

CONDICIONES DE SERVICIO DE CRÉDITO

CR-F-087 VR 2.0 22022023

BENEFICIARIOS DEL SERVICIO DE CREDITO

COOMULDESA puede otorgar crédito a quienes cumplan con los siguientes requisitos:

- a. Ser asociado hábil de COOMULDESA y mayor de 18 años.
- b. Tener la capacidad legal para cumplir la normatividad de Coomuldesa.
- c. Estar al día en el pago de sus obligaciones directas e indirectas para con COOMULDESA.
- d. Dar cumplimiento a las condiciones de reciprocidad establecidas por la administración en lo relacionado con garantías, apalancamiento en aportes sociales, promedio de ahorros y demás que sean establecidos.
- e. Demostrar la capacidad de pago requerida para atender adecuadamente sus créditos en COOMULDESA.
- f. Demostrar la suficiente solvencia económica y moral que nos garantice el reembolso del crédito, presentando todos los documentos exigidos por la Entidad.
- g. Presentar la documentación exigida por los Organismos competentes y diligenciar la solicitud de crédito con todos los anexos que suministre y requiera COOMULDESA.
- h. Aceptar las políticas de cobranza y de reporte de información positiva o negativa a las Centrales de información con las que COOMULDESA haya suscrito convenio para dar cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1266 de 2008 y demás concordantes.
- i. No estar referenciado en listas vinculantes y restrictivas consultadas en función a lo que determina el SARLAFT de COOMULDESA.
- j. Tener los datos actualizados en COOMULDESA y aportar la documentación que se requiera en función del proceso de crédito y de lo que determine el citado SARLAFT.
- k. Cumplir con las políticas, condiciones y requisitos establecidos por COOMULDESA.

CONDICIONES QUE EL SOLICITANTE ACEPTA AL FIRMAR LA SOLICITUD DE CREDITO

- a. COOMULDESA no acepta como garantía personal: codeudor con propiedad raíz ubicada fuera del área de cobertura de COOMULDESA o cuyo certificado de Libertad y Tradición contenga anotaciones como: patrimonio de familia, falsa tradición, afectación a vivienda familiar, embargos, limitaciones de dominio o prohibiciones, hipotecas a personas naturales, o similares.
- b. COOMULDESA se reserva el derecho de aprobar o rechazar solicitudes de crédito cuyo titular sea excluido de la póliza de vida grupo deudores o que no se realicen los exámenes médicos ordenados por la aseguradora que emite la citada póliza.
- c. Los pagos o abonos extras que realice el deudor a sus créditos en COOMULDESA, no generan penalización económica, y éste puede decidir entre: cancelar cuotas anticipadas, disminuir el plazo o disminuir el valor de cuota.
- d. Los créditos directos (como deudor) o indirectos (como codeudor), de los firmantes de la solicitud de crédito, deben estar al día antes del desembolso, en caso que ésta sea aprobada.
- e. El deudor se compromete a actualizar sus datos ante COOMULDESA, cuando se presenten cambios en su: dirección, teléfono fijo y celular, correo electrónico, ingresos, egresos, activos, pasivos.
- f. Cuando el deudor o codeudor se identifique con cédula de extranjería colombiana, la vigencia del crédito no podrá superar la vigencia de la cédula de extranjería. Las personas con cédula de extranjería temporal no serán sujetas de crédito en COOMULDESA.
- g. La firma en la solicitud de crédito no constituye un acuerdo precontractual. COOMULDESA está en libertad de otorgar o no el crédito.
- h. El incumplimiento del deudor en sus obligaciones frente a Coomuldesa, constituye causal suficiente para la terminación unilateral de cualquier contrato vigente con COOMULDESA.
- i. COOMULDESA podrá exigir la cancelación total del saldo de la deuda, cuando el deudor se encuentre moroso, cambie el destino de la inversión o desmejore la garantía sin previa autorización, conforme con lo estipulado en el pagaré que respalda las obligaciones.
- j. En caso de ser aprobada la solicitud de crédito, el valor de las cuotas podrá variar en cualquiera de los siguientes casos: a) cuando se realicen abonos de capital, adicionales a los pactados en las cuotas, b) Cuando el crédito incurra en mora y se generen intereses de mora, c) Cuando COOMULDESA incurra en gastos generados por el crédito por concepto de costas judiciales u otros conceptos a cargo del deudor.
- k. Para el caso de créditos pactados con tasas de interés variable (DTF, UVR, IBR), los intereses se liquidarán con la tasa de interés vigente al momento del desembolso, lo cual implica que el valor de intereses a pagar en cada cuota, puede variar en función del valor que tenga dicha tasa, al momento del pago.
- l. La tasa de interés remuneratoria o corriente se liquidará al momento de otorgar el crédito y las cuotas serán canceladas en forma vencida o anticipada, según se pacte en las condiciones del desembolso. La tasa de interés no puede superar la máxima legal vigente establecida por la ley, vigente en el momento de la liquidación.
- m. Los recargos aplicables a la operación de crédito, se relacionan con el seguro de vida deudores, estudio de crédito, los gastos y costos por gestión de cobranza, gastos administrativos, la prima por el (los) seguro(s) que ampare(n) el bien o los bienes que sirvan de

garantía de la obligación cuando se trate de garantía hipotecaria o prendaria, comisión por la garantía o aval que otorgue la entidad avalista o cualquier otro de características similares.

- n. En caso que la solicitud sea aprobada, COOMULDESA cobra un valor correspondiente al estudio de crédito, que será deducido del valor a desembolsar.
- o. El deudor debe cancelar, junto a cada cuota del crédito, un valor destinado a capitalización vía aportes, el cual se determina en función del saldo de sus aportes, al momento en que se realice el desembolso.
- p. En caso de ser aprobada la solicitud de crédito, el desembolso se podrá realizar con abono a la cuenta de ahorros del deudor.
- q. COOMULDESA podrá debitar de las cuentas del deudor, el valor de las cuotas de capital, intereses, primas de seguros y otros conceptos derivados del crédito.
- r. El deudor, persona Natural, debe contar con un seguro de vida que cubra el saldo de la deuda, con amparo de muerte o incapacidad del deudor. El valor de la prima de seguro se carga en cada cuota del crédito. Las condiciones de la póliza de vida deudores contratada por COOMULDESA, se detallan al final del presente documento.
- s. “En cumplimiento de lo dispuesto en la ley de habeas data, 1266 de 2008, los datos contenidos en los extractos, que incluye el monto de la obligación, sus cuotas y fecha de exigibilidad, podrán ser reportados a las centrales de información financiera. Si en el sistema de pagos, registran cuotas vencidas, pasados veinte (20) días contados a partir de que se envíe una comunicación previa, se generará el reporte negativo sobre incumplimiento a centrales de información financiera por el término legal”. Las comunicaciones previas al reporte, podrán ser notificadas en medio distinto al escrito, a través de medios digitales como SMS, email, entre otros.
- t. Las condiciones financieras, simulaciones y demás requisitos para acceder a las líneas de crédito, pueden consultarse presencialmente en la red de oficinas de COOMULDESA o virtualmente en la página web www.coomuldesa.com.

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO DEUDORES CONTRATADA POR COOMULDESA

Para los efectos de la póliza contratada, se consideran deudores las personas naturales que hubieren sido aceptadas como deudores por el tomador y que a tiempo de entrar en vigencia el seguro o al efectuar una nueva operación de préstamo reúna los requisitos de asegurabilidad.

1. EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA

- AMPARO BASICO: Desde 18 años hasta los 74 años y 364 días, permanencia 85 años y 364 días.
- INVALIDEZ: Desde 18 años hasta los 63 años y 364 días, permanencia 64 años y 364 días.
- VIDA COMPLETA: Desde 75 años hasta los 85 años y 364 días, permanencia hasta la cancelación de la deuda o los 86 años.

2. AMPARO BÁSICO

La aseguradora se obliga a pagar el saldo de la deuda a favor del tomador amparado en caso de fallecimiento del asegurado deudor por cualquier causa, diferentes a las excluidas en la presente póliza.

3. EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA.

La aseguradora quedará liberada de responsabilidad, aplicable a todos los amparos, bajo el presente contrato de seguro cuando el evento se presente como consecuencia directa o indirecta de:

- a. Alguna de las siguientes enfermedades: diabetes i y ii, vih positivo/ sida, cáncer, afecciones cerebrovasculares, afecciones cardiovasculares, insuficiencia renal crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica “epoc”, alcoholismo o tabaquismo. esta exclusión opera así la causa del fallecimiento no tenga ninguna relación con las patologías citadas y sin que sea requisito que la aseguradora exija para su ingreso, el diligenciamiento de cuestionario o práctica de exámenes.
- b. Enfermedades, accidentes, diagnósticos o tratamientos preexistentes al ingreso del asegurado a la póliza.
- c. Suicidio o su tentativa en estado de cordura o demencia durante el primer año desde el inicio de vigencia de la póliza o cuando se realicen incrementos de valor asegurado.
- d. Presentar, haber presentado o haber sido diagnosticada en cualquier tiempo anterior al ingreso a la póliza, o aumento del saldo deudor o nuevo préstamo, alguna de las siguientes enfermedades: diabetes i y ii, vih positivo /sida, cáncer, afecciones cerebrovasculares, afecciones cardiovasculares, insuficiencia renal crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica “epoc”.
- e. Accidentes y/o lesiones sufridas por culpa grave del asegurado como consecuencia de estar bajo la influencia de bebidas embriagantes o de sustancias alucinógenas o cualquier sustancia ilegal, salvo que se demuestre prescripción médica.
- f. Cualquier acto de guerra, declarada o sin declarar, revolución, sedición, rebelión, asonada, motines, huelgas, movimientos subversivos, actos violentos o en general conmociones de cualquier clase.
- g. Actos terroristas o la participación en actividades terroristas o delincuenciales.
- h. Eventos ocurridos a consecuencia de fisión o fusión nuclear, radioactividad o el uso de armas atómicas, bacteriológicas o químicas.
- i. Fenómenos de la naturaleza, sísmicos, volcánicos o inundaciones; lesiones inmediatas o tardías causadas por energía atómica.
- j. Mientras el asegurado se encuentre en servicio activo y ejerciendo funciones de tipo militar, policial, de inteligencia, guardaespaldas, vigilancia o miembro de organismo de seguridad.

4. AMPAROS ADICIONALES

4.1. INVALIDEZ

Para todos los efectos de este amparo se considera como inválido el asegurado deudor que por cualquier causa, de cualquier origen, genere lesiones físicas orgánicas o alteraciones funcionales no preexistentes y no provocadas intencionalmente por éste donde hubiese perdido el 50% o más de su capacidad laboral, determinada de acuerdo con el manual único de siempre y cuando la fecha de estructuración se presente dentro de la vigencia del seguro. La indemnización por invalidez no es acumulable con el amparo básico, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicha invalidez, la póliza se dará por terminada en todos sus amparos.

4.1.1. EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE INVALIDEZ

SIN PERJUICIO DE LAS EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS, EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE LA INVALIDEZ DETERMINADA POR CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- a. Lesiones derivadas al viajar como piloto o tripulante de naves aéreas, incluyendo helicópteros.
- b. Lesiones auto infligidas intencionalmente, bien sea que el asegurado se encuentre en uso de sus facultades mentales o en estado de demencia.
- c. Lesiones, hospitalización, incapacidad o muerte que sufra el asegurado al dedicarse de forma profesional o por ocio a actividades de alto riesgo, de velocidad, resistencia o que por su alta peligrosidad pongan en riesgo su vida y su integridad.
- d. Lesiones por la participación del asegurado en cualquier riña.

4.1.2. TERMINACIÓN DEL AMPARO

Los beneficios concedidos por el presente amparo, terminarán cuando finalice la anualidad de la póliza en la cual el asegurado deudor haya cumplido cincuenta y nueve (59) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días.

4.2 INDEMNIZACION POR DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES

El presente amparo tiene por objeto indemnizar al asegurado deudor si durante la vigencia de la cobertura, un médico legalmente autorizado para ejercer la profesión, diagnostica por primera vez con posterioridad a los tres (3) primeros meses desde la fecha de ingreso del asegurado a la póliza y confirma, con base en pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, la presencia de alguna de las enfermedades que se describen bajo el presente amparo, siempre y cuando las mismas no se hayan originado o sean preexistentes al momento de contratar este amparo y si el asegurado deudor sobrevive al menos treinta (30) días a la fecha del diagnóstico o a la cirugía o ciento ochenta (180) días en caso de esclerosis múltiple.

Para aquellas pólizas que se contraten bajo esta modalidad, la indemnización a que da derecho la presente cobertura se deducirá de la suma asegurada del amparo básico. Se entenderán para este amparo como enfermedades graves las siguientes:

- A. **Cáncer:** es la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y la dispersión incontrolables de células malignas y la invasión del tejido normal. Quedan comprendidas dentro de la definición anterior la leucemia, linfomas y la enfermedad de Hodgkin (linfogranuloma).
- B. **Apoplejía:** es el accidente cerebrovascular que cause los síntomas neurológicos correspondientes durante más de veinticuatro (24) horas. Debe existir una destrucción del tejido cerebral causado por trombosis, estenosis, embolia de fuente extra craneal o hemorragia arterial cerebral, así como pruebas de disfunción neurológica permanente. Estas pruebas deberán ser realizadas por un neurólogo después de transcurridas como mínimo seis semanas del accidente. No se pagará indemnización alguna antes de realizarse dichas pruebas. La apoplejía deberá haberse tratado en un centro clínico u hospitalario legalmente autorizado.
- C. **Infarto de miocardio:** es la muerte de una parte del tejido del miocardio a consecuencia del abastecimiento sanguíneo.
- D. Afecciones de las arterias coronarias que requieran coronarias tratadas con una operación "puente coronario" (bypass), por recomendación de un especialista y evidenciada por el resultado de una angiografía, para corregir una estenosis u oclusión de las arterias coronarias. El resultado de la angiografía junto con el informe médico deberá estar a disposición de la aseguradora y la indemnización se pagará solo después de realizada la operación.
- E. **Insuficiencia Renal.** Es el fallo total, crónico e irreversible de ambos riñones, a consecuencia del cual hay que efectuar un trasplante de riñón y/o tratamiento con diálisis renal extracorpórea al menos una vez a la semana. La necesidad de diálisis regular, deberá estar certificada por un informe nefrológico.
- F. **Esclerosis múltiple.** es un padecimiento que afecta solo el sistema nervioso central, caracterizado por anomalías neurológicas progresivas e irreversibles, que llevan a un estado relativo de incapacidad severa, con disminución de la visión, incoordinación, debilidad, incontinencia urinaria, y en general, con alteración de la coordinación y de las funciones motoras y sensitivas.
- G. **Accidente cerebro vascular:** cualquier incidente cerebrovascular que produce secuelas neurológicas permanentes y que incluye infarto de tejido cerebral, hemorragia y embolización originada en una fuente extra craneal. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por síntomas clínicos típicos como así también hallazgos típicos en el tac (tomografía axial computarizada) de cerebro y rnm (resonancia nuclear magnética) de cerebro. Deben documentarse pruebas de deficiencia neurológica de por lo menos tres (3) meses posteriores a la fecha de diagnóstico.

- H. Trasplante de órganos vitales: es el reemplazo mediante intervención quirúrgica de uno o más de los siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, riñón, páncreas o médula ósea. El trasplante se entiende para efectos de este amparo como receptor y nunca como donante, habiendo cumplido en todas y cada una de sus partes, las disposiciones de las leyes vigentes de trasplantes de órganos. El trasplante deberá ser autorizado por el médico que lo practicó, quien debe poseer licencia permanente y válida para ejercer la medicina y esta clase de intervenciones quirúrgicas. El asegurado que reciba cualquier indemnización por concepto de este amparo, quedará automáticamente excluido y sin posibilidades de renovación de esta cobertura.
- I. Gran quemado: se indemnizará a pacientes asegurados con índice de gravedad mayor a setenta (70) puntos o con quemaduras ab o b (2º y 3er grado), mayor al 20% de la superficie corporal. El diagnóstico debe ser confirmado por especialista y evidenciado por los resultados de la carta de "Lund Browder" o un calculador equivalente de áreas corporales quemadas.
- J. Anemia aplásica: es el diagnóstico inequívoco de falla de la médula ósea confirmado por especialista y evidenciado por los resultados de biopsia de médula ósea. La enfermedad debe ocasionar anemia, neutropenia y trombocitopenia, que requieran al menos uno de los siguientes tratamientos:
- K. Transfusión De Productos De Sangre: Estimulantes de la médula ósea, agentes inmunosupresores y trasplante de medula ósea. Traumatismo mayor de cabeza: es el trauma mayor de la cabeza con trastorno de la función cerebral que deber ser confirmado por un especialista y evidenciado por hallazgos típicos en los test neuro radiológicos (por ejemplo: TAC o RNM de cerebro). El trauma debe provocar una incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.
- L. Enfermedad de Alzheimer: diagnóstico clínico inequívoco de enfermedad de alzheimer (demencia pre-senil), confirmado por un especialista y evidenciado por hallazgos típicos en exámenes neurológicos y cognitivos (por ejemplo, tac, resonancia nuclear magnética, pet de cerebro). La enfermedad debe producir como resultado una incapacidad permanente de realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.
- M. Enfermedad de Parkinson: diagnóstico inequívoco de enfermedad de Parkinson primaria o idiopática (todas las otras formas de parkinsonismo están excluidas), confirmado por un especialista en neurología. La enfermedad debe provocar incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria definidas en el presente documento.
- N. Glaucoma: el glaucoma es una es una enfermedad de los ojos que se caracteriza generalmente por el aumento patológico de la presión intraocular, por falta de drenaje del humor acuoso y nervio óptico y cambios en su aspecto.
- O. Epilepsia: la epilepsia es un trastorno provocado por un desequilibrio en la actividad eléctrica de las neuronas de alguna zona del cerebro. Se caracteriza por uno o varios trastornos neurológicos que dejan una predisposición en el cerebro a padecer convulsiones recurrentes, que suelen dar lugar a consecuencias neurobiológicas, cognitivas y psicológicas.
- P. Reumatismo: es el nombre corriente para las enfermedades que afectan al sistema músculo esquelético. En esta denominación de reumatismo se encuentran las categorías de enfermedades músculo esqueléticas, tales como, pero sin limitarse a: reumatismo periarticular, artrosis, enfermedades óseas y las enfermedades del tejido conectivo.
- Q. Osteoartritis: la osteoartritis o enfermedad degenerativa de las articulaciones es el desgaste crónico de los cartílagos que se encuentran en las articulaciones, generando que los huesos friccionen uno contra otro, causando rigidez, dolor y pérdida de movimiento articular.

4.2.1. EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES

SIN PERJUICIO DE LAS EXCLUSIONES APLICABLES PARA TODOS LOS AMPAROS, BAJO ESTE AMPARO LA ASEGURADORA, NO RECONOCERÁ INDEMNIZACIÓN ALGUNA SI EL ASEGURADO DEUDOR PADECE Y SE LE DIAGNOSTICA UNA DE LAS ENFERMEDADES CUBIERTAS QUE APAREZCA A CONSECUENCIA DE O EN CONEXIÓN CON:

- a. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), o la presencia de dicho virus tal como fue reconocido por la organización mundial de la salud o cualquier síndrome o enfermedad de tipo similar bajo cualquier nombre, que sea diagnosticado por un médico autorizado.
- b. Cáncer de seno, útero o próstata.
- c. Todos los tumores de la piel (excepto melanomas malignos) cáncer in situ no invasivo y tumores debido a la presencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- d. Padecimientos congénitos o las enfermedades sufridas por riesgos nucleares.
- e. Enfermedades, lesiones o secuelas derivadas por la adicción al alcohol o a las sustancias alucinógenas, estimulantes, psicoactivas, que no hayan sido prescritas por un médico legalmente autorizado.
- f. Cualquier tratamiento o cirugía experimental.
- g. Los accidentes vasculares isquémicos transitorios y accidentes cerebrovasculares reversibles, entendiéndose como tales aquellos en los que el asegurado pueda recuperarse completamente en las seis (6) semanas siguientes a su ocurrencia.

4.3 VIDA COMPLETA

Este amparo tiene por objeto reembolsar al tomador en caso de muerte de un asegurado deudor, los saldos insolutos de las deudas contraídas después de cumplir setenta y cuatro años (74) y trescientos sesenta y cuatro días (364) y durante todo el tiempo en que subsista la deuda. Para que opere este amparo, las personas mayores de 75 años deben figurar relacionadas expresamente en la póliza

o sus anexos.

4.3.1. LÍMITES DE EDAD

La edad mínima de ingreso a la cobertura de este amparo es setenta y cuatro años (74) y trescientos sesenta y cinco (365) días con permanencia hasta la cancelación total de la deuda. Todas las demás condiciones de la póliza, no modificadas por el presente amparo continúan en vigor.

5. EDADES APLICABLES POR CADA AMPARO

| COBERTURA | EDAD MÍNIMA DE INGRESO | EDAD MÁXIMA DE INGRESO | EDAD DE PERMANENCIA |
|--|------------------------|------------------------|--------------------------|
| AMPARO BÁSICO | 14 AÑOS | 74 AÑOS Y 364 DÍAS | 84 AÑOS Y 364 DÍAS |
| INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE | 14 AÑOS | 58 AÑOS Y 364 DÍAS | 59 AÑOS Y 364 DÍAS |
| INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES | 14 AÑOS | 59 AÑOS Y 364 DÍAS | 64 AÑOS Y 364 DÍAS |
| AUXILIO FUNERARIO | 14 AÑOS | 74 AÑOS Y 364 DÍAS | 84 AÑOS Y 364 DÍAS |
| VIDA COMPLETA | 74 AÑOS Y 364 DÍAS | 84 AÑOS Y 364 DÍAS | HASTA QUE SUBSISTA DEUDA |

6. PAGO DE PRIMAS

El pago de la primera prima o cuota, es condición indispensable para la vigencia del Seguro. Los pagos subsiguientes, se efectuarán dentro del mes correspondiente. Si las primas posteriores a la primera no fueren pagadas antes de vencerse el plazo legal, se producirá la terminación automática del contrato. Los reportes mensuales se deben realizar dentro de los 5 primeros días del periodo respectivo, si este no se realiza se efectuará la facturación correspondiente, teniendo en cuenta el reporte del mes anterior. El no reportar durante dos periodos consecutivos producirá la terminación del contrato.

7. DEFLACIÓN INEXACTA O RETICENTE

El tomador y los asegurados individualmente considerados están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio, según el cuestionario que le sea propuesto por La aseguradora. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La aseguradora, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del presente contrato.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero la aseguradora solo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato representen respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado de riesgo.

Las sanciones anteriormente descritas no se aplican si la aseguradora, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre los que versan los vicios de la declaración, o si ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

8. TERMINACIÓN DEL SEGURO

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza termina por las siguientes causas:

- Cuando el tomador solicite la revocación del seguro por los medios dispuestos por la aseguradora para este trámite.
- Al fallecimiento del asegurado deudor.
- Cuando el asegurado deudor deje de pertenecer al grupo asegurado.
- Cuando el asegurado deudor cumpla la edad máxima de permanencia en el seguro, tal como se establezca en la caratula de la póliza.
- Por falta de pago de la prima mensual vencido el periodo legal.
- Cuando sea pagada la cobertura de invalidez.
- Cuando al momento de la renovación de la póliza el grupo asegurado sea menor a diez (10) asegurados.
- Al vencimiento de la póliza si ésta no se renueva.