

**ANEXO DE RENOVACIÓN No. 1**

**SEGURO DE VIDA GRUPO PÓLIZA PCG - 03194**

**TOMADOR: FONDO EMPLEADOS PONTIFICA UNIVERSIDAD JAVERIANA SECC CALI**

**ACTIVIDAD: ACTIVIDADES FINANCIERAS DE FONDOS DE EMPLEADOS Y OTRAS FORMAS ASOCIATIVAS  
DEL SECTOR SOLIDARIO**

**MODALIDAD: NO CONTRIBUTIVA**

**VIGENCIA: FEBRERO 01 DE 2020 A LAS 00:00 HORAS A 31 ENERO DE 2021 A LAS 00.00 HORAS**

Sin perjuicio de lo registrado en las condiciones generales de la Póliza de Vida Grupo de Pan American Life (Forma 19-08-201 8-1416-P-34-P-G-R-U-P-O-V-I-D-A-0-0-0-0-3 D00I) se deja con este anexo de condiciones particulares, expresa constancia de las condiciones de Expedición:

**1. GRUPO ASEGURADO**

Asociados a la cooperativa, con sujeción a los límites de edad aquí estipulados.

**2. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA**

<b>EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA</b>	
<b>AMPAROS PRINCIPALES</b>	
Basico - Muerte Por Cualquier Causa	Mínima de Ingreso: 18 años no cumplidos / Máxima de Ingreso: 70 años no cumplidos / Permanencia: Hasta la cancelacion total de la deuda
Incapacidad Total Y Permanente	Mínima de Ingreso: 18 años no cumplidos / Máxima de Ingreso: 69 años no cumplidos / Permanencia: 70 años no cumplidos
<b>AMPAROS ADICIONALES</b>	
Auxilio Funerario	Mínima de Ingreso: 18 años no cumplidos / Máxima de Ingreso: 70 años no cumplidos / Permanencia: 80 años no cumplidos

### 3. AMPAROS OTORGADOS Y VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL

Los siguientes son los amparos otorgados bajo esta póliza:

AMPAROS PRINCIPALES		
NOMBRE	ALCANCE DE LA COBERTURA	DEFINICIÓN DEL VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL
<b>BASICO - MUERTE POR CUALQUIER CAUSA</b>	Cubre el Fallecimiento del asegurado por cualquier causa no pre-existente ni reticente (Incluye suicidio, homicidio, actos terroristas desde el primer día).	El valor asegurado individual es según Deudor-Préstamo Empleados, Máximo \$180.000.000
<b>INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE</b>	Mediante este amparo, la Compañía cubre el riesgo de incapacidad total y permanente, entendiéndose por tal la sufrida por el asegurado como consecuencia de un accidente o enfermedad que se le structure durante la vigencia del seguro, que le produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales, la inhabilitación funcional total y definitiva de cualquier órgano o miembro lesionado que de por vida y le impidan desempeñar todas las ocupaciones o empleos remunerados para los cuales se encuentra razonablemente calificado en razón de su educación, entrenamiento o experiencia, la incapacidad será total y permanente cuando la calificación de la pérdida de capacidad laboral sea igual o superior al 50%, de conformidad con el dictamen de la respectiva ARL, AFP, Junta de Calificación u Organismo Equivalente tomando como base para la determinación de la pérdida el Manual Único de Calificación de Invalidez vigente en Colombia, el Dictamen deberá estar debidamente ejecutoriado y en firme.  Este amparo no es acumulable con el amparo básico de muerte, por lo tanto una vez pagada la indemnización por incapacidad total y permanente, Pan American Life de Colombia se libera de toda responsabilidad bajo esta póliza.  Sin perjuicio de cualquier otra causa de Incapacidad Total y Permanente, se considerará como tal la pérdida total e irreparable de la visión de ambos ojos; la amputación de ambas manos o ambos pies; o de toda una mano y de todo un pie.	El valor asegurado individual equivalente al 100,00% del Amparo Básico, Máximo \$180.000.000
AMPAROS ADICIONALES		
NOMBRE	ALCANCE DE LA COBERTURA	VALOR ASEGURADO
<b>AUXILIO FUNERARIO</b>	Adicional a la suma asegurada en el amparo básico de muerte	El valor asegurado individual equivalente al 10,00% del Amparo Básico, Máximo \$18.000.000

### 4. EXCLUSIONES

EXCLUSIONES	
AMPAROS PRINCIPALES	
<b>Basico - Muerte Por Cualquier Causa</b>	No se reconocerá indemnización alguna cuando el fallecimiento del asegurado sea consecuencia directa o indirecta de enfermedad o accidente preexistente o reticente a la fecha de inicio del amparo individual, que no haya sido declarada previamente y autorizada por Pan-American Life.
<b>Incapacidad Total Y Permanente</b>	No se reconocerá indemnización alguna cuando la incapacidad total y permanente del asegurado sea consecuencia directa o indirecta de enfermedad o accidente preexistente o reticente a la fecha de inicio del amparo individual, que no haya sido declarada previamente y autorizada por Pan-American Life. Tampoco se cubrirán las lesiones provocadas por el mismo asegurado.
AMPAROS ADICIONALES	
<b>Auxilio Funerario</b>	No se reconocerá indemnización alguna cuando el fallecimiento del asegurado sea consecuencia directa o indirecta de enfermedad o accidente preexistente o reticente a la fecha de inicio del amparo individual, que no haya sido declarada previamente y autorizada por Pan-American Life.

### 5. EXTRAPRIMAS

En caso de declaración de salud de alguna de las patologías abajo mencionadas se otorgará la cobertura sin restricción de amparos pero con extraprimas así:

#### PATOLOGIA EXTRAPRIMA

- \*Hipertensión Arterial Controlada 25%
- \*Diabetes Melitus 25%
- \*Hipotiroidismo 25%
- \*Hiperlipidemia 25%
- \*Colesterol 25%

\*Triglicéridos 25%

\*Gastrointestinal 50%

\*Índice de masa muscular con relación peso - talla de 20 puntos (mayor o menor): 25%

NOTA 1: Las extra primas estipuladas en el cuadro anterior se pueden otorgar siempre y cuando el peso y la talla sean normales de acuerdo a lo estipulado.

NOTA 2: Con respecto a la extra prima para la patología Gastrointestinal, esta se otorga siempre y cuando no se trate de enfermedad Catastrófica o Cáncer (Primario o Metastásico).

## **6. CONTINUIDAD**

Se otorga continuidad hasta las sumas aseguradas que traía el asegurado con la aseguradora anterior, en las condiciones de salud y edad alcanzada en las que se encuentre. Para lo anterior, el tomador deberá presentar certificación de la aseguradora anterior respecto a:

- Relación de todos los Asegurados con su nombre completo, número de cédula, fecha de nacimiento y valor asegurado.
- Indicación de exclusiones y extraprimas o recargos que trae cada uno de los Asegurados.
- Fecha de ingreso de cada uno de los Asegurados a la póliza vigente.
- Relación de personas del grupo asegurado que sufran o hayan sufrido cualquier enfermedad considerada como grave.

Si estos requisitos no fueron cumplidos antes de 30 días contados a partir de la fecha de iniciación de vigencia de la póliza, se entenderá que no se ha producido la continuidad de las coberturas y la compañía no será responsable por cualquier evento o circunstancia pre-existente a su seguro, que de origen a una reclamación bajo la póliza.

## **7. AMPARO AUTOMÁTICO**

Amparo automático por 30 días para nuevos asegurados cuya edad sea menor o igual a 55 años y hasta por \$70.000.000 que declaren perfecto estado de salud y entre tanto se realizan los exámenes de ingreso que correspondan.

Este amparo también operará para cualquier variación en la suma asegurada individual de las personas aseguradas y tenga un incremento hasta de un 25% del valor asegurado.

## **8. CUSTODIA DE SOLICITUDES DE ASEGURABILIDAD**

El Tomador tiene obligación de custodiar el original de la declaración para que en caso de presentarse un siniestro o el asegurado declare dentro de la solicitud alguna situación que deba ser evaluada por la aseguradora; el tomador está en la obligación de suministrar la solicitud de seguro en original de manera inmediata.

Se confirma que solo deberán enviar las solicitudes que presenten alguna observación de salud, IMC, etc.. las demás quedaran bajo su custodia.

## **9. SUMA LIBRE ASEGURADA**

Corresponde a la suma máxima de seguro sin requisitos de asegurabilidad únicamente para la cobertura Básica de Vida, los montos en exceso a dicha suma están sujetos a requisitos de asegurabilidad para su evaluación, para ello los asegurados deberán suministrar evidencia de asegurabilidad satisfactoria a la Aseguradora. Tal cobertura en exceso no llegará a ser efectiva hasta que la Compañía de Seguros notifique por escrito al Tomador estipulando la fecha efectiva de la aprobación, las condiciones de cobertura y el monto de seguro en exceso aprobado.

De acuerdo a lo anterior para los excesos de la suma libre podrá generarse extra primas. Para su aplicación deben ser previamente informadas y autorizadas por el Tomador. Para estos casos se procederá así:

- En el evento de no ser autorizadas por el mismo, el asegurado tendrá cobertura hasta la Suma Libre Asegurada.
- En el evento de ser autorizada la extra prima la misma aplicará únicamente por el exceso de la Suma Libre Asegurada
- De igual manera se aclara, que bajo el contrato de seguro no será sujeto de otorgamiento de preexistencias las personas con enfermedades terminales (con estado de salud incurable e irreversible), conocidas por el Asegurado y no informadas a la aseguradora.

No obstante lo anterior, la Aseguradora se reserva el derecho de aceptar o no el riesgo, para lo cual emitirá una comunicación formal indicando las condiciones económicas y cobertura otorgadas.

SUMA LIBRE ASEGURADA: \$5.000.000.

## **10. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD**

### **De \$1 a \$5.000.000**

Sin diligenciamiento de solicitud de seguro, ver cláusula de pre-existencias.

### **De \$5.000.001 a \$170.000.001**

Menores de 64 años: Formato Solicitud Individual de Seguro - Declaración de Asegurabilidad

Mayores 64 años: Formato Solicitud Individual de Seguro - Declaración de Asegurabilidad, Examen médico y Prueba de orina

### **De \$170.000.001 a \$180.000.000**

Menores de 54 años: Formato Solicitud Individual de Seguro - Declaración de Asegurabilidad

Mayores de 54 años y hasta 64 años: Formato Solicitud Individual de Seguro - Declaración de Asegurabilidad, Examen médico y Prueba de orina.

Mayores de 64 años: Formato Solicitud Individual de Seguro - Declaración de Asegurabilidad, examen médico, Examen de orina completo, EKG, HIV, RX de Torax y Perfil Bioquímica.

### 11. CONVERTIBILIDAD

Los asegurados menores de 70 años de edad, que se separen del grupo asegurado después de permanecer en él por lo menos durante un año continuo, tendrán derecho a ser asegurados sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo la Póliza de Grupo, pero sin beneficios adicionales, en cualquiera de los planes de seguro individual de los que emite PALIC, con excepción de los planes temporales y crecientes, siempre y cuando los solicite dentro de los treinta (30) días comunes siguientes contados a partir de su retiro del grupo. El seguro individual se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan y conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el asegurado y a su ocupación en la fecha de Hoja1. En caso de haberse aceptado bajo la Póliza riesgos subnormales, se expedirán las Pólizas individuales con la clasificación impuesta bajo la Póliza de Grupo y la extraprima que corresponda al seguro de vida individual.

### 12. ERRORES U OMISIONES

El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos y circunstancias que determinen el estado del riesgo. La inexactitud sobre hechos o circunstancias que conocidos por la compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones mas onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. Sin embargo, si se incurriere en errores, omisiones e inexactitudes no imputables al tomador o al asegurado, el contrato no será nulo ni habrá lugar a la aplicación del inciso 3o del artículo 1058 del Código de Comercio sobre reducción porcentual de la prestación asegurada, en este caso, se deducirá de la indemnización la diferencia de primas no cobradas durante el tiempo de vigencia del seguro. Los errores u omisiones involuntarios imputables al tomador en el reporte de la información, no afectarán los derechos derivados de la póliza.

### 13. FORMA DE PAGO Y TASA ESTABLECIDA

CONDICIONES ECONÓMICAS	
EDAD PROMEDIO DEL GRUPO	La presente oferta está hecha teniendo como base una edad promedio máxima de 44 años,
PRIMA ANUAL TOTAL	\$ 7.416.800
PRIMA PROMEDIO POR ASEGURADO	\$ 18.496
TASA ANUAL POR MIL	1,58‰
TASA POR MIL SEGÚN FORMA DE PAGO	0,132‰
Forma de pago	Pago Anual
Ajuste Blanket	<p>Al final de cada vigencia anual se efectuará el ajuste de primas producto de las novedades (ingresos y/o egresos de empleados), mediante la siguiente fórmula:</p> $AP = [(VPFV - VPVIV)] * 50\%$ <p>AP: AJUSTE ANUAL DE PRIMAS VPFV: VALOR PRIMA AL FINAL DE LA VIGENCIA VPVIV: VALOR PRIMA AL INICIO DE LA VIGENCIA</p> <p>La cláusula de Ajuste Blanket no exige al tomador de reportar los ingresos y retiros y de cumplir con los parámetros establecidos en la cláusula de amparo automático.</p>

### 14. PLAZO PARA EL PAGO DE PRIMAS

Pan American Life de Colombia S. A. concede un plazo para el pago de primas de cuarenta y cinco (45) días, contados a partir de la fecha de inicio de la vigencia de cada período anual amparado.

#### **15. PLAZO PARA EL AVISO DEL SINIESTRO**

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo la póliza, el Tomador, el asegurado o el beneficiario, según el caso, deberán dar aviso a Pan American Life de Colombia S. A. De la ocurrencia del siniestro, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

#### **16. PLAZO PARA EL PAGO DE SINIESTROS**

Pan American Life, pagará los reclamos presentados en un plazo no superior a 10 días, contados a partir de la fecha de recibida toda la documentación.

#### **17. MANEJO DE NOVEDADES**

El Tomador deberá enviar a Pan American Life de Colombia Cía. de Seguros S.A el reporte de la cartera mensual a más tardar el día CINCO (5) de cada mes (relación de deudores con sus respectivos saldos de cartera, Nombre y Apellidos, Número del Documento de identidad, Fecha de Nacimiento, Edad, Género, Fecha de desembolso del crédito). La prima a pagar se calculará aplicando la tasa mensual otorgada a la póliza al saldo total de la cartera reportada por el Tomador.

Si el Tomador no informa la cartera dentro del plazo asignado, Pan American Life de Colombia Cía. de Seguros S.A procederá a realizar el cobro con base en el último reporte de cartera recibido. En caso de presentarse siniestros que afecte la póliza, durante este período en el cual el Tomador no ha hecho actualización de saldos de cartera, Pan American Life de Colombia Cía. de Seguros S.A procederá a realizar el pago con base en la información que a la fecha tenga en su poder.

#### **18. REQUISITOS PARA EL PAGO DE INDEMNIZACIONES**

- Original del Formulario de Reclamación.
- Fotocopia autenticada de Registro Civil de Nacimiento o fotocopia simple de la cédula de ciudadanía del Asegurado
- Fotocopia Autenticada del Registro Civil de Defunción.
- Fotocopia simple del informe de la autoridad competente en caso de muerte accidental o violenta.
- Fotocopia simple de historia clínica completa en caso de muerte natural.
- Original de los documentos que sirvan para acreditar la calidad de Beneficiario.

Incapacidad Total y Permanente, Desmembración Accidental

- Original del Formulario de Reclamación.
- Fotocopia simple de la cédula de ciudadanía del Asegurado.
- Original del Informe Médico donde conste causa de la incapacidad o pérdida, descripción y fecha a partir de la cual se configura el hecho que causó el siniestro. Tratándose de incapacidad además deberá indicarse la fecha a partir de la cual el empleado no pudo desempeñar su profesión u oficio habitual.
- Resolución emanada por la Administradora de Riesgos Laborales ARL, ó la Administradora de Fondo de Pensione AFP / Colpensiones, ó por la Junta Regional de Calificación de Invalidez ó por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, o cualquier otro organismo autorizado para tal fin.
- Cuando el siniestro se produce en accidente de tránsito fotocopia del Informe de la Autoridad de Tránsito correspondiente.

La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar documentos adicionales en los casos en los que el siniestro así lo amerite.

#### **19. REVOCACIÓN DEL CONTRATO**

La presente Póliza y sus amparos adicionales podrán ser revocados por el TOMADOR en cualquier momento, mediante aviso escrito dado a PALIC. El importe de la prima devengada y la devolución se calculará a prorrata. PALIC podrá revocarla mediante aviso escrito al TOMADOR enviando a su última dirección conocida, con no menos de sesenta (60) días de antelación, contados a partir de la fecha de envío. En este caso, PALIC devolverá la parte proporcional de la prima no devengada desde la fecha de la revocación.

#### **20. REPORTE DE NOVEDADES**

El Tomador se compromete a reportar los ingresos y cambios de valor asegurado dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que tales modificaciones ocurran, acompañando los requisitos de asegurabilidad.

El envío de la información deberá ser en medio magnético (excel) con listado imagen del archivo cuando el número de asegurados así lo amerite.

Esta información deberá ser enviada los primeros 5 días hábiles del mes siguiente. El reporte será mensual vencido

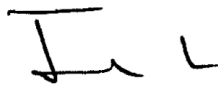
#### **21. AUTORIZACIÓN PARA EL REPORTE A LAS CENTRALES DE INFORMACIÓN**

El Tomador autoriza a la Compañía a reportar, procesar y divulgar a las Centrales de información autorizadas para el efecto, toda la información referente a su comportamiento como Tomador de pólizas de la entidad.

Esta autorización también se extiende a la consulta de manera general y en cualquier momento de toda la información financiera y del comportamiento crediticio comercial del Tomador, registrada en la base de datos de las mencionadas centrales de información, al igual que el suministro de información comercial y/o financiera que se derive de esta consulta o de las que se llegaren a realizar en el futuro.

#### **22. INTERMEDIACIÓN**

Los intermediarios a cargo del manejo de esta póliza son GRUPO ASISTENCIA, con una participación de 100%.



\_\_\_\_\_  
**JUAN PABLO LUQUE LUQUE**  
Gerente General

\_\_\_\_\_  
**TOMADOR**

Mam.

Bogotá D.C., 10 de marzo de 2020

Página 7 de 7