

DATOS DEL TOMADOR

COLFONDOS S.A PENSIONES Y CESANTIAS

CL 67 # 7 94 P 14
BOGOTA D.C.

POLIZA DE RAMOS PREVISIONALES

SEGUROS
BOLÍVAR



DATOS DEL ASESOR

OF. PRINCIPAL





Bogota D.C., Diciembre 30 de 2019

Señor:
COLFONDOS S.A PENSIONES Y CESANTIAS
Ciudad

Seguros Bolívar le da la bienvenida a nuestra Compañía.

Adjunto estamos enviando su póliza donde hemos resaltado los puntos de mayor relevancia para que usted pueda consultarla fácilmente.

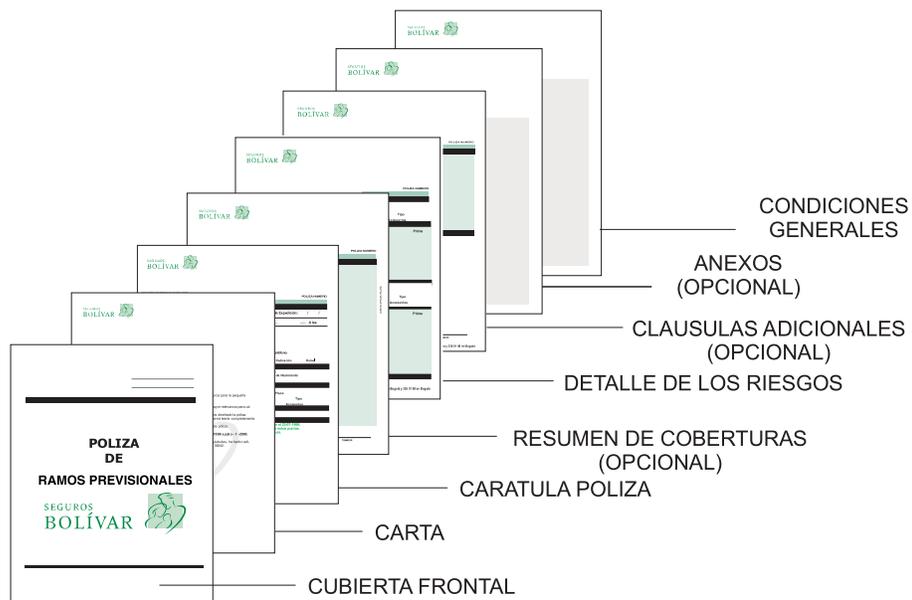
Con el fin de hacerle más sencillo el uso y consulta de su póliza hemos diseñado un contrato ágil y claro para que usted pueda leerlo y entenderlo completamente, ya que se trata de un documento legal que debe ser de su entero conocimiento.

Para facilitarle la consulta en la siguiente gráfica encontrará las partes que componen este documento.

Tenga en cuenta que la póliza es el documento que le respalda el contrato de seguro, por ello otórguele una adecuada protección.

En caso de requerir información adicional, comuníquese con nuestra Línea de Atención al Cliente RED322, desde un teléfono fijo al 01 8000 123 322 o desde celular al #322, donde gustosamente le atenderemos.

Cordial saludo,





POLIZA Y CERTIFICADO
SEGURO PREV DE INVALIDEZ Y SOBREVIVENCIA

POLIZA NUMERO

6000 - 0000018 - 01

Datos del Tomador

Nombre del Tomador
COLFONDOS S.A PENSIONES Y CESANTIAS
Dirección Comercial
CL 67 # 7 94 P 14

Identificación
NIT 800.149.496
Ciudad
BOGOTA D.C.

Personería
JURIDICO
Teléfono
3765155

Datos de la Póliza

Certificado No. **0000** Fecha de Expedición: **30** ^{DIA} **12** ^{MES} **2019** ^{AÑO}

Vigencia días **0365** Vigencia desde **01** ^{DIA} **01** ^{MES} **2020** ^{AÑO} a las **00** Hrs Vigencia hasta **31** ^{DIA} **12** ^{MES} **2020** ^{AÑO} a las **24** Hrs

Período de Facturación **MENSUAL**

Localidad de Radicación **6000**

Producto **762**

Datos de Intermediación

Método de Tarificación

No. Asegurados **07.583**

99926 OF. PRINCIPAL

AGENCIA DE SEGUROS 100 %

PRIMA	GASTOS DE EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL
\$0	\$0	\$0	\$0

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato.

Observaciones

REPRESENTANTE LEGAL

TOMADOR

Av. el Dorado No. 68B-31, piso 10 • Línea de Atención al Cliente RED322 • Desde fijo 01 8000 123 322 o desde celular al #322

CLIENTE



**POLIZA Y CERTIFICADO
SEGURO PREV DE INVALIDEZ Y SOBREVIVENCIA**

RESUMEN DE COBERTURAS

POLIZA NUMERO
6000 - 0000018 - 01

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA	TASA	PRIMA MENSUAL
Suma Adic. Pen. Invalidez	V E R		
Suma Adic. Pen. Sobrvtes.	CONDICIONES		
Auxilio Funerario	GENERALES		
Subsidio Incapac.Temporal			
Total Amparos Is		2,200	
SALARIO BASE DE COTIZACION:	\$0		

Juan Suñer

REPRESENTANTE LEGAL

TOMADOR

**POLIZA Y CERTIFICADO
INVALIDEZ SOBREVIVIENTES**

POLIZA NÚMERO

6000-0000018-01

>> ANEXO POLIZA <<

CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA

1. OBJETO DE LA PÓLIZA. AMPAROS

EL OBJETO DE ESTE CONTRATO ES GARANTIZAR LOS APORTES ADICIONALES NECESARIOS PARA FINANCIAR LAS PENSIONES DE INVALIDEZ, SOBREVIVENCIA, PAGO DE AUXILIO FUNERARIO E INCAPACIDADES MÉDICAS TEMPORALES, DE LOS AFILIADOS AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIO ADMINISTRADOS POR COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS, TAL COMO LO ESTIPULA EL DECRETO 718 DE 1994 EN SU ARTÍCULO 2, LA LEY 100 DE 1993, LA LEY 797 DE 2003, LA LEY 860 DE 2003, EL DECRETO LEY 19 DE 2012 EN SU ARTÍCULO 142, DECRETO 1833 DE 2016, LA RESOLUCIÓN 530 DE 1994 DE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Y LAS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN Y ADICIONEN.

LAS COBERTURAS –INDEMNIZACIONES-, SERÁN LAS DEFINIDAS EN LAS NORMAS LEGALES VIGENTES PARA LA FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO. EL VALOR ASEGURADO POR CADA AFILIADO SERÁ EL VALOR QUE RESULTE DE LA DIFERENCIA ENTRE EL CAPITAL NECESARIO PARA CUBRIR LA PENSIÓN DE SOBREVIVIENTES O DE INVALIDEZ CALCULADO CONFORME A LAS DISPOSICIONES LEGALES Y LA SUMA DE LOS RECURSOS DE LA CUENTA DE AHORRO INDIVIDUAL PROVENIENTES DE LOS APORTES OBLIGATORIOS, LOS RENDIMIENTOS GENERADOS POR LOS MISMOS Y EL VALOR DEL BONO PENSIONAL, SI HAY LUGAR A ELLO, A LA FECHA EN QUE EL AFILIADO FALLEZCA O, EN CASO DE INVALIDEZ, A LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DEFINIDA EN EL DICTAMEN DE INVALIDEZ. CUANDO DICHA DIFERENCIA SEA NEGATIVA O CERO (0), EL VALOR ASEGURADO SERÁ IGUAL A CERO (0).

2. TOMADOR Y BENEFICIARIOS

PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO DE INVALIDEZ Y SOBREVIVENCIA, EL TOMADOR SERÁ COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS LA PÓLIZA QUE SE SUSCRIBE TIENE COMO FINALIDAD EL CUBRIMIENTO DE LOS RIESGOS DE INVALIDEZ Y SOBREVIVIENTES DE LOS AFILIADOS DE COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS, EN LOS TÉRMINOS DE LEY. BENEFICIARIOS: LOS

CLIENTE



**POLIZA Y CERTIFICADO
INVALIDEZ SOBREVIVIENTES**

POLIZA NÚMERO

6000-0000018-01

AFILIADOS AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS S.A.
PENSIONES Y CESANTIAS.

3. PERSONAS AMPARADAS. ASEGURADOS

LAS PERSONAS INCORPORADAS AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES, EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 15 DE LA LEY 100 DE 1993, Y LAS NORMAS QUE LO REGLAMENTAN Y LO MODIFICAN, MEDIANTE SU AFILIACIÓN AL FONDO ADMINISTRADO POR COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS.

4. FACTURACIÓN Y FORMA DE PAGO DE LAS PRIMAS

SEGUROS BOLÍVAR EMITIRÁ DENTRO DE CADA PERIODO MENSUAL DE COBERTURA, CERTIFICADOS DE FACTURA POR EL VALOR ESTIMADO DE LA PRIMA A PAGAR POR COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS. EL PAGO DE LAS PRIMAS DEBERÁ REALIZARSE DENTRO DE LOS 30 DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE EXPEDICIÓN DE LOS RESPECTIVOS CERTIFICADOS, EN CHEQUE O TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA.

EL PAGO SERÁ EFECTUADO CON BASE EN EL VALOR REAL RECAUDADO POR COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS EN CADA PERIODO. COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS INFORMARÁ MENSUALMENTE A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. EN FORMA RESUMIDA, EL MES DE CAUSACIÓN DE LAS PRIMAS, EL NÚMERO DE AFILIADOS COTIZANTES DEPENDIENTES Y EL NÚMERO DE INDEPENDIENTES A LOS QUE CORRESPONDE, CLASIFICADO POR SEXO, EL SALARIO BASE DE COTIZACIÓN Y EL VALOR DE LA PRIMA A PAGAR.

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS INFORMARÁ MENSUALMENTE A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. EN FORMA DETALLADA, EL MES DE CAUSACIÓN DE LAS PRIMAS, EL NÚMERO DE AFILIADOS COTIZANTES DEPENDIENTES Y EL NÚMERO DE INDEPENDIENTES A LOS QUE CORRESPONDE, CLASIFICADO POR SEXO, EL SALARIO BASE DE COTIZACIÓN Y EL VALOR DE LA PRIMAS PAGAR, TIPO DE IDENTIFICACIÓN Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN.

CON BASE EN LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS, LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. EXPEDIRÁ LOS RESPECTIVOS CERTIFICADOS DE AJUSTE A LA FACTURACIÓN ESTIMADA, APLICANDO PARA ELLO LA TASA ESTABLECIDA DE PRIMAS.

CLIENTE



**POLIZA Y CERTIFICADO
INVALIDEZ SOBREVIVIENTES**

POLIZA NÚMERO

6000-0000018-01

5. DOCUMENTOS INTEGRANTES DEL CONTRATO DE SEGURO

FORMARÁN PARTE INTEGRAL DEL CONTRATO DE SEGURO:

A. LA PÓLIZA DE SEGURO PREVISIONAL

B. LA CARÁTULA

C. LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES

D. LOS ANEXOS O CERTIFICADOS QUE ACCEDAN A ELLA

E. EL DOCUMENTO QUE CONTIENE LAS CONDICIONES PARA OFRECER Y SUS ADENDAS

F. LAS ACLARACIONES QUE HA EFECTUADO COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS DENTRO DEL PROCESO DE LICITACIÓN.

G. LA PROPUESTA PRESENTADA

H. TODA LA DOCUMENTACIÓN QUE SE ANEXE A LA PROPUESTA.

6. VIGENCIA Y RENOVACIÓN DEL CONTRATO

EL TÉRMINO DE LA DURACIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO SERÁ DE UN AÑO PRORROGABLE POR ACUERDO ENTRE LAS PARTES Y POR TÉRMINOS ANUALES ADICIONALES HASTA POR TRES (3) AÑOS MÁS ADICIONALES PARA UN PERIODO MAXIMO DE CUATRO AÑOS. LA POLIZA SE RENOVARA AUTOMATICAMENTE EN LOS MISMOS TERMINOS Y CONDICIONES POR VIGENCIAS DE UN AÑO CALENDARIO HASTA POR EL TERMINO MAXIMO ANTERIORMENTE MENCIONADO EN CASO DE QUE NINGUNA DE LAS PARTES MANIFIESTE SU INTENCION DE DARLO POR TERMINADO NOTIFICANDO A LA OTRA PARTE POR ESCRITO UNA ANTELACION MINIMA DE CUATRO MESES CALENDARIO A LA FINALIZACION DE CADA VIGENCIA CONTRATADA.

LLEGADO EL CASO EN QUE ALGUNA DE LAS DOS PARTES, YA SEA EL TOMADOR O LA ASEGURADORA LO SOLICITEN, PODRÁ LLEVARSE A CABO UNA REVISIÓN EXTEMPORÁNEA DE LAS CONDICIONES DEL CONTRATO, PREVIENDO SITUACIONES O CIRCUNSTANCIAS EXTRAORDINARIAS QUE MODIFIQUEN LAS CONDICIONES DE RIESGO DE LAS COBERTURAS OFRECIDAS AFECTANDO LA TASA DEL SEGURO, TALES COMO UNA REFORMA PENSIONAL, LA PUBLICACIÓN DE UNA NUEVA TABLA DE

CLIENTE



**POLIZA Y CERTIFICADO
INVALIDEZ SOBREVIVIENTES**

POLIZA NÚMERO

6000-0000018-01

MORTALIDAD Y/O UNA TABLA DE INVALIDEZ, LA MODIFICACIÓN DE LA TASA DE INTERÉS TÉCNICO PARA LAS RENTAS VITALICIAS, UNA REFORMA FINANCIERA, LA EXPEDICIÓN DE NORMAS O JURISPRUDENCIA, ENTRE OTRAS, SIN QUE SEA ESTA UNA LISTA TAXATIVA NI LIMITADA SOLAMENTE A LAS CIRCUNSTANCIAS ANTERIORMENTE ENUNCIADAS. DE IGUAL MANERA, HABRA LUGAR A LA REVISION DE LAS CONDICIONES DE OPERACIÓN DE CONTRATO, CUANDO CON OCASIÓN DE LAS CITADAS CIRCUNSTANCIAS, DEBAN SER AJUSTADAS LAS MISMAS. LAS SOLICITUDES DE REVISIÓN DE LAS CONDICIONES DEL CONTRATO, PODRÁN SER PRESENTADAS EN CUALQUIER MOMENTO DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.

LUEGO DE PRESENTADA LA SOLICITUD DE REVISIÓN DE LAS CONDICIONES DEL CONTRATO POR CUALQUIERA DE LAS DOS PARTES, DEBIDO A LA PRESENTACIÓN DE UNA SITUACIÓN O CIRCUNSTANCIA EXTRAORDINARIA QUE MODIFICA LAS CONDICIONES DE RIESGO DE LAS COBERTURAS OFRECIDAS O DE SU OPRACION AFECTANDO LA TASA DEL SEGURO, LAS PARTES BUSCARAN LLEGAR A UN ACUERDO DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD.

EN CASO DE NO LLEGARSE A UN ACUERDO ENTRE LAS PARTES RESPECTO DE LAS NUEVAS CONDICIONES DE CONTRATACIÓN, SE OTORGA LA POSIBILIDAD DE DAR POR TERMINADO EL CONTRATO, OTORGANDO LA ASEGURADORA UN TÉRMINO DE TRES (3) MESES PARA QUE EL TOMADOR PUEDA ADELANTAR UN NUEVO PROCESO LICITATORIO PARA LA SELECCIÓN DE LA ASEGURADORA DEL SEGURO DE INVALIDEZ Y SOBREVIVIENTES.

CLIENTE