Universidad del Tolima

ACREDITADA DE ALTA CALIDAD

¡Construimos la universidad que soñamos!

103.3-192

Ibagué, agosto 25 de 2023

Señores
FUNCIONARIOS DE PLANTA Y TRANSITORIOS
UNIVERSIDAD DEL TOLIMA
Ibagué

Asunto: Póliza vida grupo

Respetados señores:

Como parte de nuestro compromiso y obligación institucional, muy amablemente me permito adjuntar la póliza de vida grupo 1001748 de la Previsora Seguros S.A., la cual fue contratada por la Universidad del Tolima bajo el proceso de Invitación Pública de Mayor Cuantía No.001 de 2023 y adjudicada a la UNIÓN TEMPORAL LA PREVISORA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. Y MAPFRE SEGUROS S.A. para el periodo comprendido desde el 11 de Junio del 2023 al 07 de marzo del 2024.

De igual modo, adjunta compartimos circular informativa en donde se da a conocer el procedimiento y los documentos requeridos por la compañía de seguros para presentar reclamaciones.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente,

CLAUDIA PATRICIA TORO NIÑO
Dirección de Servicios Institucionales

Elaboró: María Cristina Agudelo Franco

PÓLIZA Nº
1001748

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS
NIT. 860.002.400-2

PREVISORA SEGUROS

17 SEGURO VIDA GRUPO PÓLIZA NORMAL

SOLICITUD DÍA	MES	AÑO	CERTIFICADO DE	N° CERTIFICADO	CIA. PÓLIZA LÍDER N°	CERTIFICADO LÍDER N°	A.P.
28	6	2023	CON REFACTURACION	0			NO

TOMADOR	3698056-UNIVERSIDAD DEL TOLIMA	**NIT**	890.700.640-7
DIRECCIÓN	CL 42 1 02 BR SANTA HELENA, IBAGUE, TOLIMA	**TELÉFONO**	2771212
ASEGURADO	3698056-UNIVERSIDAD DEL TOLIMA	**NIT**	890.700.640-7
DIRECCIÓN	CL 42 1 02 BR SANTA HELENA, IBAGUE, TOLIMA	**TELÉFONO**	2771212

		CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN DÍA	EXPEDICIÓN MES	EXPEDICIÓN AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	DESDE MES	DESDE AÑO	DESDE A LAS	HASTA DÍA	HASTA MES	HASTA AÑO	HASTA A LAS	NÚMERO DE DÍAS
EMITIDO EN	IBAGUE														
MONEDA	Pesos														
TIPO CAMBIO	1.00	805	8	28	6	2023	11	6	2023	00:00	7	3	2024	00:00	270

CARGAR A: UNIVERSIDAD DEL TOLIMA	FORMA DE PAGO: 6. PAGO 90 DIAS -LIC	VALOR ASEGURADO TOTAL: $ 0.00

CATEGORIA: 1-UNICA

AMPAROS	VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL
VIDA	42,000,000.00
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	42,000,000.00
GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE	5,000,000.00
BENEFICIOS POR DESMEMBRACION	42,000,000.00
ENFERMEDADES GRAVES	21,000,000.00
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION	900,000.00
AUXILIO FUNERARIO	4,200,000.00

VGP-002-011 - POLIZA VIDA GRUPO

SEGURO DE VIDA GRUPO COLECTIVO

OBJETO:

Amparar los funcionarios y Servidores públicos del DE LA UNIVERSIDAD DEL TOLIMA contra los riesgos de muerte por cualquier causa incluyendo el suicidio y el homicidio desde inicio de vigencia

AMPAROS (COBERTURAS) OBLIGATORIAS

" Amparo Básico (vida ampara contra el riesgo de muerte, incluyendo suicidio y homicidio desde el inicio de la vigencia)- Incluyendo Covid 19
Texto Continua en Hojas de Anexos...

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 y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. (artículos 81 y 82 de la Ley 45/90 y artículo 1068 del Código del Comercio). El pago tardío de la prima no rehabilita el contrato. En este caso la compañía solo se obliga a devolver la parte no devengada de la prima extemporáneamente.
La prima pactada en moneda extranjera en la presente póliza, será pagada por el tomador de la póliza, en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se efectúe el pago. El impuesto sobre las ventas que grava los contratos de seguros en moneda extranjera, se pagará en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se emita la póliza, anexo, renovación,cancelación, nota crédito o nota debito.

PRIMA	$**********
GASTOS	$**********
IVA	$**********
	$**********

La factura electrónica de la presente póliza podrá ser descargada desde el link https://ifacturaseguros.transfiriendo.com/IFacturaPrevisora/portaladquiriente/pages/auth/portallogin, en los campos Usuario y Contraseña, digitar el No. Identificación.
Somos Grandes Contribuyentes según Resolución No. 9061 del 10 de diciembre de 2020.
Las primas de seguros no son sujetas a retención en la fuente, según Decreto Reglamentario No. 2509 de 1985 adicionado en el artículo 1.2.4.9.3. del DUR en materia tributaria 1625 de 2016. Somos entidad de economía mixta, en la que el estado tiene participación superior al 90%, por lo tanto, abstenerse de practicar retenciones de industria y comercio.

29/06/2023 11:01:27

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN

CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA
18	Mapfre Seg.Grales de Col	40.00	0.00

INTERMEDIARIOS

CLAVE	CLASE	NOMBRE	%	COMISIÓN
6862	3	GMR GESTION Y MANEJO D		
3802	3	MEJIA Y CIA LTDA ASESO		

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO No.1001748 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

PREVISORA SEGUROS

CERTIFICADO DE: CON REFACTURACION | **0**

" Incapacidad Total y permanente por accidente y enfermedad.
" Indemnización adicional por muerte accidental y Beneficios por desmembración
" Enfermedades graves (anticipo del amparo básico 50%), incluye adicional cáncer de mama, cuello uterino y próstata
" Auxilio Funerario
" Gastos médicos por accidente, opera por reembolso

Clausulas adicionales obligatorias

o Continuidad de cobertura
o No aplicación de pre-existencias

VALORES ASEGURADOS POR FUNCIONARIO

" Vida $ 42.000.000
" Incapacidad total y permanente, accidente y enfermedad
$ 42.000.000
" Beneficio adicional por muerte o desmembración accidental
$ 42.000.000
" Enfermedades graves $ 21.000.000
" Auxilio funerario $ 4.200.000
" Gastos médicos por tratamiento del SIDA
" Gastos médicos, opera por reembolso
$5.000.000
" Renta Diaria por Hospitalización a partir del 3 día
$30.000 hasta un máximo de 30 días.

Nota: para las compañías de seguros que no cuenten con cobertura de gastos médicos por accidente se autoriza que se presenten bajo una póliza de accidentes personales que serían retirados de la póliza de vida grupo, el costo de la prima de los dos ramos no debe superar el presupuesto del grupo 2:

Muerte e invalidez por accidentes $42.000.000 Gastos médicos opera por reembolso $5.000.000

CLAUSULAS ADICIONALES

1. Amparo automático para asegurados que por error u omisión no se hayan informado al inicio del seguro.

2. Amparo automático para nuevos asegurados (90 días), sin documento de asegurabilidad

3. Ampliación del plazo para aviso de siniestro (90 días)

4. Beneficiarios de ley

5. Cancelación de la póliza 120 días para todos los amparos

6. Error en la declaración de la edad

7. Errores, omisiones e inexactitudes no intencionales

8. Extensión de amparo a muerte presunta por desaparición

9. Modificaciones a favor del asegurado

10. No exigencia de requisitos de asegurabilidad

11. Permanencia sin límite de edad

12. Límite de edad de ingreso setenta y cinco años

Deducibles. Para este ramo no opera deducibles

LISTADO DE ASEGURADOS: Se anexa relación de empleados sin embargo el número de personas sobre las cuales se debe cotizar es sobre 916 empleados

Texto Continua en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO No.1001748 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

PREVISORA SEGUROS

CERTIFICADO DE: CON REFACTURACION	**0**

POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICADO SE EXPIDE LA PÓLIZA ARRIBA MENCIONADA A SOLICITUD DEL ASEGURADO Y SEGÚN PROCESO LICITATORIO PRESENTADO.
$ 5.000.000

CIRCULAR INFORMATIVA DIRECCIÓN DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

Para: PERSONAL DE PLANTA Y TRANSITORIO

De: DIRECCIÓN DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

Asunto: RECLAMACIÓN PÓLIZA VIDA COLECTIVO

Fecha: AGOSTO 25 DE 2023

De manera atenta y de conformidad a los amparos otorgados por la póliza de vida grupo 1001748 de la Previsora S.A., me permito dar a conocer el trámite a seguir y los documentos que se deben aportar a la aseguradora, en caso de presentarse un siniestro:

Una vez ocurrido el hecho se debe informar inmediatamente a la Dirección de Servicios Institucionales para que 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 validarla 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 mayor 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 estánreclamando).
- 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 requisitosdeterminados 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. Cualquier información adicional con gusto será atendida en la Dirección, en la extensión 9164.

Agradezco la atención prestada,

Cordialmente,

CLAUDIA PATRICIA TORO NIÑO
Directora de Servicios Institucionales

Elaboró y proyectó: María Cristina Agudelo Franco