

Bogotá, 31 de enero de 2024

Señores:

**COOPERATIVA DE EMPLEADOS DEL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA
AERONAUTICA CIVIL - COOPEDAC**
Ciudad.

Asunto: NOTA DE COBERTURA SEGUROS DE VIDA DEUDORES

COMPAÑÍA :MAPFRE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA
**TOMADOR: :COOPERATIVA DE EMPLEADOS DEL DEPARTAMENTO
ADMINISTRATIVO DE LA AERONAUTICA CIVIL – COOPEDAC**
NIT : 860520547-8
RAMO : VIDA GRUPO DEUDORES
MODALIDAD : 87101
POLIZA : NUEVA
VIGENCIA : 01/02/2024 AL 01/02/2025
FACTURACION : FACTURACION ELECTRONICA ANUAL CON COBRO MENSUAL
EMISION : BASE DE RIESGO
FORMA DE PAGO : (C)

COMPAÑÍA

Cindy V. Camacho A.
Suscriptor Vida T2 Elaboración
Gerencia Técnica de Vida
MAPFRE COLOMBIA

Oscar J. Velandia P.
Suscriptor Vida T1 Tarifas
Gerencia Técnica de Vida
MAPFRE COLOMBIA

CONDICIONES PARTICULARES SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

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.

1.1.1. EXCLUSIONES Y LIMITACIÓN DE COBERTURA BÁSICA

ESTA COBERTURA SE OTORGA SIN EXCLUSIONES

1.1.1 PREEXISTENCIAS PARA PERSONAS CON EDAD ENTRE 18 Y 65 AÑOS Y SUMA ASEGURADA MENOR O IGUAL A \$70.000.000 EN UNA O VARIAS OBLIGACIONES.

1.1.2 PREEXISTENCIAS PARA PERSONAS CON EDAD ENTRE 66 Y 80 AÑOS Y SUMA ASEGURADA MENOR O IGUAL A \$50.000.000 EN UNA O VARIAS OBLIGACIONES.

1.1.3 PREEXISTENCIAS PARA PERSONAS CON EDAD ENTRE 81 Y 89 AÑOS Y SUMA ASEGURADA MENOR O IGUAL A \$20.000.000 EN UNA O VARIAS OBLIGACIONES.

La Compañía asumirá indemnizaciones únicamente en el amparo básico de fallecimiento por cualquier causa si éste es ocasionado por enfermedades preexistentes, aunque hayan sido diagnosticadas con anterioridad al momento en que se inicie la cobertura de cada riesgo, entendiéndose por tal, la fecha de desembolso de cada crédito del asegurado.

El Tomador no deberá conceder créditos a personas con enfermedades terminales ni graves, conocidas por él en el momento de la suscripción del crédito. Para lo cual deberá preguntarle si tiene o no una enfermedad de este carácter, en caso afirmativo se debe abstener de incluirlo en la póliza.

2. AMPAROS ADICIONALES

2.1. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

La COMPAÑÍA pagará al asegurado el valor contratado para esta cobertura, si como consecuencia de una enfermedad o accidente sufrido por el asegurado, siempre y cuando haya sido ocasionada o se manifieste estando dentro de la vigencia de la póliza y le produzca una Incapacidad Total y Permanente, y persista por un período continuo no menor a ciento ochenta (180) días calendario, contados a partir de la fecha en la cual se realiza el diagnóstico que genera la Incapacidad Total y Permanente por primera vez, para el caso de las enfermedades, para los accidentes corresponde a la fecha del accidente que deberán estar dentro de la vigencia de la póliza.

Para efectos de esta cobertura la fecha de siniestro será la fecha de estructuración que figure en el dictamen de calificación de la Incapacidad Total y Permanente. Para los regímenes exceptuados al Sistema General de Seguridad Social la fecha del siniestro será la fecha de estructuración que figure en el dictamen de calificación de la Incapacidad Total y Permanente salvo que no se determine en el dictamen, caso en el cual y de manera subsidiaria la fecha del siniestro será la fecha de la resolución emitida por la entidad competente del régimen exceptuado

Para la determinación de la Incapacidad Total y Permanente, el asegurado deberá aportar a la COMPAÑÍA copia de su historia clínica completa, y el dictamen de calificación de pérdida de la capacidad laboral que demuestre una pérdida de capacidad laboral igual o superior al cincuenta por ciento (50%), emitida por la EPS, ARL o AFP, conforme a las reglas del manual único para la calificación de la invalidez y las emitidas por las entidades que pertenecen a los regímenes de excepción, conforme a las reglas del manual correspondiente para la calificación de la invalidez.

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 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- LOS EVENTOS ACCIDENTALES CASUADOS DIRECTAMENTE POR INVASIÓN, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, SEDICIÓN, ASONADA O ACTOS VIOLENTOS MOTIVADOS POR CONMOCIÓN CIVIL O POR APLICACIÓN DE LA LEY MARCIAL, REBELIÓN, INSURRECCIÓN, PODER MILITAR USURPADO, MOTÍN; CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE; EVENTOS OCURRIDOS A CONSECUENCIA DE FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, RADIATIVIDAD O USO DE ARMAS ATOMICAS, BACTERIOLÓGICAS O QUÍMICAS. SALVO LOS EVENTOS ACCIDENTALES CAUSADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR ACTOS DE TERRORISMO.
- LA TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIONES INTENCIONALMENTE CAUSADAS POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- LA COMPETENCIA, PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES DE BUCEO, ALPINISMO, ESCALAMIENTO, EN LOS QUE SE HAGA USO DE SOGAS O GUÍAS, ESPELEOLOGÍA, PARACADISMO, PLANEADORES, VUELOS EN COMETA, 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 DELICTIVOS.
- ENFERMEDAD MENTAL.
- ENFERMEDADES O LESIONES DIAGNOSTICADAS O TRATADAS CON ANTERIORIDAD A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO, ASÍ COMO LAS DE ORIGEN CONGÉNITO, SIEMPRE Y CUANDO SEAN CONOCIDOS POR EL ASEGURADO AL INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL O A LA INCLUSIÓN DE LA COBERTURA EN LA PÓLIZA.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN EJERCICIO DE FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO, DE SEGURIDAD O VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA Y SEA ESTA LA CAUSA DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE ALUCINÓGENOS Y SEA ESTA LA CAUSA DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.
- 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 Y SEA ESTA LA CAUSA DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.
- TENTATIVA DE HOMICIDIO, SALVO EL OCURRIDO EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO Y SEA ESTA LA CAUSA DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

3. PERSONAS ASEGURABLES POR AMPARO

Quedarán amparadas bajo el presente contrato de seguros todas las personas que hayan contraído deudas con el Tomador, que sean reportadas por el Tomador y cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos en este documento.

3.1. REQUISITOS DE INFORMACIÓN

Dando cumplimiento al artículo 78 de la ley 1328 de 2009 y su decreto reglamentario 3680 del 25 de septiembre de 2009, por el cual se crea el Registro Único de Seguros, para la emisión de cada Póliza individual del presente Seguro de Vida Grupo, la solicitud de seguro y/o listado de asegurados ya sean nuevos o de continuidad, deberá obligatoriamente contener la siguiente información y deberá ser enviado por el Tomador mensualmente en medio magnético dentro de los primeros 10 días del mes siguiente con el fin de efectuar la emisión del cobro mensual

- Nombres completos
- Tipo de documento
- Número de documento de identificación
- Fecha de nacimiento
- Género
- No. de crédito u obligación.
- Fecha de desembolso del crédito
- Saldo Insoluto de la deuda
- Los porcentajes de extra prima si los hubiere
- Limitaciones de cobertura por proceso de selección de las anteriores Aseguradoras si los hubiere.

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.

4.1. DURACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

La duración de la cobertura será igual a la existencia de la deuda, incluyendo las eventuales prórrogas autorizadas por el Tomador, en operaciones ordinarias y las motivadas en la duración de los procesos judiciales que se inicien para hacer efectivo el pago, en los casos de mora.

La cobertura del seguro iniciará al momento del desembolso de cada crédito, siempre y cuando haya sido expresamente aceptado por la Compañía y estará vigente hasta su cancelación total y sujeta a la terminación de la vigencia de la póliza.

5. EDADES POR COBERTURA

COBERTURAS	MÍNIMA INGRESO	MÁXIMA INGRESO	PERMANENCIA
4001 Fallecimiento por cualquier causa	18 años	89 años y 364 días.	Ilimitada
4006 Incapacidad Total y permanente	18 años	69 años y 364 días.	70 años y 364 días.

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 máxima de ingreso a la póliza, ésta reconocerá el cien por ciento (100%) de la indemnización.

6. VALOR ASEGURADO

El valor asegurado será el saldo insoluto de la totalidad de las obligaciones que tenga el asegurado con el tomador y comprenderá el capital no pagado más los intereses corrientes calculados hasta la fecha de fallecimiento o estructuración de la Incapacidad Total y Permanente del asegurado. En el evento de mora de las obligaciones incluirá los intereses moratorios.

El Tomador deberá informar mensualmente a la Compañía el saldo insoluto que presente cada uno de los asegurados.

La Compañía pagará sobre el Certificado del saldo insoluto de la deuda expedido por el Tomador a la fecha de ocurrencia del siniestro, siempre y cuando el valor certificado haya sido el reportado a la Compañía por el Tomador para la respectiva facturación. En caso de haber diferencia entre el certificado y la base de datos, se indemnizará según el valor asegurado reportado para la facturación.

RANGO DE EDAD	VALOR ASEGURADO MÁXIMO
De 18 a 65 años	\$ 250.000.000
De 66 a 80 años	\$ 150.000.000
De 81 a 89 años	\$ 40.000.000

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.

Los términos y condiciones del contrato de seguro incluyendo las edades de permanencia, amparos y definiciones de cada cobertura que aplicarán, serán las contenidas en el presente condicionado particular.

Esta continuidad se concede sin limitaciones por sus condiciones de salud pero con las siguientes salvedades:

- 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 fecha de desembolso del crédito.

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 extra-primados o con limitación de cobertura, o suma asegurada por la aseguradora anterior, a fin de aplicar estas mismas extra primas o limitaciones 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 o indemnizado por enfermedades graves o de carácter terminal.

8. AMPARO AUTOMÁTICO

8.1 AMPARO AUTOMÁTICO PARA PERSONAS MENORES DE 65 AÑOS Y SUMA ASEGURADA EN UNA O VARIAS OBLIGACIONES MENOR O IGUAL A \$70.000.000.

La Compañía concede al Tomador amparo automático el cual opera a partir de la fecha en que aparezca dicha novedad en los registros internos del Tomador para todos los nuevos asegurados menores de 71 años y suma asegurada menor igual a \$70.000.000 que entren a formar parte del grupo asegurable; sin solicitud de seguro.

8.2 AMPARO AUTOMÁTICO PARA PERSONAS DE 66 A 80 AÑOS Y SUMA ASEGURADA EN UNA O VARIAS OBLIGACIONES MENOR O IGUAL A \$50.000.000.

La Compañía concede al Tomador amparo automático el cual opera a partir de la fecha en que aparezca dicha novedad en los registros internos del Tomador para todos los nuevos asegurados de 71 a 80 años y suma asegurada menor igual a \$50.000.000 que entren a formar parte del grupo asegurable; sin solicitud de seguro.

8.3 AMPARO AUTOMÁTICO PARA PERSONAS DE 81 AÑOS A 89 AÑOS Y SUMA ASEGURADA EN UNA O VARIAS OBLIGACIONES MENOR O IGUAL A \$20.000.000.

La Compañía concede al Tomador amparo automático el cual opera a partir de la fecha en que aparezca dicha novedad en los registros internos del Tomador para todos los nuevos asegurados de 81 a 89 años y suma asegurada menor igual a \$20.000.000 que entren a formar parte del grupo asegurable; sin solicitud de seguro.

8.4 AMPARO AUTOMÁTICO (Cuando no se otorga cobertura de Preexistencias)

La Compañía concede treinta (30) días de amparo automático para todos los nuevos asegurados que exceden los límites de la cobertura de preexistencias, sin exceder el límite de valor asegurado máximo permitido, que entren a formar parte del grupo asegurable; dentro de dicho periodo debe aportar la solicitud de seguro y/o declaración de asegurabilidad.

Para las personas que no cumplan con los parámetros establecidos o para aquellas personas que respondan afirmativamente a las preguntas de carácter médico sin importar su edad o valor asegurado no estarán amparadas y habrá lugar a cumplir los requisitos de asegurabilidad exigidos que serán evaluados por parte de la compañía, quien podrá solicitar exámenes adicionales o complementarios y se reserva el derecho de aceptar, limitar coberturas o valores asegurados, extra-primar, aplazar o declinar el o los riesgos que estime conveniente dentro de sus políticas de suscripción

La Compañía establece un plazo de tres (3) días hábiles para Bogotá y cinco (5) días hábiles para el resto del país, contados a partir del momento en que los resultados se encuentren en la sede de la aseguradora, para responder al Tomador o intermediario de seguros la aceptación o rechazo de un riesgo.

9. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

9.1. PARA ASEGURADOS CON CONTINUIDAD DE COBERTURA:

- Certificado de vigencia y listado de asegurados emitidos por la anterior aseguradora con fecha no superior a treinta (30) días, indicando: nombres y apellidos, número del documento de identidad, fecha de nacimiento, fecha de ingreso a la póliza, suma asegurada, coberturas contratadas, limitación de cobertura y sobre primas.

9.2. PARA NUEVOS ASEGURADOS CON COBERTURA DE PREEXISTENCIAS

- Listado de Asegurados.

9.3. PARA NUEVOS ASEGURADOS SIN COBERTURA DE PREEXISTENCIAS

- Solicitud de Seguro.

9.4. PARA AUMENTOS DE VALOR ASEGURADO

- No se exigirá solicitud de seguro si con el aumento no se supera el límite de cobertura de preexistencias, de acuerdo con la edad que tenga el asegurado al momento del aumento.

- Se exigirá solicitud de seguro si al momento del aumento se supera la cláusula de preexistencias, sin exceder el Valor Asegurado Máximo, de acuerdo con la edad del asegurado.
- Para asegurados con continuidad, se aceptarán aumentos de valor asegurado sin solicitud de seguro, de hasta el 10% únicamente por intereses de mora, no por causa de un nuevo crédito, aunque excedan los límites de la cláusula de preexistencias.

La Compañía, podrá solicitar exámenes complementarios y se reserva el derecho de aceptar, limitar coberturas o suma asegurada, extra-primar, aplazar o rechazar el o los riesgos que no cumplan con los parámetros de selección definidos por la Compañía.

MAPFRE COLOMBIA, establece un plazo de cinco (5) días hábiles para Bogotá y ocho (8) días hábiles para el resto del país, contados a partir del momento en que los resultados se encuentren en la sede de la aseguradora, para responder al Tomador o intermediario de seguros la aceptación o rechazo de un riesgo.

10. AVISO DEL SINIESTRO

El Tomador, el Asegurado o los Beneficiarios según 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 tres (3) días hábiles 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.

11. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

La Compañía pagará directamente al beneficiario la indemnización a que está obligada, dentro del mes siguiente a la fecha en que se formalice la reclamación.

12. DOCUMENTOS PARA EL ANALISIS DE LA RECLAMACIÓN

Fallecimiento

1. Copia de la cédula
2. Registro civil de defunción
3. Certificado de defunción las dos hojas si las hay
4. Solicitud de seguro si la hay
5. Historia clínica completa del asegurado. (Antes de ingresar a la póliza y en el momento de fallecer).
6. Acta de levantamiento de cadáver en caso de muerte accidental.
7. Resultado de prueba de alcoholemia y sicofármacos.
8. Informe de autoridades si trata de accidente de tránsito.
9. Protocolo de necropsia en caso de muerte accidental.
10. Documentos que prueben la condición de Beneficiarios; copia cedula para mayores de edad, registro civil de nacimiento para menores, de defunción si hay fallecidos.
11. Declaración extra juicio cuando no hay designación de beneficiarios; declaración que debe hacer una persona ajena a la familia, indicando al momento del fallecimiento el estado civil, cuántos hijos matrimoniales, extramatrimoniales u adoptivos tuvo.
12. Certificación del tomador que indique fecha de desembolso y saldo de la deuda
13. Certificación bancaria de cada Beneficiario.

14. SARLAFT y Finiquito si hay lugar a pago.

Incapacidad Total y Permanente.

1. Copia de la cédula.
2. Copia de la historia clínica completa del asegurado (antes de ingresar a la póliza y en el momento del accidente o diagnóstico de la enfermedad, sí es el caso).
3. Copia de la historia clínica completa del asegurado, y el dictamen de calificación de pérdida de la capacidad laboral que demuestre una pérdida de capacidad laboral igual o superior al cincuenta por ciento (50%), emitida por la EPS, ARL O AFP, conforme a las reglas del manual único para la calificación de la invalidez y las emitidas por las entidades que pertenecen a los regímenes de excepción, conforme a las reglas del manual correspondiente para la calificación de la invalidez.
5. Certificación del tomador que indique fecha de desembolso y saldo de la deuda
6. Certificación bancaria donde podrá realizarse el pago en caso de estar el evento cubierto.
7. SARLAFT y Finiquito si hay lugar a pago.

Los documentos señalados no constituyen el único medio probatorio para acreditar la ocurrencia del siniestro, pero en todo caso las pruebas presentadas por el asegurado deben ser idóneas y con validez legal para acreditar los hechos que configuran el siniestro.

13. DEDUCCIONES

Una vez pagada la indemnización por el amparo de Incapacidad Total y Permanente, el contrato de seguro queda extinguido en su totalidad.

14. PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

En caso de que la reclamación o los documentos presentados para sustentarla fuesen 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 la presente póliza.

15. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

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 documento.
- 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.
- 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 la obligación del asegurado con el Tomador se extinga totalmente.

Los amparos adicionales de las personas aseguradas por la presente póliza terminarán por alguna(s) de la(s) siguiente(s) causa(s):

- 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.

16. RENOVACIÓN DEL CONTRATO

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.

17. 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 noventa (90), 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.

La prima a corto plazo será equivalente a la prima a prorrata de la vigencia corrida, más un recargo del diez por ciento (10%) sobre la diferencia entre dicha prima a prorrata y la anual.

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.

18. CONDICIONES ECONÓMICAS

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO	TASA MENSUAL
4001 Fallecimiento por cualquier causa	Saldo insoluto de la deuda máximo \$250.000.000	0.47%
4006 Incapacidad Total y permanente		

19. CONDICIONES DE ADMINISTRACIÓN

19.1 PERÍODO DE FACTURACIÓN

- Mensual

19.2 FECHA DE CORTE DE NOVEDADES

El Tomador deberá reportar la información en medio magnético dentro de los primeros diez (10) días de cada mes.

19.3 FECHA DE FACTURACION

Que se utilizará para generar la factura para los periodos de facturación Mensual, la cual deberá determinarse desde el momento de la iniciación de la póliza y cambiada solo en la renovación de la póliza:

- **Día 15 del mes**

19.4. PAGO DE LA PRIMA

El tomador del seguro está obligado al pago de la prima y deberá hacerlo a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza o, si fuere el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella.

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. Artículo 1068 del código de Comercio.