

Vida Grupo



Condiciones del Contrato de Seguro

Versión: <No de versión>

Póliza No. 22706781

Póliza de Vida Grupo No Contributiva

www.allianz.co

Barranquilla, 11 de junio de 2020

Tomador de la Póliza:

UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR

Estas son las condiciones de cotización de su contrato de seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente,

AYDEE VEGA

Allianz Seguros de Vida S.A.

CONDICIONES PARTICULARES

Capítulo I

Datos Identificativos

Tomador del Seguro UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR
NIT: 892.300.285-6
Actividad Económica: Institución Educativa
Ciudad: Valledupar/ Cesar

Asegurados Serán aseguradas todas las personas vinculadas mediante contrato de trabajo con la entidad tomadora, siempre y cuando tengan su residencia permanente en la república de Colombia.

Para efectos de este seguro el grupo asegurado deberá estar conformado por mínimo 340 asegurados, en caso de ser inferior la compañía podrá ajustar estos términos reservándose la facultad de no suscribir la póliza.

Beneficiarios Para efectos de este seguro los beneficiarios serán los estipulados por cada asegurado o en su defecto los de ley (de acuerdo con lo estipulado en el Artículo 1142 del Código de Comercio).

Póliza y duración Póliza No.: 22706781
Duración: Desde las 00:00 horas del 19/06/2020 hasta las 24:00 horas del 18/06/2021

Intermediario AYDEE VEGA
Clave: 1081164
Participación: 100%
Sucursal: Valledupar

Capítulo II

Objeto y alcance del seguro

Allianz Seguros de Vida S.A., quien en adelante se denominará “LA COMPAÑÍA”, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por EL ASEGURADO, la cual se incorpora al presente contrato para todos sus efectos, se obliga a pagar la correspondiente suma asegurada a la realización de los riesgos amparados, de acuerdo con las condiciones de la póliza.

Capítulo III

Condiciones Particulares de Cotización

1. CLASE DE PÓLIZA

No Contributiva

2. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

| AMPARO BÁSICO Y AUXLIOS POR MUERTE | MÍNIMA DE INGRESO | MÁXIMA DE INGRESO | PERMANENCIA |
|------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------|
| | 18 años | 70 años | 80 años |
| DEMÁS AMPAROS Y AUXLIOS POR ITP | 18 años | 64 años | 69 años |

Para efectos de la permanencia, ésta se mantendrá siempre que la póliza se encuentre vigente con ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.

3. EXCLUSIONES

Serán aplicables las exclusiones consagradas en el condicionado general 15/10/2019-1401-P-34-VIDGRUPVERSION11-0001 que no hayan sido levantadas manifiestamente por el presente documento. Adicionalmente en ningún caso se cubren los siniestros que sean consecuencia directa o indirecta de preexistencias no declaradas en la solicitud individual de seguro diligenciada por el asegurado previo a su ingreso a la póliza.

4. COBERTURA DE PREEXISTENCIAS

La presente póliza se extiende a cubrir las pérdidas ocasionadas como consecuencia de eventos preexistentes a la fecha de inicio de la presente póliza, siempre que dichas

preexistencias hayan sido declaradas por el asegurado previo al inicio de vigencia individual, y aceptadas expresamente por Allianz Seguros de Vida S.A.

Esta cláusula aplica únicamente para la cobertura de básico de vida, para los demás amparos se aplicará lo estipulado en los artículos 1058 y 1158 del Código del Comercio.

5. PRINCIPIO DE CAUSALIDAD

En caso de inexactitud o reticencia del asegurado, la Compañía solo podrá aplicar las sanciones contempladas en el artículo 1058 del Código de Comercio y concordantes, si las causas que originaron directa o indirectamente el siniestro son coincidentes con la reticencia o inexactitud en que ocurrió el asegurado.

Nota: Esta condición no tendrá aplicación cuando el asegurado oculte el padecimiento de alguna enfermedad catastrófica, tal como Cáncer, SIDA/VIH, Infarto al Miocardio, Insuficiencia Renal Crónica, Esclerosis Múltiple, Apoplejía, Accidente Cerebrovascular y Enfermedades Mentales.

6. AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES

COBERTURAS MINIMAS

| AMPAROS | VALOR ASEGURADO |
|---|-------------------|
| MUERTE | 60.000.000 |
| INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE | 60.000.000 |
| INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL | 60.000.000 |
| BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL | 60.000.000 |
| AUXILIO FUNERARIO (En caso de muerte del asegurado amparado por la presente póliza) | 6.000.000 |
| ENFERMEDADES GRAVES | 36.000.000 |
| REEMBOLSO GASTOS MEDICOS POR TRATAMIENTO DE SIDA (no pre-existente). | Hasta 4.000.000 |
| RENTA CLÍNICA DIARIA POR HOSPITALIZACION, HASTA POR 180 DIAS, INCLUYE HOSPITALIZACION EN CASA (Con periodo de espera de 1 día (*)) | \$120.000 Diarios |
| RENTA MENSUAL POR MUERTE POR CUALQUIER CAUSA (En caso de muerte del asegurado amparado por la presente póliza)** | 1.000.000 |
| AMBULANCIA AEREA | 22.000.000 |
| MÁXIMO VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL | 60.000.000 |
| No. de Asegurados mínimos para expedir la póliza | 348 |
| PRIMA ANUAL POR ASEGURADO | 567.000 |

7. CONDICIONES TECNICAS COMPLEMENTARIAS

| CONDICIONES TÉCNICAS COMPLEMENTARIAS | |
|---|----------|
| RESTABLECIMIENTO DEL VALOR ASEGURADO POR PAGO DE SINIESTRO. PARA LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS. (Maximo 3 restablecimientos por asegurado) | Ok |
| OFICINA DIRECTA DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA EN CALIDAD DE PRINCIPAL O SUCURSAL EN VALLEDUPAR | Sucursal |
| GASTOS MÉDICOS POR REEMBOLSO DE TRATAMIENTO DE VIH. | OK |

8. DEFINICIÓN Y ALCANCE DE LAS COBERTURAS

8.1. Limite Agregado de Responsabilidad (LAR):

De ocurrir un siniestro en el cual se vean afectados varios asegurados simultáneamente, Allianz Seguros de Vida S.A. indemnizará en forma proporcional a cada uno de ellos, en la misma proporción que guarde el valor asegurado alcanzado en el amparo de muerte por cualquier causa para cada asegurado individualmente considerado, frente al valor del cúmulo máximo a indemnizar indicado.

LAR \$3.000.000.000

8.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

Se entenderá por incapacidad total y permanente la sufrida por el asegurado, que haya sido ocasionada y se manifieste bajo la vigencia de ésta póliza, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables, que le impida al asegurado desempeñar cualquier trabajo remunerado acorde con su formación personal u ocupación habitual, siempre que dicha incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor a 120 días. En todo caso dicha incapacidad podrá ser demostrada mediante certificación de EPS, ARL, AFP o Junta Regional o Nacional de calificación de invalidez donde se indique que el asegurado ha sufrido una pérdida igual o superior al 50% de su capacidad laboral.

El valor de la indemnización por este amparo se calculará con el valor asegurado correspondiente a la fecha de estructuración de la correspondiente incapacidad total y permanente.

El valor asegurado en el amparo de Incapacidad Total y Permanente no es acumulable al amparo de Muerte y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización al asegurado afectado su cobertura en la póliza de Vida Grupo terminará.

8.3. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL:

Cubre el fallecimiento del asegurado que se origine a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, siempre y cuando la muerte se produzca dentro de los noventa (90) días siguientes contados a partir de la ocurrencia del accidente y dentro de la vigencia del presente amparo.

8.4. BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL:

El amparo de desmembración accidental cubre las lesiones corporales que sufra el asegurado, originadas en un accidente y que produzcan en su integridad física cualquiera de las pérdidas enumeradas en la tabla de indemnizaciones, siempre y cuando la lesión se ocasione dentro de los noventa (90) días siguientes contados a partir de la ocurrencia del accidente, y que tanto el accidente como la lesión ocurra dentro de la vigencia del presente amparo.

Para los efectos de este amparo, por accidente se entiende todo suceso imprevisto, exterior, violento, visible, verificable mediante examen médico, repentino e independiente de la voluntad del asegurado, que produzca en la integridad física del mismo, cualquiera de las pérdidas indicadas en la tabla de indemnizaciones.

Nota: Si se realiza un pago de acuerdo al porcentaje indemnizado por la tabla de desmembración, dicha suma se deduce del que pueda corresponder por el amparo de Incapacidad Total y Permanente.

TABLA DE DESMEMBRACIÓN

| Clase de Pérdida | % a pagar |
|--|-----------|
| Enajenación mental incurable con impotencia funcional absoluta | 100,00% |
| Parálisis o Invalidez Total y Permanente | 100,00% |
| Ceguera completa en ambos ojos | 100,00% |
| La pérdida total e irreparable de ambos pies o ambas manos | 100,00% |
| Sordera total bilateral | 100,00% |
| Pérdida del habla | 100,00% |
| Pérdida del brazo o de la mano derecha | 60,00% |
| Pérdida completa de la visión de un ojo | 50,00% |
| Sordera total unilateral | 50,00% |
| Pérdida del brazo o de la mano izquierda | 50,00% |
| Pérdida de una pierna por encima de la rodilla | 50,00% |
| Pérdida de un pie | 40,00% |
| Pérdida completa del uso de la cadera | 30,00% |
| Fractura no consolidada de una pierna | 30,00% |
| Pérdida del dedo pulgar derecho | 25,00% |
| Pérdida total de tres dedos de la mano derecha o pulgar y otro dedo que no sea el índice | 25,00% |

| | |
|---|--------|
| Pérdida completa del uso del hombro derecho | 25,00% |
| Como máxima indemnización por trastornos en la masticación y habla | 25,00% |
| Pérdida del dedo pulgar izquierdo | 20,00% |
| Pérdida total de tres dedos de la mano izquierda o el pulgar y otro dedo que no sea el índice | 20,00% |
| Pérdida completa del uso de la muñeca o del codo derecho | 20,00% |
| Pérdida completa del uso de alguna rodilla | 20,00% |
| Fractura no consolidada de una rodilla | 20,00% |
| Pérdida del dedo índice derecho | 15,00% |
| Pérdida completa del uso de la muñeca o del codo izquierdo | 15,00% |
| Pérdida completa del uso del tobillo | 15,00% |
| Pérdida del dedo índice izquierdo | 12,00% |
| Pérdida del dedo anular derecho | 10,00% |
| Pérdida del dedo medio derecho | 10,00% |
| Pérdida del dedo anular izquierdo | 8,00% |
| Pérdida del dedo medio izquierdo | 8,00% |
| Pérdida del dedo gordo de alguno de los pies | 8,00% |
| Pérdida del dedo meñique derecho | 7,00% |
| Pérdida del dedo meñique izquierdo | 5,00% |
| Pérdida de una falange de cualquier dedo | 5,00% |

Parágrafo

a. Para todos los efectos de la presente condición, se entiende por pérdida de la mano, la amputación que se verifique a la altura de la muñeca o por encima de ella, y por pérdida del pie, la amputación que se verifique a la altura del tobillo o por encima de él.

b. También se entiende por pérdida, la inhabilitación funcional total y permanente del órgano o miembro lesionado.

c. Cuando el Asegurado sufra dos o más pérdidas de las especificadas en la tabla, el valor total del pago no podrá exceder el 100% del Valor Asegurado en este amparo.

d. Las indemnizaciones pagadas por la pérdida de dedos, se deducirán de cualquier pago que se hiciese por concepto de la pérdida de la mano o el pie respectivo.

La tabla contenida en este numeral aplica para personas diestras, en caso de asegurado zurdo se aplica en los mismos porcentajes indicados en sentido inverso.

8.5. ENFERMEDADES GRAVES:

Por este amparo se indemnizará al asegurado hasta la suma asegurada contratada, si durante la vigencia del amparo, siempre que haya transcurrido por lo menos noventa (90) días desde el inicio de la vigencia de este amparo, un médico legalmente autorizado para ejercer la profesión, le descubre y diagnostica por primera vez, con base en pruebas clínicas, radiológicas, histológicas o de laboratorio, la presencia o padecimiento de Cáncer, Infarto al Miocardio, Insuficiencia Renal Crónica, Esclerosis Múltiple, Accidente Cerebrovascular (Apoplejía) o Afección de Arteria Coronaria que Exija Cirugía, Trasplante de Órganos Vitales clínicamente aprobados y Gran Quemado.

Trasplante de órganos: Aplica para órganos aprobados por la Sociedad Médica de Trasplantes al momento del siniestro excepto córnea y hueso.

Las condiciones de la cobertura y exclusiones se encuentran definidos en el condicionado general 15/10/2019-1401-P-34-VIDGRUPVERSION11-000I

8.6. RENTA CLÍNICA DIARIA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE:

La Compañía reconocerá un valor de renta diaria continuos o discontinuos dentro de la misma vigencia y hasta por el valor asegurado contratado, siempre que tal hospitalización sea superior a un período de 24 horas y el día de hospitalización indemnizado se cuenta por noche de estancia en dicha condición.

(*) El periodo de espera corresponde al plazo durante el cual EL ASEGURADO debe mantenerse en situación de hospitalización para tener derecho a la indemnización.

NOTA 6: Se aclara que las coberturas de renta clínica diaria por enfermedad o accidente y la renta diaria por unidad de cuidados intensivos y la renta diaria pos hospitalaria son excluyentes entre sí, por tanto, los días indemnizados en uno de los amparos no pueden ser indemnizados en el otro.

9. RENTA MENSUAL POR MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

**La compañía reconocerá la renta mensual contratada identificada en el contrato de seguros, hasta finalizar la vigencia de la póliza contratada.

10. AMPARO AUTOMATICO

El amparo bajo esta póliza será automático hasta **30** días contados a partir de la fecha de inicio de la vigencia individual del seguro, siempre que la edad no supere los **60** años, el valor asegurado no será superior a **\$300.000.000** y las respuestas a la declaración de asegurabilidad sean en su totalidad negativas.

Las personas que no cumplan con los parámetros establecidos anteriormente, no gozarán de cobertura hasta tanto la entidad Tomadora los informe a ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., cumplan con los requisitos de asegurabilidad exigidos de

acuerdo a lo establecido en este condicionado, y una vez recibidos los mismos, la Compañía procederá a la calificación de la persona, para posteriormente, pronunciarse sobre la autorización o no del ingreso a la póliza.

Cualquiera que sea el caso el Tomador o el Asegurado según corresponda, están obligados a declarar los hechos o circunstancias que determinen el estado real del riesgo, de tal manera que, si alguno de los asegurados afecta uno de los amparos contratados en las condiciones particulares en que la causa es un evento o una enfermedad diagnosticada o tratada antes de la fecha de ingreso a la póliza, ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. dará plena aplicación a los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio.

Por otro lado, el Tomador se compromete a reportar los ingresos y retiros de asegurados y modificaciones en el valor asegurado dentro de los treinta días (30) días calendario siguientes a la fecha en que se presenten tales modificaciones, superado este período de tiempo dejará de operar el amparo automático y la responsabilidad de la Aseguradora se limitará a la devolución de primas por concepto de este ingreso.

11. PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Queda consignada la obligación del tomador consistente en suministrar previo a la suscripción a la póliza y a cada movimiento de ingreso, retiro, aumento de valor asegurado o cobro, un listado en archivo Excel que deberá ser remitido por el canal notificado por la compañía con la siguiente información:

| ASEGURADO | |
|-----------------------------------|--|
| TIPO DOCUMENTO | Cédula (CC) - Tarjeta de identidad (TI) Pasaporte (PSA) – Cédula de Extranjería (CE) No único de identificación personal (NUIP) Permiso especial permanente (PEP) |
| No DE DOCUMENTO | Número del Documento |
| PRIMER APELLIDO | Primer Apellido del asegurado |
| SEGUNDO APELLIDO | Segundo Apellido del asegurado |
| NOMBRES | Nombres del Asegurado |
| FECHA DE NACIMIENTO | DD/MM/AAAA |
| GENERO | FEMENINO (F) MASCULINO (M) |
| VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL | \$ |

12. REPORTE DE NOVEDADES

Los ingresos o modificaciones de valor asegurado, deben ser solicitados por escrito por el tomador adjuntando la solicitud de seguro individual debidamente diligenciada por la persona a ingresar o quien solicite el aumento del valor asegurado. La Compañía se

reserva el derecho de admitirlos, rechazarlos, extraprimarlos o de solicitar las pruebas de asegurabilidad que estime necesarias.

13. CONTINUIDAD

Queda convenido que la compañía otorga el beneficio de la continuidad de la cobertura, definida como la extensión de las condiciones que traía el asegurado respecto a edad, valor asegurado el cual no puede superar \$60.000.000 y estado de salud, bajo la póliza de vida de seguros colectivos inmediatamente anterior a la vigencia de la presente póliza y que se encontraba contratada con POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS beneficio que se otorga bajo los términos y en las condiciones que a continuación se precisan:

- De este beneficio sólo gozan las personas que venían aseguradas con la anterior compañía, al momento inmediatamente anterior al inicio de la vigencia del presente contrato.
- La compañía asume los riesgos bajo los términos y condiciones de su contrato de seguros y no extiende su cobertura a las condiciones contractuales que pudiera traer el grupo asegurado con la anterior compañía.
- Las extra primas y limitaciones de riesgo que hayan sido impuestas por la anterior Compañía de seguros regirán para el presente contrato y deberán ser informadas en el listado de Asegurados, sin perjuicio de aquellas que puedan ser impuestas por esta aseguradora para los demás casos.
- La Continuidad sólo aplica para las coberturas que traía el Tomador con la anterior aseguradora. Si se otorga una nueva cobertura en la vigencia que inicia con Allianz Seguros de Vida S.A., no existirá continuidad para dicha cobertura.
- En ningún caso se da continuidad a las pólizas de vida individual. La presente cláusula otorga continuidad sobre pólizas colectivas de vida contratadas en la vigencia inmediatamente anterior al inicio de este contrato.

En virtud de esta cláusula, Allianz Seguros de Vida S. A. se subroga en los mismos derechos y obligaciones que podrían haber asistido a dicha aseguradora, para tal efecto se deja consignada la obligación del tomador consistente en suministrar a ALLIANZ Seguros de Vida S. A. la relación de las personas aseguradas en la Compañía anterior, aquellos que superen los límites establecidos en esta cláusula deberán cumplir con los requisitos de asegurabilidad que ALLIANZ Seguros de Vida S. A. estime convenientes.

14. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Previo al ingreso o incremento de valor asegurado, los solicitantes o Asegurados deberán presentar los requisitos de asegurabilidad que correspondan de acuerdo con su edad y valor asegurado individual total, indicados en la siguiente tabla:

| VALORES ASEGURADOS EN PESOS | | EDADES | | |
|-----------------------------|---------------|----------|------------|----------------|
| Desde | Hasta | Hasta 45 | De 46 a 65 | De 66 Hasta 70 |
| \$1.00 | \$60.000.000 | 1 | 1 | 1 |
| \$300.000.001 | \$350.000.000 | 2 | 2 | 3 |
| \$350.000.001 | \$500.000.000 | 2 | 3 | 4 |
| \$500.000.001 | \$800.000.000 | 4 | 4 | 4 |

| Consecutivo | Requisitos |
|-------------|---------------------|
| 1 | Solicitud de seguro |

En cualquier caso, la Aseguradora podrá exigir requisitos médicos y/o paraclínicos adicionales cuando lo estime conveniente.

15. DEPORTES NO ASEGURABLES

No se aseguran las personas que practiquen como profesional o aficionado en forma permanente los siguientes deportes:

| | |
|--------------------------------|--------------|
| Alpinismo | Parapente |
| Caza | Motociclismo |
| Tauromaquia | Boxeo |
| Artes Marciales | Aviación |
| Automovilismo | Lucha |
| Tiro | Motonáutica |
| Vuelo en cometa o ala delta | MotoCross |
| Buceo (Inmersiones submarinas) | |

Esta condición se extiende para todos los deportes considerados habitualmente como deportes o actividades extremas.

En cualquier caso, la única responsabilidad de la compañía por ingresos que contravengan esta cláusula será la devolución de las primas recibidas por dicho ingreso.

16. FORMA DE COBRO Y REPORTE DEL TOMADOR

El cobro de la Prima se efectuará en forma **ANUAL** según reporte de la entidad tomadora el cual deberá ser remitido por el canal notificado por la compañía. En todo

caso se efectuará un solo cobro mensual donde se incluyan todos los conceptos a cobrar en el respectivo periodo.

17. PLAZO PARA EL PAGO DE LAS PRIMAS

El Tomador pagará la prima a ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., dentro de los 30 días contados a partir de la fecha de iniciación de vigencia de cada periodo.

En consecuencia, el amparo que se otorga terminará automáticamente si al día 31 de inicio de vigencia del periodo no se ha efectuado el pago de la prima respectiva.

18. MÁXIMA SINIESTRALIDAD ÚLTIMA VIGENCIA

De acuerdo a la información suministrada por la entidad tomadora, la siniestralidad de la última vigencia no fue superior a \$135.000.000, en caso de ser superior la compañía se reserva el derecho de aplicar las sanciones contempladas en el artículo 1058 del estatuto comercial y demás disposiciones concordantes.

19. REVOCACIÓN

La presente póliza podrá ser revocada por el Tomador en cualquier momento. Los anexos de la presente póliza podrán ser revocados por la Aseguradora en cualquier momento, para lo cual deberá dar aviso al tomador sobre esta determinación con una anticipación no menor a 60 días.

20. TERMINACIÓN DEL SEGURO

El seguro individual de cualquier asegurado terminará en los siguientes casos:

- Cuando por cualquier causa deje de pertenecer al grupo asegurado.
- En la fecha que termine la vigencia señalada en la póliza
- Por falta de pago de prima
- Al pagar las indemnizaciones por los amparos de muerte o incapacidad total y permanente del asegurado.

PARAGRAFO: Cuando el Seguro o Amparo termine por causas distintas a las previstas en la Ley, la Compañía notificará dicha terminación al Tomador / Asegurado.

21. CONVERTIBILIDAD

Los beneficios de Convertibilidad tienen efecto desde la fecha de iniciación de la póliza y desde el momento en que toda persona ingresa al grupo asegurado, en las condiciones descritas en el condicionado general 15/10/2019-1401-P-34-VIDGRUPVERSION11-0001

22. AVISO DE SINIESTRO:

Se otorgará plazo para el aviso de siniestros de 30 días

23. PROCEDIMIENTOS EN CASO DE SINIESTROS

• INFORMACIÓN Y PLAZOS PARA RADICACIÓN DE SINIESTROS.

LA COMPAÑÍA definirá y emitirá repuesta a la solicitud dentro del mes siguiente a la fecha en que se acredite la ocurrencia del siniestro y su cuantía, de acuerdo a la reclamación formal presentada por el asegurado o los beneficiarios, acompañada de los documentos necesarios.

ALLIANZ de manera meramente ilustrativa sugiere soportar la reclamación con los siguientes documentos, según sea el caso, los cuales podrán ser radicados preferiblemente al mail indemnizacionesvida@allianz.co, de no ser posible vía correo electrónico enviarlos a la dirección Carrera 13 A No 29 – 24 Piso 10 Ala Sur a la Dirección de Indemnizaciones Vida, Bogotá.

• DOCUMENTOS MÍNIMOS PARA PRESENTAR RECLAMACIÓN

AMPARO DE MUERTE

Documentos del asegurado:

- Si los documentos son remitidos por correo electrónico en el asunto deberán indicar (i) Nombre del asegurado afectado (ii) Nombre del tomador de la póliza, (iii) No de póliza y (iv) amparo reclamado.
- Carta solicitando la reclamación en la cual se evidencie No. de póliza, amparo reclamado, documentos aportados, nombre del asegurado y datos del reclamante. (aplica si los documentos son remitidos por físico).
- Copia de la Cédula de Ciudadanía o documento de identidad.
- Copia del Registro Civil de Defunción
- Certificación de la entidad tomadora en donde conste el nombre del asegurado, cargo, fecha de vinculación a la empresa, fecha de vinculación de la póliza (para fin de validar la continuidad)
- Copia de la Solicitud de seguro debidamente diligenciada por el asegurado en la cual se evidencie la designación de beneficiarios. (si aplica).
- En caso de haber fallecido en una institución médica, aportar copia de la Historia Clínica (Si no la pueden aportar explicar las razones si es el caso)

- Si la causa de fallecimiento fue violenta o accidental adicionalmente deben anexar certificación o documento expedido por la Entidad Competente que enuncie la causa de fallecimiento. (puede ser Acta de levantamiento de cadáver y/o certificación de la fiscalía y/o Informe de necropsia y/o croquis según el caso).

Documentos de beneficiarios:

- Documentos de identidad de los beneficiarios (copia de la cédula de ciudadanía mayores de edad y registro civil de nacimiento para menores de edad).
- Si los beneficiarios son menores deben aportar copia de la cédula de los padres vivos.
- Formato de pago por transferencia diligenciado por los beneficiarios y padres de los menores beneficiarios.
- En caso de no existir designación de beneficiarios deben aportar declaración extrajudicial realizada por el reclamante en que indique (i) nombre y No de identidad del asegurado, (ii) estado civil al momento del fallecimiento, (iii) en caso de ser casado o unión libre debe indicar el nombre de la esposa y tiempo de convivencia, (IV) indicar si hubo hijos reconocidos en caso positivo el No de hijos e informar el nombre de cada uno de ellos y (v) el siguiente párrafo “desconozco de la existencia de otra persona con igual o mayor derecho a los aquí descritos y en caso de presentarse en el futuro a reclamar exoneramos a Allianz Seguros de Vida SA asumiendo la responsabilidad de todos los reclamos derivados de este seguro”.
- Si no hubo designación de beneficiarios deberán aportar adicionalmente (i) para hijos copia del registro civil de nacimiento, (ii) para esposa copia del registro civil de matrimonio o (iii) si el asegurado es soltero sin hijos copia del registro civil de nacimiento del asegurado para acreditar parentesco con los padres.

AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

- Si los documentos son remitidos por correo electrónico en el asunto deberán indicar (i) Nombre del asegurado afectado (ii) Nombre del tomador de la póliza, (iii) No de póliza y (iv) amparo reclamado.
- Carta solicitando la reclamación en la cual se evidencie No. de póliza, amparo reclamado, documentos aportados, nombre del asegurado y datos del reclamante. (aplica si los documentos son remitidos por físico).
- Copia de la cédula de ciudadanía o documento de identidad.
- Certificación de la entidad tomadora en donde conste el nombre del asegurado, cargo, fecha de vinculación a la empresa, fecha de vinculación de la póliza (para fin de validar la continuidad)

- Historia Clínica (en la cual se evidencie la fecha de diagnóstico o de ocurrencia del evento o la patología que generó la invalidez, así como la evolución).
- Concepto del médico tratante que especifique estado actual, secuelas, pronóstico y posible tratamiento.
- Copia del dictamen de calificación de Invalidez emitida por la Entidad Competente (EPS, ARL, AFP o JUNTA DE CALIFICACION DE INVALIDEZ REGIONAL O NACIONAL, REGIMEN ESPECIAL) en la cual se evidencie la fecha de estructuración y el porcentaje de la pérdida. (Opcional).
- Formato de pago por transferencia diligenciado por el asegurado
- Solicitud de seguro debidamente diligenciada por el asegurado. (si aplica).
- Si la causa de la invalidez es accidental o violenta aportar certificación o documento expedido por la entidad competente en la cual se evidencie la causa

AMPARO DE DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL:

- Si los documentos son remitidos por correo electrónico en el asunto deberán indicar (i) Nombre del asegurado afectado (ii) Nombre del tomador de la póliza, (iii) No de póliza y (iv) amparo reclamado.
- Carta solicitando la reclamación en la cual se evidencie No. de póliza, amparo reclamado, documentos aportados, nombre del asegurado y datos del reclamante. (aplica si los documentos son remitidos por físico)
- Copia de la cédula de ciudadanía o documento de identidad.
- Certificación de la entidad tomadora en donde conste el nombre del asegurado, cargo, fecha de vinculación a la empresa, fecha de vinculación de la póliza (para fin de validar la continuidad)
- Historia Clínica (en la cual se evidencie la fecha de ocurrencia del evento que generó la desmembración).
- Concepto del médico tratante que especifique: parte del cuerpo afectado, detallar el nivel de amputación traumática o si es una pérdida de funcionalidad informando si es temporal o definitiva.
- Formato de pago por transferencia diligenciado por el asegurado
- Copia de la solicitud de seguro debidamente diligenciada por el asegurado. (si aplica).
- Si la causa es accidental o violenta aportar certificación o documento expedido por la entidad competente en la cual se evidencie la causa.

AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES

- Si los documentos son remitidos por correo electrónico en el asunto deberán indicar (i) Nombre del asegurado afectado (ii) Nombre del tomador de la póliza, (iii) No de póliza y (iv) amparo reclamado.
- Carta solicitando la reclamación en la cual se evidencie No. de póliza, amparo reclamado, documentos aportados, nombre del asegurado y datos del reclamante. (aplica si los documentos son remitidos por físico).
- Copia de la cédula de ciudadanía o documento de identidad del asegurado.
- Certificación de la entidad tomadora en donde conste el nombre del asegurado, cargo, fecha de vinculación a la empresa, fecha de vinculación de la póliza (para fin de validar la continuidad)
- Historia Clínica (en la cual se evidencie la fecha de diagnóstico de la patología que están reclamando).
- Concepto del médico tratante que especifique estado actual (insitu o invasivo), pronóstico y posible tratamiento.
- Formato de pago por transferencia diligenciado por el asegurado
- Copia de la solicitud de seguro debidamente diligenciada por el asegurado. (si aplica)

AMPARO DE RENTA CLÍNICA, UCI, POST HOSPITALARIA Y CIRUGIA AMBULATORIA

- Si los documentos son remitidos por correo electrónico en el asunto deberán indicar (i) Nombre del asegurado afectado (ii) Nombre del tomador de la póliza, (iii) No de póliza y (iv) amparo reclamado.
- Carta solicitando la reclamación en la cual se evidencie No. de póliza, amparo reclamado, documentos aportados, nombre del asegurado y datos del reclamante. (aplica si los documentos son remitidos por físico)
- Copia de la cédula de ciudadanía o documento de identidad.
- Certificación de la entidad tomadora en donde conste el nombre del asegurado, cargo, fecha de vinculación a la empresa, fecha de vinculación de la póliza (para fin de validar la continuidad)
- Historia Clínica de la hospitalización (en la cual se evidencie la fecha de diagnóstico de la patología que generó la hospitalización y la fecha de ingreso y salida de la entidad hospitalaria).

- Formato de pago por transferencia diligenciado por el asegurado
- Copia de la solicitud de seguro debidamente diligenciada por el asegurado. (si aplica)
- Si la causa de la hospitalización es accidental aportar certificación o documento expedido por la entidad competente en la cual se evidencie la causa.

NOTA: Si del análisis de los documentos aportados se requiere un documento adicional para determinar la cobertura, ALLIANZ Seguros de Vida S.A. se reserva el derecho de solicitar pruebas adicionales cuando el siniestro lo amerite.

24. DOCUMENTOS EMITIDOS EN EL EXTERIOR

Los documentos extendidos en idioma distinto del castellano deben aportarse con su correspondiente traducción efectuada por el Ministerio de Relaciones Exteriores o por un intérprete oficial.

Los documentos públicos otorgados en país extranjero por funcionario de éste o con su intervención, se aportarán apostillados cuando provengan de un país que hace parte de la Convención sobre la abolición del Requisito de Legalización para Documentos Públicos Extranjeros, suscrita en La Haya el 5 de octubre de 1961; en caso contrario, los mencionados documentos deberán presentarse debidamente autenticados por el cónsul o agente diplomático de la República de Colombia en dicho país, y en su defecto por el de una nación amiga. La firma del cónsul o agente diplomático se abonará por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia, y si se trata de agentes consulares de un país amigo, se autenticará previamente por el funcionario competente del mismo y los de este por el cónsul colombiano.”

En cualquier caso, ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. se reserva el derecho de solicitar pruebas adicionales cuando el siniestro lo amerite.

25. MODIFICACIONES A FAVOR DE TOMADOR Y ASEGURADO

Si dentro de la vigencia de la póliza se presentan modificaciones en las condiciones legalmente aprobadas que represente un beneficio a favor del tomador o del asegurado, tales modificaciones se consideran automáticamente incorporadas en el contrato de seguros siempre y cuando no causen costos adicionales en las primas inicialmente pactadas.

26. ARBITRAMIENTO

Por medio de la presente cláusula, las partes acuerdan someter a la decisión de tres árbitros todas las diferencias que se susciten en relación con esta oferta. Los árbitros serán nombrados de común acuerdo con las partes y, si ello no fuere posible, se aplicará lo dispuesto por el Decreto Ley 2279 de 1989, modificado por la Ley 23 de 1991 y demás

normas que lo modifiquen o reemplacen. El fallo será en derecho y el término del proceso será de seis (6) meses.

27. TERRITORIALIDAD

Salvo los anexos de servicios de asistencia que serán prestados solo en Colombia (Si los tiene contratados), la presente póliza otorga cobertura a nivel mundial, no obstante, en todo caso se regirá por las leyes de la república de Colombia.

28. GARANTIAS EXIGIDAS AL TOMADOR Y/O ASEGURADO

- Suministro oportuno de listado actualizado de asegurados en los términos de este documento.
- Realizar oportunamente los reportes de ingresos y retiros en los términos de este documento.
- Notificar cualquier agravación de riesgo conocida
- Previo al ingreso de cualquier asegurado, el tomador tendrá la obligación de hacer que el mismo diligencie completamente el formulario de solicitud de seguro propuesto por la Aseguradora (en caso de que aplique).

29. CÓDIGO DE COMERCIO

Las demás condiciones no previstas en las presentes condiciones particulares, se regirán por el Código de Comercio de la República de Colombia, por las normas reglamentarias, por las normas que los modifiquen o adicionen, y por las demás normas aplicables al contrato de seguro.

30. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá llegarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad y la de terceras personas que sean asegurados o beneficiarios del seguro respecto a los cuales esté autorizado el tomador para realizar actividades de tratamiento, entre ellas la transmisión y transferencia de datos personales a terceros.

La información personal que será objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica. También será objeto de tratamiento la información de naturaleza sensible relacionada con el estado de salud y datos de identidad sexual, así como datos de menores de edad. La información descrita será utilizada para las siguientes finalidades:

- (i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas.
- (ii) Contactar al titular a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, teléfono, entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios de la Compañía o terceros vinculados, campañas de fidelización o mejora de servicio, así como para realizar encuestas y estudios de mercado, por lo que la Compañía podrán suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y cualquier tercero con el cual tengan un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas.
- (iii) Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar o predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias personales, intereses, comportamiento, entre otros.

El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes, solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada, consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atienda en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales.

Los anteriores derechos podrán ser ejercidos presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención: i) Línea call center- Clientes ALLIANZ en Bogotá 5941133 o a Nivel Nacional 018000 512500 o al Celular #265 Opción 9; ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29 – 24, Dirección de Servicio al cliente y iii) Correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario declara conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente solicitud de autorización, así como el contenido de la política de protección de datos personales de la Compañía publicada en www.allianz.co. Además, declara que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunta es veraz y verificable y que autoriza su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna, y se obliga a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

31. SANCIONES ECONÓMICAS

La Compañía no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro u otorgar ningún beneficio en la medida en que (i) el otorgamiento de la cobertura, (ii) el pago de la reclamación o (iii) el otorgamiento de tal beneficio expongan a La Compañía a cualquier sanción, prohibición o restricción contemplada en las resoluciones, leyes, directivas, reglamentos, decisiones o cualquier norma de las Naciones Unidas, la Unión Europea, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, los Estados Unidos de América o cualquier otra ley nacional o regulación aplicable.”

LO NO ESTIPULADO EN ESTA LIQUIDACIÓN PROVISIONAL, ASÍ COMO LA DEFINICIÓN DE LOS AMPAROS NO DESCRITOS SE REGIRÁ DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE VIDA GRUPO 15/10/2019-1401-P-34-VIDGRUPVERSION11-000I, LA CUAL PODRÁ CONSULTAR EN EL LINK <https://www.allianz.co/legales/clausulados.html>

LA PRESENTE LIQUIDACIÓN PROVISIONAL NO IMPLICA ACEPTACIÓN DEL RIESGO Y POR LO TANTO NO COMPROMETE A NINGUNA DE LAS PARTES HASTA TANTO NO SE CELEBRE EL CONTRATO DE SEGURO RESPECTIVO Y LA ASEGURADORA NOTIFIQUE POR ESCRITO LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA.

LAS PRESENTES CONDICIONES SE REALIZA CON BASE EN LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA A LA COMPAÑÍA HASTA LA FECHA DE PRESENTACIÓN DE ESTA PROPUESTA. SI POR ALGUNA CIRCUNSTANCIA DICHA INFORMACIÓN NO COINCIDE CON LA PRESENTADA AL MOMENTO DE REALIZAR LA EMISIÓN, LA COMPAÑÍA AJUSTARÁ LAS CONDICIONES INICIALES PARA ADECUARLAS A LAS REALES. LAS POSTERIORES MODIFICACIONES DE LAS CONDICIONES INICIALES, SIN QUE ÉSTAS SEAN INFORMADAS A LA COMPAÑÍA, PODRÁN CAUSAR NULIDAD POR RETICENCIA E INEXACTITUD (ARTÍCULO 1058 DEL CÓDIGO DE COMERCIO)

ESTA LIQUIDACION PROVISIONAL TIENE UNA VALIDEZ DE SESENTA DIAS (60) CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTA COMUNICACIÓN.

Acepto los términos de renovación en todas sus condiciones

TOMADOR
Firma de aceptación

Aceptamos el contrato en todos sus términos y condiciones

ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.
Firma Autorizada

| | | |
|--|----------------|---------------------------|
| Versión Clausulado Particular: GTV_VGNC_2020 | Fecha: | 11/06/2020 |
| | Preparado por: | AURA MARIA ARIAS ARAGONEZ |

| | |
|--|--|
| Código Clausulado | Código Nota Técnica |
| 15/10/2019-1401-P-34-VIDGRUPVERSION11-000I | 15102019-1401-NT-P-34-AZCONT_VidaGrupo |

Allianz Seguros de Vida S.A.
NIT No. 860.027.404-1

www.allianz.co
Carrera 13 A No. 29-24
Torre Empresarial Allianz
Bogotá, D.C.
Desde tu celular #265
Bogotá (+57) 1 594 11 33
A nivel Nacional 018000 51 25 00