

## Vida Grupo



Condiciones del Contrato de Seguro

Versión: 2

Póliza No. 22485616

No de póliza anterior. 22124619 - 22485616

# Seguro de Vida Grupo No Contributiva

[www.allianz.co](http://www.allianz.co)

Santiago de Cali, 07 de Junio de 2022

Tomador de la Póliza:

**CENTRO INTERNACIONAL DE AGRICULTURA TROPICAL -CIAT.**

A continuación, encontrará las condiciones 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,

Delima Marsh S.A. – RI Partners Ltda.

Allianz Seguros de Vida S.A.

# CONDICIONES PARTICULARES

## Capítulo I

### Datos Identificativos

Tomador del Seguro	<p>Tomador del Seguro: CENTRO INTERNACIONAL DE AGRICULTURA TROPICAL CIAT Y/O FILIALES Y/O SUBSIDIARIAS Y/O COMO SUS INTERESES APAREZCAN</p> <p>Tipo y Número de Identificación: 800.034.586-2</p> <p>Actividad Económica: Centro de investigación de Agricultura</p> <p>Ciudad: Cali</p>
Asegurados	<p>Se ampara a todo el personal al servicio del tomador, cualquiera que sea su clasificación, incluyendo al personal que se encuentre en licencia remunerada o no empleados o asegurados con contrato de trabajo a término fijo o indefinido Empleados contratados internacionalmente pero con vinculación laboral en Colombia, PERSONAL QUE TRABAJA EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD PRIVADA DEL CIAT, COMO VIGILANTES Y ESCOLTAS, durante la vigencia de la póliza y/o que vengan relacionadas en el listado que deberá remitirse a la Compañía con anterioridad al inicio de la vigencia.</p>
Beneficiarios	<p>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	<p>Póliza No.: 22485616</p> <p>Duración: Desde las 00:00 horas del 01/07/2022 hasta las 00:00 horas del 01/07/2023</p>
Intermediario	<p>Nombre intermediario: Delima Marsh S.A. – RL Partners Ltda.</p> <p>Participación: 60% - 40%</p> <p>Sucursal: Cali</p> <p>Comisión: 18%</p>

## 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 del Contrato

#### 1. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

AMPARO	MÍNIMA INGRESO	MÁXIMA INGRESO	PERMANENCIA
MUERTE POR CUALQUIER CAUSA, AUXILIO FUNERARIO, RENTA MENSUAL PARA GASTOS DEL HOGAR POR MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	18 años	70 años	Ilimitada
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL, RENTA MENSUAL PARA GASTOS DEL HOGAR POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	18 años	69 años	80 años
RENTA MENSUAL POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE	18 años	69 años	70 años
ENFERMEDADES GRAVES	18 años	69 años	70 años
RENTA CLINICA DIARIA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE, EN LA UCI, Y POST HOSPITALARIA	18 años	64 años	65 años
AUXILIO PARA REPATRIACIÓN DEL CADÁVER POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO PRINCIPAL	18 años	64 años	65 años

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

#### 2. 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.

### 3. 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 para valores asegurados inferiores a COP\$90.000.000 y cuando el asegurado no supere la edad de 60 años de edad.

Allianz Seguros de Vida S.A., no exigirá el diligenciamiento de una nueva solicitud individual de seguro, cuando la solicitud de aumento de valor asegurado no exceda de COP\$90.000.000 del valor asegurado actual y siempre y cuando el asegurado no supere la edad de 60 años de edad.

Los incrementos que superen COP\$90.000.000, deberán diligenciar una nueva solicitud de seguro y se exigirán los requisitos adicionales definidos en las condiciones particulares.

### 4. CLAUSULA ESPECIAL SIN REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Allianz Seguros de Vida S.A., no exigirá el diligenciamiento de una nueva solicitud individual de seguro, cuando la solicitud de aumento de valor asegurado no exceda de COP\$90.000.000 del valor asegurado actual y siempre y cuando el asegurado no supere la edad de 60 años de edad.

Los incrementos que superen COP\$90.000.000, deberán diligenciar una nueva solicitud de seguro y se exigirán los requisitos adicionales definidos en las condiciones particulares.

### 5. AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES

AMPAROS	VALOR ASEGURADO
MUERTE	<b>Grupo 1</b> Professional Support (3), Associate Staff (4), Scientis/Aministrative Head (5) Leader/Manager (6), Top Manager (7)
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	Valor asegurado: 36 veces el salario devengado  <b>Grupo 2</b> Support Services (1), Technical Support (2)  Valor asegurado: 30 veces el salario devengado.
INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL	Máximo \$200.000.000
ENFERMEDADES GRAVES	60% del amparo básico como anticipo
CANCER IN SITU	20% de la cobertura de enfermedades graves con un límite máximo de COP\$20.000.000.
AUXILIO FUNERARIO	\$7.500.000
RENTA MENSUAL PARA GASTOS DEL HOGAR POR MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	Renta mensual por un periodo de 12 meses por valor de \$500.000
RENTA MENSUAL PARA GASTOS DEL HOGAR POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	Renta mensual por un periodo de 12 meses por valor de \$500.000

RENTA CLÍNICA DIARIA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE (Con periodo de espera de 48 horas, la cobertura máxima 30 días por evento y por vigencia) (*)	\$70.000
RENTA DIARIA EN CUIDADOS INTENSIVOS (Cobertura máxima 10 días por evento y por vigencia)	\$140.000
RENTA DIARIA POST HOSPITALARIA (Con periodo de espera de 48 horas, la cobertura máxima 10 días por evento y por vigencia)	\$50.000
AUXILIO PARA REPATRIACIÓN DEL CADÁVER POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO PRINCIPAL	\$10.000.000
AUXILIO DE NACIMIENTO (15 días)	\$250.000
MÁXIMO VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL	\$1.200.000.000
Cantidad mínima de asegurados para expedir la póliza	630
TASA POR MIL ANUAL APLICABLE SOBRE EL AMPARO DE MUERTE	2,97%o

**NOTA:** Se autoriza el valor asegurado de \$1.400.000.000 para la Sra. Marcela Quintero Tabares.

## 6. DEFINICIÓN Y ALCANCE DE LAS COBERTURAS

### 6.1. MUERTE POR CUALQUIER CAUSA:

Muerte por cualquier causa Este amparo cubre el fallecimiento de cualquiera de las personas aseguradas, siempre que el deceso así como el hecho que lo genera se produzcan dentro de la vigencia de esta póliza, incluye el Homicidio y Suicidio desde el primer día de cobertura, el SIDA si no es preexistente. El pago del valor asegurado para este amparo generará la terminación automática del contrato de seguro.

En caso de muerte presunta por desaparecimiento, la suma a indemnizar, será el valor asegurado a la fecha de la muerte establecida en la sentencia, la cual deberá inscribirse en el registro civil de defunción.

### 6.2. 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.

### **6.3. INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL:**

La compañía pagará al asegurado el valor que corresponda al porcentaje de pérdida de capacidad laboral certificado por la ARL, por causa únicamente por Accidente Laboral que sufra el asegurado y que le ocasione una incapacidad permanente parcial, siempre y cuando el accidente de trabajo ocurra durante la vigencia de la póliza. El asegurado debe aportar a la compañía su historia clínica completa y el dictamen de calificación de incapacidad, que demuestre una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 20% e inferior al 50%.

El valor que la compañía indemnizará corresponderá al porcentaje de pérdida de capacidad laboral certificado por la ARL aplicado al valor asegurado del amparo básico, Máximo \$200'000.000. El valor asegurado indemnizado se deducirá del amparo básico de fallecimiento por cualquier causa y del amparo de Incapacidad Total y Permanente.

### **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.

### **CÁNCER IN SITU**

Cáncer In Situ incluyendo el Cáncer de Próstata, el Cáncer de Seno y el Cáncer de Matriz, cuyo valor máximo a indemnizar será el 20% del valor asegurado de la cobertura de enfermedades graves con un límite máximo de veinte millones de pesos (\$20.000.000).

Todo valor indemnizado por esta cobertura será deducido del valor asegurado del amparo de Enfermedades Graves, Básico de Vida y Incapacidad Total y Permanente.

Suma asegurada para Cobertura especial:

- a) Se pagará el porcentaje de la suma asegurada del amparo de enfermedades graves establecido en la carátula de la póliza al momento de ser diagnosticado la etapa TNOM0, con el límite máximo establecido en la póliza.
- b) Se pagará el 100% de la suma asegurada del amparo de enfermedades graves, al momento de ser diagnosticado la etapa II, III o IV, deduciendo cualquier pago que se haya realizado anteriormente por esta cobertura.

### **Restablecimiento del valor asegurado del amparo Enfermedades Graves**

En caso de una indemnización por el amparo de enfermedades graves, el valor asegurado del amparo básico se restablecerá a los seis (6) meses de indemnizado el siniestro o a la renovación de la póliza, lo que ocurra primero.

Este restablecimiento sólo operará para el amparo básico de vida y NO para los demás anexos; es decir que el amparo de Incapacidad Total y Permanente, se deducirán en la misma cuantía por la que se indemnizó la cobertura de enfermedades graves.

En el caso de operar dicho restablecimiento, se mantendrá el mismo valor asegurado por el amparo básico de vida y el asegurado no tendrá la cobertura de Enfermedades Graves, ni para la vigencia actual ni para posteriores renovaciones.

No obstante, lo anterior, se seguirá aplicando tasa única sobre el valor del amparo básico de vida restablecido al 100%, es decir no se reducirá la tasa bajo ninguna circunstancia por la exclusión de la cobertura de enfermedades graves.

Restablecimiento significa que el valor asegurado del amparo básico de vida quedará nuevamente al 100%, es decir, si el asegurado fallece después de ciento ochenta (180) días de indemnizado el amparo de enfermedades graves o en una vigencia posterior, la Compañía indemnizará el 100% del valor asegurado en el amparo básico de vida.

### **6.5. AMPARO DE AUXILIO FUNERARIO:**

Si durante la vigencia de esta póliza el asegurado llegare a fallecer como consecuencia de un evento amparado por la póliza, LA COMPAÑÍA indemnizará a los beneficiarios como auxilio funerario el valor asegurado indicado en la carátula de la póliza.

### **6.6. RENTA MENSUAL PARA GASTOS DEL HOGAR POR MUERTE POR CUALQUIER CAUSA:**

En caso de siniestro por Muerte por cualquier causa, la aseguradora reconocerá al beneficiario como un valor adicional a la Garantía Básica, una renta mensual para gastos del hogar hasta por el periodo de tiempo y hasta el valor asegurado establecido en las condiciones de la póliza.

**6.7. RENTA MENSUAL PARA GASTOS DEL HOGAR POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:**

En caso de siniestro por ITP, la aseguradora reconocerá al beneficiario como un valor adicional a la Garantía Básica, una renta mensual para gastos del hogar hasta por el periodo de tiempo y hasta el valor asegurado establecido en las condiciones de la póliza.

**6.8. RENTA CLÍNICA DIARIA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE:**

Este amparo cubre la hospitalización que se origine como consecuencia de un accidente o de una enfermedad no preexistente a la fecha de aceptación individual de este amparo, siempre que tal hospitalización sea superior a un período de 48 horas, con un máximo de treinta (30) días por evento y por vigencia anual de la póliza.

Cuando EL ASEGURADO aporte pruebas fehacientes que determinen la existencia de una hospitalización, LA COMPAÑÍA le pagará, mientras ésta subsista continuos o dis-continuos dentro de la misma vigencia, el valor asegurado por renta diaria que figure en la póliza, siempre que tal hospitalización tenga lugar en un establecimiento debidamente reconocido y registrado para la atención de enfermos.

**6.9. RENTA DIARIA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS:**

Se reconocerá el valor diario contratado por el asegurado, por cada día que permanezca en la unidad de cuidados intensivos, con un máximo de diez (10) días por evento y por vigencia anual de la póliza.

Se aplican las mismas exclusiones del anexo de la renta clínica diaria por enfermedad o accidente, descritas en el condicionado general 15/10/2019-1401-P-34-VIDGRUPVERSION11-000I.

**6.10. RENTA DIARIA POST HOSPITALARIA:**

Si inmediatamente después de la salida del hospital o clínica por una hospitalización superior a 48 horas, el asegurado continúa incapacitado, se le reconocerá el valor según opción elegida por cada día de incapacidad hasta el máximo de diez (10) días por evento y por vigencia anual de la póliza.

NOTA: 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.

**6.11. AUXILIO PARA REPATRIACIÓN DEL CADÁVER POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO PRINCIPAL:**

Con un límite máximo de \$10.000.000, pagaderos a través de reembolso a la persona que demuestre haber sufragados los gastos, previa presentación de las facturas que acrediten el pago.

## **6.12. AUXILIO NACIMIENTO:**

Para efectos de este amparo, la Compañía pagará a los(as) aseguradas(os) principales un auxilio de maternidad o paternidad por valor de 250.000 pesos por un hijo nacido vivo, aun tratándose de alumbramiento múltiple, siempre y cuando la concepción del embarazo se haya dado después de transcurridos 30 días desde la fecha de inclusión del asegurado(a) al presente amparo y se efectúe el alumbramiento dentro de la vigencia del seguro. Bajo este amparo no se cubren preexistencias. En caso de que ambos padres tengan el carácter de asegurados en esta misma póliza, el auxilio corresponderá a un solo pago por los dos padres. Esta cobertura será por una única vez, por asegurado(a).

El límite máximo de eventos por vigencia anual de la póliza es de 15.

## **7. SECUESTRO O DESAPARECIMIENTO**

En caso de Secuestro o desaparición, la aseguradora indemnizará por el amparo básico de Vida, el siniestro, una vez presentada la sentencia de muerte por desaparición emanada de la autoridad competente. El valor asegurado indemnizable será el contratado en la póliza EN EL AMPARO BASICO DE VIDA a la fecha de la muerte declarada por el Juez.

## **8. CLAUSULA DE ERRORES U OMISIONES**

Se deja constancia que la cobertura de esta Póliza continuará vigente para aquellas personas que, por error u omisión involuntaria del tomador en las pólizas no contributivas, no sean reportadas dentro del plazo del amparo automático. Al momento de ocurrir un siniestro, la compañía pagará la suma asegurada siempre y cuando se haya diligenciado la declaración de asegurabilidad, las respuestas sean negativas y la muerte o incapacidad no sean consecuencia directa o indirecta de una enfermedad preexistente al ingreso de la póliza. Si el monto asegurado tenía como exigencia además de la declaración, requisitos médicos y éstos no fueron practicados, se pagará hasta el valor del amparo automático.

## **9. IRREDUCTIBILIDAD DEL SEGURO**

De conformidad con lo establecido por los artículos 1160 y 1161 del Código de Comercio, una vez transcurridos dos (2) años en vida del Asegurado, contados desde la fecha del perfeccionamiento del contrato, o desde la fecha de perfeccionamiento de su rehabilitación, según el caso, y encontrándose éste vigente, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error inculpable en la Declaración de Asegurabilidad ó en la Solicitud de Seguro, sin perjuicio de lo establecido en la condición de Inexactitud en la Declaración de Edad.

## **10. AMPARO AUTOMÁTICO**

El amparo bajo esta póliza será automático hasta 60 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 **\$520.000.000** 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 en caso de que no se cumpla con los requisitos de asegurabilidad.

#### **11. CLAÚSULA ESPECIAL POR MODIFICACIONES DEL VALOR ASEGURADO (ACTUALIZACIÓN SALARIO)**

Se acepta automáticamente los aumentos de valor asegurado sin requisitos de asegurabilidad, generados por los incrementos salariales programados por el tomador.

Esta cláusula aplica para personas menores de 60 años y limita los incrementos de valor asegurado en vigencia hasta cuatrocientos millones de pesos (\$400.000.000=) sin cumplimiento de requisitos adicionales; sin embargo, en caso de reclamación, el tomador deberá suministrar la certificación con el salario al momento del siniestro.

Esta cláusula especial no aplica para las personas con edad igual o superior a 60 años, por ende, su valor asegurado individual no se modificará hasta que se cumplan los requisitos de asegurabilidad ya establecidos.

#### **12. 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 / RENOVACIÓN / CONTINUIDAD
GENERO	FEMENINO (F) MASCULINO (M)
VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL	\$ Nota: si es aumento de valor asegurado debe colocar la sumatoria del valor asegurado actual + el aumento.
CORREO ELECTRÓNICO	

### 13. 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.

### 14. 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 \$900.000.000 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 Mapfre, 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.

## **15. 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 lo siguiente:

### **REQUISITOS (PARA MENORES DE 60 AÑOS Y VALORES INFERIORES A LOS \$400,000,000 )**

#### **PARA NUEVOS ASEGURADOS Y/O AUMENTOS DE SUMA ASEGURADA Y/O INCLUSIÓN DE COBERTURAS**

1. Solicitud de seguro y/o declaración de asegurabilidad para todos las personas que superen el valor asegurado de \$90.000.001.

2. Presentación de los siguientes requisitos médicos por parte de los asegurados mayores de 60 años y de aquellos cuyo valor asegurado supere los \$400.000.000, y/o respondan positivamente a las preguntas de carácter medico en la declaración de asegurabilidad; para su correspondiente análisis y aprobación por parte de la Compañía de Seguros

### **REQUISITOS (PARA MAYORES DE 60 AÑOS Y VALORES SUPERIORES A LOS \$400,000,000 )**

- ✓ Examen Médico
- ✓ Análisis de orina químico y microscópico con estudio de sedimento
- ✓ Electrocardiograma en reposo a 12 derivaciones
- ✓ Análisis de sangre: (Cuadro Hemático, Glicemia, Creatinina, Colesterol Total, Triglicéridos, Ácido úrico, colesterol HDL y LDL, GAMAGLUTAMIL TRANSFERASA)
- ✓ H.I.V.
- ✓ Antígeno Prostático hombres mayores de 50 años

Aceptación de ingreso de asegurados residentes en el exterior con los requisitos médicos indicados por el médico del CIAT.

1. Cuando el asegurado se encuentre en el exterior, los requisitos médicos deberán cumplirse en su totalidad recurriendo a la instrucción y el médico que el CIAT sugiera en cada caso. El CIAT deberá presentar las facturas originales y la compañía de seguros reembolsará el dinero de acuerdo a los costos razonables y acostumbrados en Colombia. Los exámenes deberán ser recientes- menores a 1 mes.

2. Debe presentar la historia clínica como venga, La compañía de seguros la traduce y verifica la legalidad de esta.

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

## **16. EXTENSIÓN DE COBERTURA**

La póliza extiende su cobertura hasta 60 días después de haber terminado su contrato de trabajo, con suministro mensual de relación de las personas retiradas y sueldos devengados.

Se ampara automáticamente a todas las personas que se trasladen de una empresa a otra del mismo grupo.

## **17. INCLUSIÓN ASEGURADOS PROVENIENTES DEL EXTERIOR**

Aceptación de ingreso de asegurados residentes en el exterior con los requisitos médicos indicados por el médico del CIAT.

1. Cuando el asegurado se encuentre en el exterior, los requisitos médicos deberán cumplirse en su totalidad recurriendo a la instrucción y el médico que el CIAT sugiera en cada caso. El CIAT deberá presentar las facturas originales y la compañía de seguros reembolsará el dinero de acuerdo a los costos razonables y acostumbrados en Colombia. Los exámenes deberán ser recientes- menores a 1 mes.
2. Debe presentar la historia clínica como venga, La compañía de seguros la traduce y verifica la legalidad de esta.

## **18. COBERTURA SIN LIMITACIÓN PARA ASEGURADOS HASTA JUNIO 2003**

Se aclara que para todas las personas que vienen aseguradas a junio 1 de 2003 se les concederá como condición particular la cobertura de preexistencias para el amparo básico de muerte e incapacidad total y permanente. Esta condición no aplica para el amparo de enfermedades graves.

## **19. ANEXO LABORAL**

En caso de fallecimiento o incapacidad total y permanente de un funcionario que no haya cumplido las 52 semanas de cotización al sistema de seguridad social esta póliza indemniza como suma adicional al valor asegurado, 13 salarios por muerte y/o incapacidad total y permanente de acuerdo a las condiciones generales de la póliza.

## **20. 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.

## 21. 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.

## 22. PLAZO PARA EL PAGO DE LAS PRIMAS

El Tomador pagará la prima a ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., dentro de los 60 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 inicio de vigencia del periodo no se ha efectuado el pago de la prima respectiva.

## 23. PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

La Compañía ofrece al tomador, una participación de utilidades definida en la fórmula que presentamos a continuación, que aplicará siempre y cuando la siniestralidad incurrida de la vigencia sea menor al 40% .

$$PU = 50\% (60\% \text{ PRIMAS FACTURADAS}) - \text{SINIESTROS INCURRIDOS}$$

Siniestros incurridos = Siniestros pagados + siniestros pendientes de la vigencia.

Esta participación se liquidará 30 días después de finalizar la vigencia y se otorga siempre y cuando la póliza sea renovada con ALLIANZ Seguros de Vida S. A.

## 24. MÁXIMA SINIESTRALIDAD ÚLTIMA VIGENCIA

De acuerdo a la información suministrada por la entidad tomadora, la siniestralidad de la última vigencia no fue superior a **\$574.301.635**, 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.

## 25. 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.

## **26. 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.

## **27. CONVERTIBILIDAD**

Salvo en el Seguro de Vida Grupo de Deudores, los asegurados menores de 70 años que revoquen su seguro o que por causa distinta de siniestro, dejen de pertenecer al 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 de vida individual de los que estén autorizados a LA COMPAÑÍA o a otra Compañía de seguros con la cual se tenga un contrato para garantizar este beneficio, con excepción de los planes temporales y crecientes, siempre y cuando lo solicite en el término de un mes contado a partir de su retiro del grupo. El Seguro Individual que se expida, se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan y conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el asegurado, a su ocupación y estado de salud en la fecha de la solicitud. En caso de haberse aceptado bajo la póliza riesgos subnormales, se expedirá la póliza individual con la clasificación y la extraprima que corresponda al Seguro de Vida Individual.

Si el asegurado fallece dentro del plazo arriba indicado para solicitar la Póliza Individual, conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que ella se hubiere expedido (medie o no solicitud o pago de prima), se considerará amparado en los términos de la presente póliza.

## **28. AVISO DE SINIESTRO:**

Se otorgará plazo para el aviso de siniestros de 30 días.

## **29. 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](mailto: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).
- 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.
- 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.
- Dictamen de calificación de invalidez emitido por EPS, ARL, AFP, Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez, Régimen Especial, o entidad competente; junto con la ponencia que lo sustente y la declaratoria en firme. (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**

- 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.

#### **AMPARO DE AUXILIO DE NACIMIENTO**

- 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)
- Copia del registro civil de nacimiento del bebé
- Formato de pago por transferencia diligenciado por el asegurado
- Copia de la solicitud de seguro debidamente diligenciada por el asegurado. (si aplica).

**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.**

### **30. 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.

### **31. 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.

### **32. 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.

### **33. 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).

### **34. 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.

### **35. 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) Envíos Comerciales: Contactar al titular telefónicamente o a través de mensajes electrónicos tales como vía chat, mensajes de texto, correo electrónico, SMS,

entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios de la Compañía o de productos y servicios ofrecidos por terceros vinculados con la Compañía, 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 atiende 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](mailto: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](http://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.

### **36. 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**

**SANDRA MARITZA RIVERA L.**  
**Delegado Técnico Regional Occidente**  
**Allianz Seguros de Vida S.A.**

Versión Clausulado Particular: GTV_VGNC_V3.2020	Fecha:	07-06-2022
---	--------	------------

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](http://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