Universidad del Tolima
ACREDITADA DE ALTA CALIDAD
¡Construimos la universidad que soñamos!

CIRCULAR INFORMATIVA DIRECCIÓN DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

Para: PERSONAL DE PLANTA

De: DIRECCIÓN DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

Asunto: PÓLIZA SEGUROS DE VIDA COLECTIVO

Fecha: JULIO 25 DE 2022

Reciban un cordial saludo,

Como parte de nuestros compromisos y obligaciones institucionales, muy amablemente me Permito dar a conocer los amparos y beneficios del Seguro de Vida contratado por la Universidad del Tolima bajo el proceso de Invitación Publica de Mayor Cuantía No.001 de 2022, el cual fue adjudicado a la UNIÓN TEMPORAL LA PREVISORA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. Y MAPFRE SEGUROS S.A. para el periodo comprendido desde el 17 de Junio del 2022 al 11 de abril del 2023; así:

AMPAROS	VALOR ASEGURADO
VIDA Ampara contra el riesgo de muerte, incluyendo suicidio y homicidio desde el inicio de la vigencia-incluyendo COVID 19.	$ 42.000.000
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE Para todos los efectos de este amparo, se entenderá por incapacidad total y permanente la sufrida por EL ASEGURADO, que haya sido ocasionada y se manifieste bajo la vigencia de ésta póliza, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables, que le impida al ASEGURADO desempeñar cualquier trabajo remunerado acorde con su formación personal u ocupación habitual, siempre que dicha incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor a 120 días. En todo caso dicha incapacidad podrá ser demostrada mediante certificación de EPS, ARL, AFP o Junta Regional o Nacional de calificación de invalidez donde se indique que EL ASEGURADO ha sufrido una pérdida igual o superior al 50% de su capacidad laboral.	$ 42.000.000

GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE	$5.000.000
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN Si como consecuencia de un accidente sufrido por EL ASEGURADO durante la vigencia de la póliza se ocasiona dentro de los ciento veinte (120) días calendario siguientes contados a partir de la fecha del accidente la muerte o la pérdida funcional o anatómica de uno de sus miembros u órganos, o amputación traumática o quirúrgica, LOS BENEFICIARIOS (en caso de muerte) O EL ASEGURADO(en caso de desmembración) tendrá derecho a una indemnización de acuerdo con los porcentajes que se establecen en la tabla de desmembraciones y que son fijadas con base en el valor asegurado estipulado para el amparo de Beneficios por Desmembración Accidental. (Especificas en el clausulado)	$ 42.000.000
ENFERMEDADES GRAVES Anticipo del amparo Básico 50%, Cuando al ASEGURADO le sea diagnosticada médicamente por primera vez, durante la vigencia del presente amparo, cualquiera de las siguientes enfermedades: CÁNCER, LEUCEMIA, INFARTO DEL MIOCARDIO, CIRUGÍA ARTERIOCORONARIA, ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, ESCLEROSIS MÚLTIPLE, TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES, QUEMADURAS GRAVES, ESTADO DE COMA, ANEMIA APLÁSTICA, TRAUMATISMO MAYOR DE CABEZA, ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y ENFERMEDAD DE PARKINSON, INCLUYE ADICIONAL CÁNCER DE MAMA, CUELLO UTERINO Y PRÓSTATA	$ 21.000.000
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 con valor asegurado contratado.	$ 4.200.000
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN 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 24 horas. Se cubre a partir del 3 día. Cobertura Máxima 180 días por evento.	$ 30.000
GASTOS MÉDICOS POR TRATAMIENTO DEL SIDA	$5’000.000

NOTA: Las coberturas descritas anteriormente aplican condiciones, restricciones y exclusiones del condicionado general del ramo de Vida de la compañía de seguros.

EN CASO DE SINIESTRO

Una vez ocurrido el hecho se debe informar inmediatamente a la Dirección de Servicios Institucionales para que por intermedio nuestro se notifique a la aseguradora; aportando los documentos necesarios que apliquen para la reclamación según el amparo afectado así:

EN CASO DE MUERTE

Documentos del asegurado:

- Carta solicitando la reclamación en la cual se evidencie No. de póliza, amparo reclamado, documentos aportados, nombre del asegurado y datos del reclamante.
- 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.
- 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).
- Si la causa de fallecimiento fue accidente de tránsito y el asegurado era conductor deben aportar la prueba de alcoholemia (para efectos del amparo de Indemnización Adicional por Muerte Accidental).

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 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

- Carta solicitando la reclamación en la cual se evidencie No. de póliza, amparo reclamado, documentos aportados, y datos del reclamante.
- 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.
- Copia del dictamen de calificación de Invalidez emitida por la Entidad Competente (EPS, ARL, AFP o JUNTA DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ REGIONAL O NACIONAL, RÉGIMEN ESPECIAL) en la cual se evidencie la fecha de estructuración y el porcentaje de la pérdida. (Opcional).
- Formato de pago por transferencia diligenciado por el asegurado
- Solicitud de seguro debidamente diligenciada por el asegurado.
- Si 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.

EN CASO DE BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL:

- Carta solicitando la reclamación en la cual se evidencie No de póliza, amparo reclamado, documentos aportados, y datos del reclamante.
- 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 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
- Solicitud de seguro debidamente diligenciada por el asegurado.
- Si la causa es accidental o violenta aportar certificación o documento expedido por la entidad competente en la cual se evidencie la causa.

EN CASO DE ENFERMEDADES GRAVES

- Carta solicitando la reclamación en la cual se evidencie No de póliza, amparo reclamado, documentos aportados y datos del reclamante.
- 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
- Solicitud de seguro debidamente diligenciada por el asegurado

EN CASO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

- Carta solicitando la reclamación en la cual se evidencie No de póliza, amparo reclamado, documentos aportados y datos del reclamante.
- Copia de la cédula de ciudadanía o documento de identidad.
- Copia de la Historia Clínica Legible.

GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

- Carta de reclamación en que se registre: No de póliza, nombre del tomador, nombre del asegurado, amparo reclamado, relación de documentos aportados y datos de contacto
- Original de la factura y soporte del pago que cumpla los estándares o requisitos determinados por la DIAN
- Copia de la historia clínica legible y clara de la atención en que se incurrió el gasto, así como las formulas médicas en caso de reembolso por medicamentos.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía.

Nota: Es posible que la aseguradora al recibir los documentos iniciales concluya que hay necesidad de complementar la información.

Así mismo, comunico que dentro de las condiciones de la póliza se encuentra la designación de beneficiarios, por lo tanto, agradezco actualizar la información en el formato adjunto, una vez diligenciado favor enviar al correo electrónico dsa@ut.edu.co, en el periodo comprendido entre el 26 de julio al 5 de agosto de 2022.

Cualquier información adicional con gusto será atendida en la Dirección.

Cordialmente,

MARIA DELFA TAMAYO AVILA
Directora de Servicios Institucionales

DSI/MDTA/MCAF

Ibagué,

Estimados señores:

Yo _____, identificado con cédula de ciudadanía No. _____ de _____, en calidad de asegurado de la póliza Vida Grupo de la Universidad del Tolima, me permito solicitarles el cambio y/o modificación de beneficiarios, así:

Designación de beneficiarios

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	EDAD	PARENTESCO	No. IDENTIFICACION	%

De igual manera actualización de datos:

Dirección Residencia: _____

Teléfono Residencia: _____

Ciudad Residencia : _____

Teléfono Celular : _____

E-Mail : _____

Atentamente,

_____

Firma Asegurado

Huella