

Vida Grupo



Condiciones del Contrato de

Seguro Versión: 10

Póliza No. 23130368

Seguro de Vida Grupo Contributiva

www.allianz.co

Bogotá D C 04 de agosto de 2022

Tomador de la Póliza:

FONDO EMPLEADOS BBVA - FOE

A continuación, encontrará las condiciones de cotización de su contrato de seguro. Lo invitamos a leerlas atentamente y verificar que cumplan las expectativas sobre el seguro que desea adquirir.

En Allianz, trabajamos a diario con la ambición de ser la mejor y más confiable aseguradora de Colombia.

Gracias por depositar su confianza en nosotros

Atentamente,

Andy Seguros y Cía. Ltda

Allianz Seguros de Vida S.A.

CONDICIONES PARTICULARES

Capítulo I

Datos Identificativos

Tomador del Seguro	Tomador del Seguro: FONDO EMPLEADOS DEL BBVA - FOE Tipo y Número de Identificación: 8600112652 Actividad Económica: Fondo de empleadosNacional
Asegurados	<p>Se consideran aseguradas todas las personas vinculadas como asociadas; con la entidad tomadora, y que residan permanente en la República de Colombia. Incluye conyugue o compañero permanente, padres e hijos del asociado (Se amplía la cobertura a asegurados que por alguna razón se desplacen fuera del país)</p> <p>NOTA: Los familiares pueden hacer parte de la póliza mientras el asegurado principal este como asegurado, en caso de que este salga de la póliza los familiares deben salir igualmente</p> <p>El grupo asegurado deberá estar conformado por mínimo (Alimentación) asegurados, en caso de ser inferior la compañía podrá ajustar estos términos reservándose la facultad de no suscribir la póliza.</p>
Beneficiarios	<p>El beneficiario principal será a título Oneroso el FONDO DE EMPLEADOS DEL BBVA, hasta por el saldo de la deuda incluido intereses y moras causadas</p> <p>Esto aplica para las siguientes coberturas (Amparo básico, Incapacidad Total y Permanente; Muerte Accidental, Desmembración, Enfermedades Graves), previa aprobación por parte del asegurado en la solicitud de seguros</p> <p>El remanente que pueda quedar, 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).</p>

Póliza y duración Póliza No.: 23130368
Duración: Desde las 00:00 horas del 01 de julio de 2022 hasta las 00:00 horas del 01 de julio 2023
Nota: esta póliza es en reemplazo de la póliza **23098285**, manteniendo las mismas condiciones.

Intermediario Nombre del intermediario: ANDY SEGUROS Y CIA LTDA
Clave: 1706635
Participación: 100%
Sucursal: 219 – FARMER 2

(12)

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 apagar la correspondiente suma asegurada a la realización de los riesgos amparados, de acuerdo con las condiciones de la póliza.

Capítulo III

Condiciones Particulares

1. VIGENCIA INDIVIDUAL DEL SEGURO

Con sujeción a la vigencia de la póliza matriz, las solicitudes que ingresen entre el día 01 y el día 30 del mes de su comercialización, generará cobro a partir del mes siguiente

2. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

PRINCIPAL, CONYUGUE O COMPAÑERO PERMANENTE, PADRESE HIJOS

AMPARO BÁSICO Y AUXLIOS POR MUERTE	MÍNIMA DE INGRESO	MÁXIMA DE INGRESO	PERMANENCIA
	18 años	75 años	Ilimitada
DEMÁS ANEXOS OAMPAROS	18 años	69 años	70 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-VIDGRUPVERSION11-000I 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. CLAUSULA ESPECIAL SIN REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

La compañía aseguradora conviene en no exigir el diligenciamiento de la solicitud de seguro para aquellas personas con valores asegurados hasta \$30.000.000 y con edad igual o menor a 65 años, bajo el entendido que el solicitante asegurado se encuentra en buen estado de salud, esto es que su habilidad física no se encuentre de manera alguna reducida, ni padezca o haya padecido de enfermedades o patologías preexistentes a la fecha de iniciación del amparo individual.

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 fallece o se incapacita, a causa de una enfermedad diagnosticada o tratada antes de la fecha de ingreso a la póliza o incremento de valor asegurado, la compañía aseguradora dará aplicación a los artículos 1058 y 1158 del código de comercio.

5. AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES

AMPAROS	VALOR ASEGURADO
MUERTE	\$10.000.000
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	\$20.000.000
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE	\$30.000.000
ACCIDENTAL	\$50.000.000
DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL	\$70.000.000
	\$100.000.000
	\$200.000.000
ENFERMEDADES GRAVES	60% del amparo básico como anticipo
AUXILIOS POR MUERTE	AUXILIO FUNERARIO (En caso de muerte del asegurado amparado por la presente póliza), 10% Del valor del amparo básico, máximo \$6.000.000
	AUXILIO POR CANASTA FAMILIAR (En caso de muerte del asegurado amparado por la presente póliza), 10% Del valor del amparo básico, máximo \$6.000.000
AUXILIOS POR ITP	AUXILIO PARA CANASTA FAMILIAR (En caso de ITP del asegurado amparado por la presente póliza), 10% Del valor del amparo básico, máximo \$6.000.000
RENTA CLÍNICA DIARIA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE (Con periodo de espera de 1 día, la cobertura máxima de 30 días por evento y por vigencia) (*)	Hasta \$50.000.000 del Amparo Básico \$20.000 Mayor a \$50.000.000 del Amparo Básico \$50.000
INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL (SOLO APLICAPARA EL ASEGURADO PRINCIPAL ASOCIADO)	Es el valor diario del ingreso base de cotización reportado al sistema de seguridad social en salud en el momento de presentarse la incapacidad. el beneficio o valor diario para pagar, resulta de dividir el ingreso base de cotización mensual en 30 días y este resultado se dividirá en la tercera parte hasta por 30 días por evento / vigencia. Máximo \$120.000 diarios
MÁXIMO VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL	\$200.000.000
Cantidad mínima de asegurados para expedir la póliza	Alimentación
TASA POR MIL ANUAL APLICABLE SOBRE EL AMPARODE MUERTE	De 18 a 70 años 4.20% Desde 71años 4.33%

6. DEFINICIÓN Y ALCANCE DE LAS COBERTURAS

6.1. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

Se entenderá por incapacidad total y permanente (ITP) la sufrida por el asegurado, que haya sido ocasionada y se manifieste bajo la vigencia de esta 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.

6.2. 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.

6.3. 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.

En 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 nosea 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. 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.

6.4. 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 (siempre que sea metastásico), leucemia, infarto al miocardio, cirugía arterocoronaria, insuficiencia renal crónica, esclerosis múltiple, accidente cerebrovascular (apoplejía) o afección de arteria coronaria que exija cirugía, trasplante de órganos vitales clínicamente aprobados, Gran Quemado, estado de coma, anemia aplásica, traumatismo mayor de cabeza, enfermedad de alzheimer y enfermedad de parkinson..

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

Las condiciones del amparo, definiciones de las patologías cubiertas y exclusiones se encuentran definidas en el condicionado general 15/10/2019-1401-P-34-VIDGRUPVERSION11-000I

6.5. 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.

NOTA 1: (*) El periodo de espera corresponde al plazo durante el cual EL ASEGURADO debe mantenerse en situación de hospitalización para tener derecho a la indemnización.

6.6. DEFINICIÓN INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

La Compañía se compromete a pagar al tomador o al asegurado la tercera (1/3) parte del valor diario del ingreso base de cotización reportado al sistema de seguridad social en salud en el momento de presentarse la incapacidad, en caso de que la persona designada como asegurado sufra un accidente común (no laboral o profesional) o padezca una enfermedad común (no laboral o profesional) hasta por 30 días por evento / vigencia. Es decir: El ingreso base de cotización diario dividido en 3, hasta máximo el día 30 de incapacidad con un deducible de 3 días (es decir 27 días de cobertura) por evento /vigencia, máximo 120.000 por día.

Para incapacidades derivadas por accidente o enfermedad no profesional, la indemnización se pagará a después del tercer (3) día de incapacidad hasta máximo el día treinta (30) para un total de máximo 27 días por año de cobertura.

El reconocimiento de la renta diaria únicamente procederá cuando la incapacidad sea certificada por la Entidad Promotora de Salud (EPS), Medicina Prepagada, y/o Póliza de Salud a la que se encuentre afiliado o asegurado y cuando la incapacidad le impida el desempeño de todos y cada uno de los deberes y obligaciones relacionadas con su trabajo

6.6.1. EXCLUSIONES AMPARO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

LA COMPAÑÍA NO RECONOCERÁ SUMA ALGUNA EN LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1. EVENTOS ACCIDENTALES CAUSADOS DIRECTAMENTE POR GUERRA INTERIOR O EXTERIOR, INVASIÓN, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, PODER MILITAR USURPADO, NO ESTÁN EXCLUIDOS LOS EVENTOS ACCIDENTALES CAUSADOS, DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR TERRORISMO.
2. EVENTOS OCURRIDOS A CONSECUENCIA DE FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, RADIOACTIVIDAD O EL USO DE ARMAS ATÓMICAS, BACTERIOLÓGICAS O QUÍMICAS.
3. LESIONES QUE HAYAN SIDO PROVOCADAS A SÍ MISMO POR EL ASEGURADO ESTANDO O NO EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES, ASÍ COMO EL INTENTO DE SUICIDIO.
4. EMBARAZO, PARTO O ABORTO, ASÍ COMO PROCESOS TALES COMO POMEROY Y VASECTOMIA.
5. MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE SIRVIENDO EN LABORES MILITARES, EN LAS FUERZAS ARMADAS, NAVALES, AÉREAS O DE POLICÍA DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD INTERNACIONAL.
6. EL USO DE VEHÍCULOS O ARTEFACTOS AÉREOS EN CALIDAD DE PILOTO, ESTUDIANTE DE PILOTAJE, MECÁNICO DE AVIACIÓN O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN.
7. CUANDO VOLUNTARIAMENTE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE ESTUPEFACIENTES, ALUCINÓGENOS, DROGAS TÓXICAS O HEROICAS, CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO REQUERIDA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
8. CIRUGÍAS ESTÉTICAS PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO.

9. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN CUALQUIER COMPETENCIA DE VELOCIDAD O HABILIDAD CATALOGADA COMO DE ALTO RIESGO, PRÁCTICAS DEPORTIVAS TALES COMO AUTOMOVILISMO, BOXEO, PARACAIDISMO, MOTONÁUTICA, ALAS DELTA, MOTOCROSS, LADERISMO, MOTOCICLISMO, PARAPENTE, TAUROMAQUIA, EQUITACIÓN, SALTO CON CUERDAS DESDE PUENTES O CONSTRUCCIONES Y EN CUALQUIER OTRO CONCURSO, COMPETENCIA, O SUS PREPARATIVOS, MONTAÑISMO, Y OTROS SIMILARES, SEA COMO MIEMBRO ACTIVO O EJECUTANTE.

10. PRÁCTICA, ENTRENAMIENTO O PARTICIPACIÓN EN DEPORTES O ACTIVIDADES TALES COMO ESPELEOLOGÍA, BUCEO, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, PLANEADORES, DEPORTES DE INVIERNO Y LA PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL.

11. NO SE CUBREN INCAPACIDADES QUE SE DERIVEN DE CONDICIONES MÉDICAS PREEXISTENTES.

7. AMPARO AUTOMÁTICO

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 \$200.000.000 y las respuestas a la declaración de asegurabilidad sea encontrarse en buen estado de salud y no haber sido diagnosticado por alguna patología.

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.

8. 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
FECHA DE NOVEDAD	DD/MM/AAAA
TIPO DE NOVEDAD	Ingreso / retiro / aumento de valor asegurado / continuidad / renovación
GENERO	FEMENINO (F) MASCULINO (M)
VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL	\$
CORREO ELECTRÓNICO	

9. 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.

NOTA: Esta condición no aplica para valores iguales o inferiores \$30.000.000 y edad igual o inferior a 65 años

10. 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		EIDADES		
Desde	Hasta	Hasta 45	De 46 a 65	De 66 Hasta 70
\$1.00	\$30.000.000	0	0	1
\$30.000.001	\$200.000.000	1	1	1

Consecutivo	Requisitos
0	Son requisitos de asegurabilidad
1	Solicitud de seguro

En cualquier caso, la Aseguradora podrá exigir requisitos médicos y/o paraclínicos adicionales cuando lo estime conveniente, y el costo será asumido por el cliente.

Nota: entiéndase como examen médico aquel que se realiza para efectos de la suscripción, es importante resaltar que los exámenes de ingreso son exámenes generales no con especialistas.

De acuerdo a la forma de reporte de novedades se puede presentar el caso que un socio tenga un crédito aprobado y desembolsado, pero no reportado a la aseguradora, en este caso para garantizar cobertura, el tomador remitirá certificación en la que informe la fecha de aprobación y entrega del valor del crédito, con lo que se dará garantía de cobertura, con esto se podrá dar inicio al proceso del pago de la indemnización y cobro de la prima correspondiente de acuerdo a Código de Comercio

11. OCUPACIONES NO ASEGURABLES

No se aseguran las personas que tengan como ocupación alguna de las que a continuación se describen.

Mineros	Guardaespaldas
Deportistas Profesionales*	Magistrados salas penales
Dueños de puestos de San Andresitos	Vigilantes
Comerciantes en oro, Comerciantes en esmeraldas	Ganaderos cuya actividad se desarrolle en zonas de alto riesgo
Trabajadores de empresas de explosivos	Guardianes de cárceles
Trabajadores de bares, discotecas y afines.	Policías de servicio activo

Miembros de organismos de seguridad o inteligencia (públicos privados o del estado).	Jueces Penales o Fiscales.
Administradores y/o propietarios de fincas bananeras trabajando en Urabá	Trabajadores en casas de cambio, empeño o compraventas.
Bomberos	Militares
Cargos de elección popular	

*Por deportista profesional debe entenderse aquella persona cuya principal actividad es la práctica de un deporte, y como consecuencia de ello derive su sustento.

El asegurado deberá informar a la compañía aseguradora cualquier cambio de actividad o ubicación geográfica dentro de los 10 días siguientes a la fecha de modificación del riesgo, en los términos del artículo 1060 del código de comercio y concordantes.

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.

12. DEPORTES NO ASEGURABLES

No se aseguran las personas que practiquen como profesional o a nivel competitivo 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.

13. FORMA DE COBRO Y REPORTE DEL TOMADOR

El cobro de la Prima se efectuará en forma **MENSUAL VENCIDO** 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.

14. 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 61 de iniciode vigencia del periodo no se ha efectuado el pago de la prima respectiva.

15. 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.

16. 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

17. 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-VIDGRUPVERSION11-000I

18. AVISO DE SINIESTRO:

Se otorgará plazo para el aviso de siniestros de 180 días

19. PROCEDIMIENTOS EN CASO DE SINIESTROS

NOTA: Para reclamaciones a favor del asegurado para (ITP), Enfermedades Graves y beneficiarios designados o los de ley, podrán iniciar proceso solo hasta que el tomador remita certificación de paz y salvo sobre la indemnización solicitada, sin este documento no se podrá iniciar el proceso de indemnización

- **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 SUGERIDOS 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
- 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).
- En caso de muerte presunta, fotocopia autenticada de la sentencia judicial ejecutoriada que declaró la muerte presunta por desaparecimiento

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 o la misma se haga ineficaz, para acreditar el derecho como beneficiario de ley, en caso de cobertura se procederá a pagar la indemnización así: el 50% al cónyuge o compañero(a) permanente y el otro 50% a los herederos legítimos del causante, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 1142 del código de comercio.
- 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.
- 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.
- 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.
- Historia Clínica (en la cual se evidencie la fecha de ocurrencia del evento que generó ladesmembración).
- 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.
- 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, ITT

- 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.
- 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.

20. 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.

21. 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.

22. 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.

23. 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).

24. 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.

25. 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) Perfilamiento. 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.

26. 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.”

Aceptamos el contrato en todos sus términos y condiciones.

TOMADOR

Firma de aceptación

MAHECHAPARRA

Firmado digitalmente
por MAHECHAPARRAG
Fecha: 2022.08.17 15:52:25 -05'00'

G

Harol W Mahecha P
Delegado Técnico Regional Bogotá -
MetaAllianz Seguros de Vida S.A.

Versión Clausulado Particular: GTV_VGC_V3.2020	Fecha:	04/08/2022
--	--------	------------

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