza por el Asegurador, el cual comunicará por escrito al Tomador la nueva tasa de prima mensual resultante, con una anticipación mínima de treinta (30) días a la fecha de aniversario en que comience a regir la misma.

Artículo 7° - Pago de Primas

Las primas deberán ser pagadas por el Tomador a través de los medios de pagos autorizados. El Asegurador no deducirá de la indemnización ninguna fracción o fracciones de prima no vencidas que faltasen para completar la anualidad al momento de cualquier liquidación que provenga de la póliza.

Artículo 8° - Plazo de Gracia

El Asegurador concede un plazo de gracia de un mes (no inferior a treinta – 30 – días) para el pago de las primas vencidas impagas, sin recargo de intereses. Durante ese plazo, esta póliza continuará en vigor. Para el pago de la primera prima el plazo de gracia se contará desde la fecha de inicio de vigencia de esta póliza. Para el pago de las primas siguientes dicho plazo de gracia correrá a partir de las cero (00) horas del día en que venza cada una. Vencido el plazo de gracia y no abonada la prima caducarán los derechos emergentes de esta póliza.

Artículo 9° - Falta de Pago de Primas

Si cualquier prima no fuere pagada dentro del plazo de gracia, esta póliza caducará automáticamente, pero el Tomador adeudará al Asegurador la prima correspondiente al mes de gracia, salvo que dentro de dicho plazo hubiese solicitado por escrito su rescisión, en cuyo caso deberá pagar dicha prima calculada a prorrata por los días transcurridos desde el vencimiento de la prima impaga hasta la fecha de envío de tal solicitud.

Artículo 10° - Certificados Individuales

El Asegurador emitirá, en un todo de acuerdo con la normativa que estipule la Superintendencia de Seguros de la Nación, los Certificados Individuales en el que se establecerán los derechos y obligaciones de las partes.

Artículo 11° - Inicio y Terminación de la Cobertura de cada Certificado Individual

La fecha de Inicio de vigencia de cada Certificado Individual estará establecida en el mismo. La cobertura individual caducará en los siguientes casos:

- a) Por extinción de la deuda
- b) Al final de la fracción por la cual se hubiera abonado prima, en la cual el Deudor cumpla la edad máxima de permanencia estipulada en las Condiciones Particulares.
- c) Cuando el Deudor Asegurado se halle en mora por un plazo superior al indicado en las Condiciones Particulares.
- d) Por rescisión o caducidad de esta póliza.
- e) Transferencia de los créditos a otro Acreedor, salvo que el Asegurador acepte la misma.

Artículo 12° - Liquidación por Fallecimiento

Ocurrido el fallecimiento de un Deudor Asegurado durante la vigencia de esta póliza, el Tomador hará la correspondiente comunicación por escrito al Asegurador dentro de los tres (3) días de haberlo conocido salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia. La denuncia del siniestro debe ir acompañada del estado de deuda a la fecha del fallecimiento, de copia de la partida de defunción, de una declaración del médico que haya asistido al Deudor Asegurado o certificado su muerte, y del testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho que hubiere determinado su muerte, salvo que razones procesales lo impidieran. Recibida la documentación, el Asegurador contará con 15 días para aprobar la misma y poner el importe del respectivo capital asegurado a disposición del Acreedor, previa justificación por parte de éste último de haber liberado a los derechohabientes del Asegurado de su obligación.

Artículo 13° - Obligaciones del Tomador

El Tomador se compromete a:

- a) Suministrar al Asegurador todas las informaciones necesarias para el fiel cumplimiento de esta póliza, tales como fechas de nacimiento, pruebas y certificados de defunción, saldos de deuda y cualquier otra información que se relacione con el seguro.
- b) Insertar con carácter obligatorio en todo documento que acredite la deuda del titular del crédito, una cláusula que establezca que en caso de fallecimiento, sus derechohabientes quedan liberados de la obligación contraída con el Tomador, toda vez que el Asegurador se expida favorablemente sobre el pago del siniestro, luego de haber evaluado las pruebas de fallecimiento aportadas.
- c) Eliminar de la nómina a los Asegurados que queden comprendidos en algunas de las causales de terminación de cobertura de estas Condiciones Generales.
- d) En caso de que se hubieran efectuado pagos con cargo al saldo adeudado con posterioridad al fallecimiento del titular, los mismos serán devueltos a los derechohabientes del Asegurado.

Artículo 14° - Ejecución del Contrato

Todas las relaciones derivadas de la ejecución de este contrato serán directas entre el Asegurador y el Tomador, sin perjuicio de las constancias o comunicaciones que por su carácter deban ser aportadas por el Asegurado o los derechohabientes del fallecido. Lo expuesto en el párrafo anterior, no invalida el derecho propio que ante el Asegurador tienen los Asegurados y sus derechohabientes, en caso de corresponder, desde que ocurriera alguno de los eventos previstos en la póliza.

Artículo 15° - Limitaciones y Exclusiones

El Asegurado está cubierto por esta póliza sin restricciones en cuanto a residencia y viajes que pueda realizar, dentro o fuera del país. El Asegurador no pagará la indemnización cuando el fallecimiento de un Asegurado se produjera como consecuencia de:

- a) Suicidio voluntario, salvo que el Certificado Individual haya estado vigente ininterrumpidamente por lo menos un (1) año antes del hecho;
- b) Acto ilícito provocado deliberadamente por el Tomador;
- c) Por empresa o acto criminal, o aplicación legítima de la pena de muerte del Deudor Asegurado;
- d) Hechos de guerra que no comprenda a la Nación Argentina, en caso de comprenderla, las partes se regirán por las normas que en tal emergencia dictaren las autoridades competentes, o actos de terrorismo, cuando el asegurado sea partícipe voluntario;
- e) Acto del Deudor asegurado o del beneficiario provocado dolosamente o por culpa grave

Artículo 16° - Enfermedades Preexistentes

Se podrá estipular en Condiciones Particulares, que el Asegurador no pagará la indemnización correspondiente, cuando el fallecimiento de un Asegurado se produzca como consecuencia de una enfermedad preexistente, durante el plazo indicado en Condiciones Particulares, el cual no podrá exceder el plazo máximo fijado en el artículo 3° de la Resolución N° 35.678 de la Superintendencia de Seguros de la Nación (o el que se indique en la norma que en el futuro la reemplace). Se entiende por enfermedad preexistente, a toda enfermedad diagnosticada con anterioridad a su incorporación al seguro, y que fuera la causa directa del fallecimiento. Esta exclusión no será de aplicación cuando el Asegurador solicite requisitos de asegurabilidad.

Artículo 17° - Carencia de Cobertura

Se podrá establecer un plazo de carencia con pago de primas que será establecido en las Condiciones Particulares, el cual no podrá exceder el plazo máximo indicado en el artículo 3° de la Resolución N° 35.678 de la Superintendencia de Seguros de la Nación (o el que se indique en la norma que en el futuro la reemplace). Este período de carencia no será tenido en cuenta si la causa de fallecimiento fuera producto de un accidente. A los efectos de la presente póliza, se entiende por accidente a todo acontecimiento externo, violento y fortuito, independiente de la voluntad del Asegurado. Este artículo no será de aplicación cuando el Asegurador solicite requisitos de asegurabilidad o estipule en las Condiciones Particulares, la aplicación del artículo 16.

Artículo 18° - Agravación de Riesgo

Cada Asegurado deberá comunicar al Asegurador, antes de producirse, cualquier cambio o desempeño paralelo de profesión, ocupación o actividad que agrave el riesgo asumido por el Asegurador mediante esta póliza entendiéndose por tales:

- a) La práctica de deportes particularmente peligrosos, como ser acrobacia, andinismo, boxeo profesional, caza mayor, caza o exploración subacuática, doma de potros o fieras, u otras actividades de análogas características.
- b) La dedicación profesional a acrobatismo, armado de torres, buceo, sustitución de actores o actrices en calidad de dobles, doma de potros, otros animales o fieras, conducción de personas como guía de montaña, jockey, manipuleo de explosivos, préstamos onerosos en calidad de prestamista, tarea en fábricas, usinas o laboratorios con exposición a radiaciones atómicas u otras profesiones, ocupaciones o actividades de análogas características.

El Asegurador dentro de los treinta (30) días de recibida la comunicación del Tomador o del Asegurado, podrá rescindir el Certificado Individual, si el cambio de profesión, ocupación o actividad del Asegurado agravaran el riesgo de modo tal que, de haber existido al momento de la contratación, el Asegurador no lo hubiera emitido. Si la agravación se debe a un hecho del Tomador, la cobertura queda suspendida y el Asegurador dentro de los siete (7) días deberá notificar su decisión de rescindir.

Si el Asegurador hubiera otorgado cobertura por un costo mayor, el mismo se ajustará según el verdadero riesgo asumido.

Artículo 19° - Rescisión de esta Póliza

Sin perjuicio de las demás causales de rescisión y caducidad ya previstas, esta póliza podrá ser rescindida por el Tomador en cualquier momento, previo aviso por escrito remitido por lo menos con treinta (30) días de anticipación.

Artículo 20° - Moneda del Contrato

Se deja expresa constancia que es voluntad de las partes, cumplir con las obligaciones emergentes de este contrato en la moneda prevista en las Condiciones Particulares.

Si la moneda del contrato no fuese de curso legal de la República Argentina, y como consecuencia de cualquier disposición en materia de cambios emanada del Banco Central de la República Argentina u otro Organismo competente, fuera imposible o se encontrare restringida la obtención de divisas en el mercado, o si por cualquier otra circunstancia ajena a las partes los pagos no pudieran efectuarse en la moneda pactada, los mismos serán realizados de la siguiente forma:

- 1) En tanto exista mercado libre de cambios en la Argentina, con el equivalente de la moneda de curso legal de la República Argentina, de acuerdo a la cotización en el Banco de la Nación Argentina del dólar estadounidense tipo vendedor al cierre del día hábil cambiario inmediato anterior a la fecha de pago, tal como se define a continuación:
A los fines de la acreditación de la prima, se entenderá como fecha de pago la de efectiva recepción de los fondos por parte del Asegurador, sin importar cual haya sido la fecha de débito al asegurado según la modalidad de pago elegida. Si entre la fecha de facturación de la prima, y la fecha de efectiva recepción de los fondos se hubieran producido variaciones en la cotización del dólar estadounidense, las diferencias que pudieran generarse entre la prima convenida por las coberturas contratadas y el pago efectivamente recibido, serán acreditadas o debitadas, según corresponda, en la próxima facturación.
- 2) En su defecto, mediante la entrega de algún título de deuda público emitido por el Estado Nacional Argentino, nominado en dólares estadounidenses, de acuerdo con la cotización al cierre del día hábil inmediato anterior al del pago (tal como se define en el inciso precedente), en alguno de los mercados que se indican a continuación, de acuerdo al siguiente orden: Bolsa de Comercio de Buenos Aires, Mercado Abierto Electrónico, cualquier otra bolsa de comercio o mercado autorregulado de la República Argentina, el mercado de Nueva York, Londres, Zurich, Frankfurt o Tokio. Si tampoco allí cotizaran, se utilizará la cotización de cualquier otro mercado a elección del Asegurador, previa notificación a la Superintendencia de Seguros de la Nación.
Para la cancelación descrita en este inciso se utilizará el título público, en circulación más antiguo.
- 3) Si no existieran títulos públicos emitidos por el Estado Nacional Argentino nominado en dólares estadounidenses, los pagos se efectuaran en moneda de curso legal en la República Argentina, se acuerdo con su cotización en dólares estadounidenses del día hábil inmediato anterior al del pago (tal como se define en el inciso 1) precedente), tipo vendedor en el mercado de Montevideo. Si allí no cotizara, alternativamente, y en este orden, en los mercados de Nueva York, Londres, Zurich, Frankfurt o Tokio, o en su defecto en cualquier otro mercado a elección del Asegurador, previa notificación a la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Artículo 21° - Cesiones

Los derechos emergentes de esta póliza son intransferibles. Toda cesión o transferencia se considerará nula y sin efecto alguno.

Artículo 22° - Duplicado de Póliza - Copia

En caso de robo, pérdida o destrucción de esta póliza, el Tomador podrá obtener un duplicado en sustitución de la póliza original. Las modificaciones o suplementos que se incluyen en el duplicado, a pedido del Tomador, serán los únicos válidos. El Tomador y los Asegurados tienen derecho a que se le entregue copia de las declaraciones efectuadas con motivo de este contrato y copia no negociable de la póliza.

Artículo 23° - Impuestos, Tasas y Contribuciones

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que se crearen en lo sucesivo, o los aumentos eventuales de los existentes, estarán a cargo del Tomador y/o de los Asegurados, según corresponda, salvo cuando la Ley los declare expresamente a cargo exclusivo del Asegurador.

Artículo 24° Facultades del Productor o Agente

El productor, o agente de seguro, cualquiera sea su vinculación con el Asegurador autorizado por éste para la mediación, solo está facultado con respecto a las operaciones en las cuales interviene para:

- a) Recibir propuestas de celebración y modificación de contratos de seguros.
- b) Entregar los instrumentos emitidos por el Asegurador, referentes a contratos o sus prórrogas.
- c) Aceptar el pago de la prima si se halla en posesión de un recibo oficial del Asegurador.

Artículo 25° - Domicilio

El domicilio en el que las partes deben efectuar las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas en este contrato o en la Ley de Seguros es el último declarado por ellas.

Artículo 26° - Jurisdicción

Toda controversia judicial relativa a la presente póliza será dirimida ante los Tribunales ordinarios competentes en el lugar de su emisión o ante los Tribunales ordinarios correspondientes al domicilio del asegurado.

ANEXO

Exclusiones y Riesgos no cubiertos

El asegurado está cubierto por esta póliza sin restricciones en cuanto a residencia y viajes que pueda realizar, dentro o fuera del país. El Asegurador no pagará la indemnización cuando el fallecimiento de un Asegurado se produjera como consecuencia de:

- a) Suicidio voluntario, salvo que el Certificado Individual haya estado vigente ininterrumpidamente por lo menos un (1) año antes del hecho;
- b) Acto ilícito provocado deliberadamente por el Tomador;
- c) Por empresa o acto criminal, o aplicación legítima de la pena de muerte del Deudor Asegurado;
- d) Hechos de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, lock-out, tumulto popular, cuando el Deudor Asegurado sea partícipe voluntario en ellos;
- e) Acto del Deudor Asegurado o del beneficiario provocado dolosamente o por culpa grave

Enfermedades Preexistentes

Se podrá estipular en Condiciones Particulares, que el Asegurador no pagará la indemnización correspondiente, cuando el fallecimiento de un Asegurado se produzca como consecuencia de una enfermedad preexistente, durante el plazo indicado en Condiciones Particulares, el cual no podrá exceder el plazo máximo fijado en el artículo 3° de la Resolución N° 35.678 de la Superintendencia de Seguros de la Nación (o el que se indique en la norma que en el futuro la reemplace). Se entiende por enfermedad preexistente, a toda enfermedad diagnosticada con anterioridad a su incorporación al seguro, y que fuera la causa directa del fallecimiento. Esta exclusión no será de aplicación cuando el Asegurador solicite requisitos de asegurabilidad.

Carencia de Cobertura

Se establece un plazo de carencia con pago de primas que será establecido en las Condiciones Particulares, el cual no podrá exceder el plazo máximo indicado en el artículo 3° de la Resolución N° 35.678 de la Superintendencia de Seguros de la Nación (o el que se indique en la norma que en el futuro la reemplace). Este período de carencia no será tenido en cuenta si la causa de fallecimiento fuera producto de un accidente. Este artículo no será de aplicación cuando el Asegurador solicite requisitos de asegurabilidad o estipule en las Condiciones Particulares, la aplicación del artículo 16.

CLÁUSULA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Artículo 1° - Riesgo Cubierto

El Asegurador concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando el mismo se encuentre en un estado de invalidez total y permanente, como consecuencia de enfermedad o accidente, y dicho estado no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente como mínimo por el plazo de espera indicado en Condiciones Particulares (siendo el máximo de seis (6) meses), se hubiese iniciado durante la vigencia de la presente Cláusula para el Certificado Individual y antes de que el deudor cumpla la edad máxima de permanencia estipulada en las Condiciones Particulares para esta cláusula.

En las denuncias de invalidez, el Asegurador procederá a su reconocimiento de acuerdo con las constancias médicas y demás elementos mencionados en el artículo 5°, siempre que sean razonablemente demostrativos del estado de invalidez total y permanente. Sin perjuicio de otras causas, el Asegurador reconocerá como casos de invalidez total y permanente los siguientes:

- a) La pérdida de la vista de ambos ojos de manera total e irrecuperable por tratamiento médico y/o quirúrgico;
- b) La amputación o inhabilitación completa de ambas manos o de ambos pies, o de una mano y de un pie o de una mano y la pérdida de la vista de un ojo, o la pérdida de la vista de un ojo y la amputación o inhabilitación completa de un pie;
- c) La enajenación mental incurable;

d) La parálisis general.

Artículo 2º - Beneficio

El Asegurador, comprobada la invalidez, dentro de los 15 días, abonará al Tomador una indemnización igual al capital asegurado indicado en el artículo 5 de las Condiciones Generales, previa justificación por parte del Tomador de haber liberado al Asegurado de su obligación. En caso de que se hubieran efectuado pagos al Tomador con cargo al saldo adeudado con posterioridad al siniestro, éste deberá devolverlos al Asegurado.

Artículo 3º - Carácter del Beneficio

El beneficio acordado por invalidez es sustitutivo del capital asegurado que debiera liquidarse en caso de muerte del Asegurado, de modo que con el pago a que se refiere el artículo anterior, el Asegurador queda liberado de cualquier obligación con respecto a dicho Asegurado.

Artículo 4º - Riesgos no Cubiertos

El Asegurador no pagará la indemnización prevista en esta Cláusula cuando la invalidez total y temporaria se produjera por alguna de las siguientes cláusulas:

- a) Tentativa de suicidio del Deudor Asegurado;
- b) Acto ilícito provocado deliberadamente por el Tomador, o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Deudor Asegurado;
- c) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; o lo sufre en empresa o acto criminal;
- d) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, o tumulto popular, cuando el Deudor Asegurado hubiera participado como elemento activo;
- e) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;
- f) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas;
- g) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por otras ascensiones aéreas o aladeltismo;
- h) Por la participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña;
- i) Competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o cualquier otra prueba análoga;
- j) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;
- k) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey, y domador de potros o fieras y/o la práctica de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí-acuático o de montaña, motonáutica u otras actividades análogas y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario;
- l) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares.

Artículo 5º - Comprobación de la Invalidez

Corresponde al Tomador, Asegurado o su representante:

- a) Denunciar por escrito la existencia de la invalidez;
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas;
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por el Asegurador y con gastos a cargo de éste.

Artículo 6º - Plazo de Prueba

El Asegurado dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el artículo anterior contados desde la fecha que sea posterior, debe hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el artículo 5º no resultaron concluyentes en cuanto al carácter total y permanente de la invalidez, el Asegurador podrá ampliar el plazo de prueba, a fin de confirmar el diagnóstico. Dicho plazo de prueba se podrá ampliar siempre y cuando el mismo más el plazo de espera indicado en las Condiciones Particulares no supere los seis meses.

La no contestación, por parte del Asegurador dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento de los beneficios reclamados.

Artículo 7º - Enfermedades Preexistentes

Se podrá estipular en Condiciones Particulares, que el Asegurador no pagará la indemnización correspondiente, cuando la invalidez de un Asegurado se produzca como consecuencia de una enfermedad preexistente, durante el plazo indicado en Condiciones Particulares, el cual no podrá exceder el plazo máximo fijado en el artículo 3º de la Resolución N° 35.678 de la Superintendencia de Seguros de la Nación (o el que se indique en la norma que en el futuro la reemplace). Se entiende por enfermedad preexistente, a toda enfermedad diagnosticada con anterioridad a su incorporación al seguro, y que fuera la causa directa de la invalidez total y permanente. Esta exclusión no será de aplicación cuando el Asegurador solicite requisitos de asegurabilidad.

Artículo 8º - Carencia de Cobertura

Se podrá establecer un plazo de carencia con pago de primas que será establecido en las Condiciones Particulares, el cual no podrá exceder el plazo máximo indicado en el artículo 3º de la Resolución N° 35.678 de la Superintendencia de Seguros de la Nación (o el que se indique en la norma que en el futuro la reemplace). Este período de carencia no será tenido en cuenta si la causa de la invalidez total y permanente fuera producto de un accidente. Este artículo no será de aplicación cuando el Asegurador solicite requisitos de asegurabilidad o estipule en las Condiciones Particulares, la aplicación del artículo 7.

Artículo 9º - Valuación por peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por dos (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho (8) días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia. Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los quince (15) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de ocho (8) días. Si una de las partes omitiera designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuera electo en el plazo establecido en el primer párrafo, la parte más diligente previa intimación a la otra, procederá a su designación. Los honorarios y gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo y los del tercer médico serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo. En caso de equidistancia los honorarios y gastos del tercer médico serán pagados en partes iguales por cada una de las partes.

Artículo 10º - Terminación de la Cobertura

La cobertura del riesgo de invalidez total y permanente prevista en esta cláusula, cesará para cada certificado en las siguientes circunstancias:

- a) Al caducar la póliza y/o Certificado Individual por cualquier causa;
- b) Al final de la fracción por la cual se hubiera abonado prima, en la cual el deudor cumpla la edad máxima de permanencia estipulada en las Condiciones Particulares para esta cláusula;
- c) Al rescindirse la presente cláusula adicional.

Anexo

Exclusiones y Riesgos no cubiertos

El Asegurador no pagará la indemnización cuando la invalidez de un Asegurado se produjera como consecuencia de:

- a) Tentativa de suicidio del Deudor Asegurado;
- b) Acto ilícito provocado deliberadamente por el Tomador, o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Deudor Asegurado;
- c) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; o lo sufre en empresa o acto criminal;
- d) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, o tumulto popular, cuando el Deudor Asegurado hubiera participado como elemento activo;
- e) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;
- f) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas;
- g) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por otras ascensiones aéreas o aladeltismo;
- h) Por la participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña;
- i) Competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípcas, o cualquier otra prueba análoga;
- j) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;
- k) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey, y domador de potros o fieras y/o la práctica de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí-acuático o de montaña, motonáutica u otras actividades análogas y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario;
- l) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares;

Enfermedades Preexistentes

Se podrá estipular en Condiciones Particulares, que el Asegurador no pagará la indemnización correspondiente, cuando la invalidez de un Asegurado se produzca como consecuencia de una enfermedad preexistente, durante el plazo indicado en Condiciones Particulares, el cual no podrá exceder el plazo máximo fijado en el artículo 3º de la Resolución N° 35.678 de la Superintendencia de Seguros de la Nación (o el que se indique en la norma que en el futuro la reemplace). Se entiende por enfermedad preexistente, a toda enfermedad diagnosticada con anterioridad a su incorporación al seguro, y que fuera la causa directa de la invalidez total y permanente. Esta exclusión no será de aplicación cuando el Asegurador solicite requisitos de asegurabilidad.

Carencia de Cobertura

Se podrá establecer un plazo de carencia con pago de primas que será establecido en las Condiciones Particulares, el cual no podrá exceder el plazo máximo indicado en el artículo 3º de la Resolución N° 35.678 de la Superintendencia de Seguros de la Nación (o el que se indique en la norma que en el futuro la reemplace). Este período de carencia no será tenido en cuenta si la causa de la invalidez total y permanente fuera producto de un accidente. Este artículo no será de aplicación cuando el Asegurador solicite requisitos de asegurabilidad o estipule en las Condiciones Particulares, la aplicación del artículo 7.

Condiciones Particulares – Saldo Deudor

ANEXO I

Nº DE PÓLIZA: 100209

1 - Plazo de Espera / Carencias / Enfermedades Preexistentes:

Periodo de Carencia Fallecimiento e Invalidez Total y Permanente: 30 días

Periodo de espera Invalidez Total y Permanente: 180 días

Enfermedades Preexistentes: No Aplica.

2- Capitales Asegurados:

Saldo deudor insoluto, incluyendo cuotas vencidas e impagas y respectivos intereses y punitivos con la condición que estos conceptos hayan sido incorporados al capital informado y a las primas pagadas; con un máximo acumulado por persona de \$ 160.000 (Pesos ciento sesenta mil).

3- Acumulación de Coberturas:

Debido a que un mismo asegurado, ya sea persona física o jurídica, puede poseer saldos de deuda por distintas líneas de crédito, se deja expresamente aclarado que la indemnización que esta Compañía deba abonar en los casos de acumulación de cobertura no podrá exceder el capital máximo establecido en \$ 160.000 (Pesos ciento sesenta mil).

4- Grupo Asegurable:

Titulares de Créditos, Clientes del Bco. Columbia - ACTIVOS.

5- Edades Máximas Asegurable y Edades Máximas de Permanencia:

COBERTURA PRINCIPAL:

Edad máxima asegurable: 61

Edad máxima de permanencia: 65

CLÁUSULAS ADICIONALES:

Edad máxima asegurable: 61

Edad máxima de permanencia: 65

ADVERTENCIA: Si el texto de la presente póliza difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Contratante, si no reclamara dentro de un mes de haber recibido la póliza.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económico financiera de la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (c.p. 1067), Ciudad de Bs. As., por teléfono al 4338-4000 (líneas rotativas) en el horario de 10:30Hs a 17:30Hs. o vía internet a la siguiente dirección www.ssn.gov.ar

La Entidad Aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes. En caso de no haber sido resuelto el mismo o que haya sido denegada su admisión o desestimado, total o parcialmente, podrá acudir al Departamento de Orientación y Asistencia del Asegurado (D.O.A.A), dependiente de la Superintendencia de Seguros de la Nación. A tal fin deberá dirigirse a: Av. Julio A. Roca 721, (C1067ABC) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el horario de 10:30ha a 17:30hs; O bien comunicarse telefónicamente al 0-800-666-8400 o 4338-4000 (líneas rotativas), por correo electrónico a consultasydenuncias@ssn.gov.ar o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar. A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora.

Condiciones Particulares – Saldo Deudor

ANEXO I

N° DE PÓLIZA: 100209

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN CASO DE SINIESTRO:

FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO (MAIL ENVIADO POR EL TOMADOR).

- COPIA LEGALIZADA DE LA PARTIDA DE DEFUNCIÓN CERTIFICADA POR ESCRIBANO PÚBLICO, JUEZ DE PAZ O REGISTRO CIVIL U ORIGINAL, SEGÚN CORRESPONDA.
- FORMULARIO DE DECLARACIÓN DEL MÉDICO PROPORCIONADO POR ORÍGENES.
- DOCUMENTACIÓN MÉDICA ADICIONAL:

A. SI EL FALLECIMIENTO SE PRODUCE EN EL DOMICILIO, SE DEBERÁ ADJUNTAR CERTIFICADO MÉDICO EMITIDO POR EL PROFESIONAL ACTUANTE DONDE CONSTE CAUSA, LUGAR, FECHA Y HORA DEL FALLECIMIENTO, Y ANTECEDENTES SI LOS HUBIERE.

B. SI EL FALLECIMIENTO SE PRODUCE EN UNA HOSPITAL/CLÍNICA, DEBERÁ ADJUNTAR COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA.

- DECLARATORIA DE HEREDEROS LEGALES EMITIDA POR UNA AUTORIDAD COMPETENTE.
- COPIA DEL RESUMEN DE LA TARJETA DE CRÉDITO: FECHA DE ALTA DE TARJETA Y RESUMEN DE CUENTA.
- PARA PRÉSTAMO PERSONAL: ESTADO DE CUENTA DEL PRÉSTAMO.

PARA LA COBERTURA DE INVALIDEZ

- FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO (MAIL ENVIADO POR EL TOMADOR).
- FORMULARIO DE DECLARACIÓN DEL MÉDICO PROPORCIONADO POR ORÍGENES, CERTIFICADO POR ESCRIBANO PÚBLICO, JUEZ DE PAZ O REGISTRO CIVIL U ORIGINAL.
- CONSTANCIAS MÉDICAS Y/O TESTIMONIALES DE SU COMIENZO Y CAUSAS.
- DENUNCIA POLICIAL EN CASO DE ACCIDENTE CERTIFICADA POR ESCRIBANO PÚBLICO, JUEZ DE PAZ O REGISTRO CIVIL U ORIGINAL.
- Documentación médica adicional en caso de ser necesario, si Orígenes lo requiere.

ADVERTENCIA: Si el texto de la presente póliza difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Contratante, si no reclamara dentro de un mes de haber recibido la póliza.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económico financiera de la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (c.p. 1067), Ciudad de Bs. As., por teléfono al 4338-4000 (líneas rotativas) en el horario de 10:30Hs a 17:30Hs. o vía internet a la siguiente dirección www.ssn.gov.ar

La Entidad Aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes. En caso de no haber sido resuelto el mismo o que haya sido denegada su admisión o desestimado, total o parcialmente, podrá acudir al Departamento de Orientación y Asistencia del Asegurado (D.O.A.A), dependiente de la Superintendencia de Seguros de la Nación. A tal fin deberá dirigirse a: Av. Julio A. Roca 721, (C1067ABC) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el horario de 10:30ha a 17:30hs; O bien comunicarse telefónicamente al 0-800-666-8400 o 4338-4000 (líneas rotativas), por correo electrónico a consultasydenuncias@ssn.gov.ar o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar. A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora.