POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PEREIRA | COD. AGENCIA: | RAMO: | No. PÓLIZA: **994000000455** | ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **PARQUE TEMATICO DE FLORA Y FAUNA PEREIRA S.A.S.** | IDENTIFICACIÓN: NIT **900811423-7**

ASEGURADO: **EMPLEADOS PARQUE TEMATICO DE FLORA Y FAUNA** | IDENTIFICACIÓN:

BENEFICIARIO: **LOS DESIGNADOS O LOS DE LEY** | IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

De acuerdo a la negociación, dentro de este grupo también se puede incluir, al cónyuge o al compañero (a) permanente de los asegurados principales, a sus familiares (hijos, hijastros, hermanos, progenitores)

BENEFICIARIOS
Será la persona (s) designada (s) en la póliza por el asegurado o contratante como titular de los derechos indemnizatorios que se establecen en este documento. Su designación puede ser expresa o tácita y de libre nombramiento
Cuando no se designe beneficiario, o la designación se hiciere ineficaz o quedare sin efecto por cualquier causa, serán los de ley, conforme al artículo 1142 del Código de Comercio.

VIGENCIA TÉCNICA DEL SEGURO

Los amparos individualmente considerados solo entraran en vigor a partir de la fecha expresada en la carátula de la póliza. Independientemente del momento en que la persona ingrese al seguro, la presente póliza vence en la misma fecha para todo el grupo asegurado.

AMPAROS Y EXCLUSIONES

Aseguradora Solidaria De Colombia, Entidad Cooperativa, con estricta sujeción a los términos, condiciones y límites de suma asegurada, en consideración a las declaraciones del Tomador y de los asegurados individuales, consignadas en la presente póliza o sus anexos y en sus solicitudes, las cuales se incorporan a este contrato de seguro, cubre los riesgos relacionados, ocurridos durante la vigencia de este seguro, salvo las exclusiones consignadas en condiciones particulares y generales. Igualmente, forman parte del contrato, todas las declaraciones de asegurabilidad, los certificados médicos y cualquier otro documento, escrito y aceptado por las partes, que guarde relación con el presente contrato de seguro.

AMPARO BASICO

(MUERTE)
Amparar contra el riesgo de muerte a cada uno de los miembros del grupo asegurado, que ocurra dentro de la vigencia de la póliza, por una causa no excluida, incluyendo homicidio y suicidio desde el primer día de vigencia y cualquier patología diagnosticada (incluye VIH), medicamente y por primera vez dentro de la vigencia de la póliza.

AMPAROS ADICIONALES:
Entendidos como contratados, sujetos al respectivo pago de prima e inserción en la caratula y/o condiciones particulares de la póliza. Aplica con base en los textos forma Aseguradora Solidaria de Colombia según Condiciones Generales (clausulado) de la póliza:

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
Se cubre el presente amparo adicional de Incapacidad Total y Permanente, que al ser calificada de acuerdo con los criterios establecidos en el manual único de calificación de invalidez (decreto 1507 de 2014, o aquel vigente al momento de la calificación de la invalidez) sea igual o superior al 50% de la perdida de la capacidad laboral, siempre y cuando el evento generador y la fecha de estructuración de la misma se produzcan dentro de la vigencia de la póliza.
Para efectos de la presente cobertura, se tendrán en cuenta únicamente las normas emitidas en materia de régimen en seguridad social colombiana vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación (Fondo De Pensiones, ARL, Junta Regional O Nacional De Calificación De Invalidez sin que sea posible la aplicación de los Manuales de Calificación de Invalidez aplicables a los regímenes especiales o exceptuados de la ley 100 de 1993

Una vez pagada la indemnización por Incapacidad Total y Permanente, Aseguradora Solidaria De Colombia, Entidad Cooperativa, quedará libre de toda responsabilidad en lo que refiere al amparo básico del asegurado incapacitado.

INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL
Cubre la muerte accidental que sufra el asegurado como consecuencia de un accidente amparado por la póliza, siempre y cuando este ocurra dentro de los 365 días siguientes a la fecha del accidente.
Definición de Accidente:
Para los efectos de esta póliza se entenderá por accidente el suceso imprevisto, repentino, violento de origen externo que, en forma directa y exclusiva, produzca la muerte, lesiones corporales o alteraciones funcionales permanentes o pasajeras medicamente comprobadas que no hayan sido provocadas deliberadamente por el asegurado.

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PEREIRA | COD. AGENCIA: | RAMO: | No. PÓLIZA: **994000000455** | ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **PARQUE TEMATICO DE FLORA Y FAUNA PEREIRA S.A.S.** | IDENTIFICACIÓN: NIT **900811423-7**

ASEGURADO: **EMPLEADOS PARQUE TEMATICO DE FLORA Y FAUNA** | IDENTIFICACIÓN:

BENEFICIARIO: **LOS DESIGNADOS O LOS DE LEY** | IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE
Si durante la vigencia de la póliza, y como consecuencia directa de una lesión corporal causada por un accidente, e independiente de cualquier otra causa, el asegurado, dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la ocurrencia del accidente, se viera precisado a recibir atención médica, someterse a intervención quirúrgica, hospitalizarse o recibir cualquier clase de asistencia médica necesaria para el restablecimiento de su salud, Aseguradora Solidaria De Colombia, Entidad Cooperativa, reembolsará el valor de dichas asistencias hasta el valor asegurado.
Cuando el accidente sea por accidente de tránsito, la cobertura operara en exceso del SOAT y FOSYGA

AUXILIO FUNERARIO
Si durante la vigencia de la póliza el asegurado llegare a fallecer, a consecuencia de un evento amparado, la compañía indemnizara el valor asegurado, Indicado en la caratula de la Póliza.

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA
ASEGURADO PRINCIPAL
AMPARO EDAD MINIMA DE INGRESO EDAD MÁXIMA DE INGRESO EDAD DE PERMANENCIA
BASICO (MUERTE), CANASTA, AUXILIO FUNERARIO 14 años 70 años más 364 días Indefinida o hasta la fecha en que deje de pertenecer al grupo asegurado

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE 14 años 64 años más 364 días 65 años más 364 días
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL 14 años 64 años más 364 días 65 años más 364 días
ENFERMEDADES GRAVES 14 años 59 años más 364 días 65 años más 364 días
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION 14 años 64 años más 364 días 65 años más 364 días
GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE 14 años 59 años más 364 días 65 años más 364 días
RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE
14 años 64 años más 364 días 65 años más 364 días

VALORES ASEGURADOS
ASEGURADO PRINCIPAL
AMPARO OPCION 1
BASICO (MUERTE) $20.000.000
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE $20.000.000
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL $20.000.000
GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE $2.000.000
AUXILIO FUNERARIO $3.000.000
PRIMA SEGÚN OFERTA ECONOMICA

CLAUSULAS ADICIONALES
REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD:
Sin requisitos de asegurabilidad.

AMPARO AUTOMÁTICO CON DILIGENCIAMIENTO DE ASEGURABILIDAD:
El amparo bajo esta póliza será automático hasta 30 días para el asegurado principal siempre que su edad no supere los 70 años y su valor asegurado individual no sea superior a ($20.000.000), y que en su declaración de asegurabilidad (formato suministrado por Aseguradora Solidaria de Colombia) haya manifestado estar en buen estado de salud, estos es que no padezca ni haya padecido ninguna enfermedad previa al ingreso de 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, en caso de presentarse siniestro a causa de una enfermedad diagnosticada o tratada antes de la fecha de ingreso a la póliza, la Aseguradora, dará plena aplicación a los artículos 1058 y 1158 del Código del Comercio.
La Compañía se reserva el derecho a solicitar la información médica requerida del asegurado con el fin de verificar las declaraciones presentadas.

CLAUSULA DE PREEXISTENCIAS
Con sujeción a lo estipulado en el código de comercio y en las condiciones generales, el amparo bajo esta póliza será automático SIN el diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad para los Asegurados cuya edad no supere los (edad estipulada de acuerdo a análisis previo) años más 364 días y su valor Asegurado no sea superior a (valor estipulado de acuerdo a análisis previo) XXXX MILLONES DE PESOS M/CTE ($XX.000.000) en el cúmulo de uno o varios planes, los demás asegurados que superen la edad y el valor asegurado deben diligenciar la declaración de asegurabilidad
Con sujeción a lo estipulado en el párrafo anterior, se ratifica que para los planes asegurados que sean desembolsados bajo esta condición, se cubrirán las preexistencias en el amparo Básico de Vida (Muerte por Cualquier Causa).

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PEREIRA | COD. AGENCIA: | RAMO: | No. PÓLIZA: **994000000455** | ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **PARQUE TEMATICO DE FLORA Y FAUNA PEREIRA S.A.S.** | IDENTIFICACIÓN: NIT **900811423-7**

ASEGURADO: **EMPLEADOS PARQUE TEMATICO DE FLORA Y FAUNA** | IDENTIFICACIÓN:

BENEFICIARIO: **LOS DESIGNADOS O LOS DE LEY** | IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

CLAUSULA DE REVISIÓN SEMESTRAL DE SINIESTRALIDAD

Se realizará la revisión semestral de la siniestralidad de la póliza (siniestros incurridos (divido) / primas devengadas), y en el evento que el índice de siniestralidad supere el 50% (índice máximo establecido) se realizará un ajuste a la tasa mensual igual que a las condiciones particulares pactadas.

MAXIMO VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL

Se tendrá en cuenta que el máximo valor asegurado individual para personas con edad comprendida entre 18 años y 70 años más 364 días, la suma de ($20.000.000) en uno o varios planes, siempre que haya cumplido con requisitos de asegurabilidad

CLAUSULA DE EXTRAPRIMA AUTOMÁTICA

La Compañía acepta la aplicación de una extraprima automática del 60% para aquellos Asegurados que declaren una sola de las patologías relacionadas a continuación:

- Hipertensión Arterial
- Dislipidemia (Colesterol y/o Triglicéridos Elevados

- Si el Sobrepeso (Índice de Masa Corporal (IMC) es mayor a 29 y menor de 40
  IMC = Peso (kg) / Estatura (mt) ^2

CLAUSULA CONTINUIDAD DE COBERTURA

Aseguradora Solidaria De Colombia, Entidad Cooperativa, otorga al grupo asegurado vigente al momento de expedición de la presente póliza continuidad de la cobertura que tuvieran con otra aseguradora, con valor asegurado hasta (20.000.000) y edad hasta 64 años + 364 días. lo cual implica que se amparan las coberturas contratadas y hasta por el monto del valor asegurado, aceptando dichos riesgos en el estado en que se encuentren y en iguales condiciones de edad, estado de salud, calificación de extraprimas, porcentajes, limitaciones de cobertura y causas.

Para efectos de las preexistencias se cubren las que se hayan admitido en la póliza anterior, excepto para el amparo de incapacidad total y permanente, toda vez que su cobertura y por consiguiente la responsabilidad de la compañía se va a establecer con base en la fecha del evento generador o estructuración de la incapacidad.

En lo no previsto en esta cláusula se aplicarán los términos, condiciones y cláusulas definidas por Aseguradora Solidaria De Colombia, Entidad Cooperativa en sus condiciones generales y particulares, incluyendo, pero no limitado a las edades de permanencia.

En virtud de esta cláusula, Aseguradora Solidaria De Colombia Entidad Cooperativa, se subroga en los mismos derechos y obligaciones que podrían haber asistido a la aseguradora que tenía el riesgo en la vigencia inmediatamente anterior, para tal efecto se deja consignada la obligación del tomador consistente en suministrar a la Aseguradora Solidaria De Colombia; entidad cooperativa. relación de las personas aseguradas en la compañía anterior con la siguiente información, nombres, apellidos, número del documento de identidad, fecha de nacimiento, suma asegurada, coberturas contratadas, limitación de cobertura, anotando si existe algún tipo de extra prima por salud u ocupación, su respectivo porcentaje y causa, anexando la solicitud individual de seguro diligenciada por cada asegurado; las personas que superen los límites establecidos en esta cláusula deberán cumplir con los requisitos de asegurabilidad que Aseguradora Solidaria De Colombia; Entidad Cooperativa, estime convenientes.

CONDICIONES ESPECIALES

No obstante, lo estipulado en las Condiciones Generales de la póliza, en el capítulo XXXXXXXXXXXXXXXX, la cobertura se extiende a amparar:

_____
_____
_____
_____

No obstante, lo estipulado en las Condiciones Generales de la póliza, en el capítulo XXXXXXXXXXXXXXXX, la cobertura se extiende a amparar:

_____
_____
_____
_____

ACUERDO DE SERVICIO.

Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa, cumple con la obligación establecida en el artículo 1046 del código de comercio al igual que el articulo 3 numeral c del estatuto del consumidor financiero con la entrega al tomador de las condiciones generales y particulares del seguro, por lo cual se establece entre la compañía y el tomador el acuerdo de servicio documentado en el cual se indica la disposición al asegurado de la información transparente, precisa, clara, veraz, oportuna y verificable, sobre las características propias del seguro ofrecido y/o contratado.

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PEREIRA | COD. AGENCIA: | RAMO: | No. PÓLIZA: **994000000455** | ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **PARQUE TEMATICO DE FLORA Y FAUNA PEREIRA S.A.S.** | IDENTIFICACIÓN: NIT **900811423-7**

ASEGURADO: **EMPLEADOS PARQUE TEMATICO DE FLORA Y FAUNA** | IDENTIFICACIÓN:

BENEFICIARIO: **LOS DESIGNADOS O LOS DE LEY** | IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

ANTECEDENTES DE SINIESTRALIDAD

La presente propuesta fue elaborada con base en la información reportada de siniestralidad. Si por alguna circunstancia dicha información no coincide con la presentada al momento de realizar la emisión, la compañía ajustará las condiciones iniciales para adecuarlas a las reales.

Año Valor Siniestralidad

GARANTÍAS EXIGIDAS AL TOMADOR Y/O ASEGURADO

" Suministro oportuno de listado actualizado de asegurados.
" 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 la solicitud individual de Seguro Forma (FM-SUSV-2)

AUTORIZACIÓN PARA CENTRALES DE RIESGO.

El(los) asegurado(s) autoriza(n) de manera expresa y voluntaria a Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa, o a quien represente sus derechos a consultar, almacenar, administrar, transferir, procesar y reportar mi información a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas respecto al comportamiento crediticio financiero y comercial.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.

El(los) asegurado(s) declara(n) que Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa le(s) ha informado: 1) que la política de tratamiento de datos y el manual de tratamiento de datos personales se encuentran en la página web: https://www.aseguradorasolidaria.com.co; 2) que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas;3)que como titular de la información, le(s) asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. en especial, le(s) asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre el(ellos), derecho que se puede ejercer a través de la línea de protección de datos establecida en la página web y el correo electrónico tratamientodatos@solidaria.com.co.

autoriza(n) de manera previa, expresa e informada a Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, en adelante la aseguradora, que actuará como responsable del tratamiento y en tal virtud podrá recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, incluyendo datos financieros, crediticios, sensibles y de menores en calidad de su representante legal, para las siguientes finalidades: i)el trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor ii) el proceso de negociación de contratos con la aseguradora, incluyendo la determinación de primas, la selección de riesgos y toda la fase precontractual iii) la ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre. iv) el control y la prevención del fraude. v) la liquidación y pago de siniestros. vi)todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado, incluida la gestión y cobro de cartera. vii) controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al sistema general de seguridad social integral viii) la elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora. ix) envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora. x) realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la aseguradora y/o el intermediario de seguros, xi) intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia, xii) la prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo. xiii) recolectar su(s) datos personales sensibles como: datos biométricos, las huellas dactilares, la historia clínica y datos sobre el estado de salud, aún después de su fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de su historia clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012. xiv) recolectar los datos personales de sus hijos menores de edad en su calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013.xv) transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012.el tratamiento podrá ser realizado directamente por la aseguradora o por lo encargados del tratamiento que ella considere necesarios. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: i) las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de la aseguradora. ii) los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la aseguradora y/o el intermediario de seguros, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros. iii) los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro. iv) las personas con las cuales la aseguradora y/o el intermediario de seguros adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de coaseguro o reaseguro. v)fasecolda, inverfas s.a. y el inif, personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al sistema general de seguridad social integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales responsables y encargados del tratamiento de la información: que el responsable del tratamiento de la

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PEREIRA | COD. AGENCIA: | RAMO: | No. PÓLIZA: **994000000455** | ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **PARQUE TEMATICO DE FLORA Y FAUNA PEREIRA S.A.S.** IDENTIFICACIÓN: NIT **900811423-7**

ASEGURADO: **EMPLEADOS PARQUE TEMATICO DE FLORA Y FAUNA** IDENTIFICACIÓN:

BENEFICIARIO: **LOS DESIGNADOS O LOS DE LEY** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

con lo anterior, de manera expresa autoriza(n) el tratamiento de los datos personales, incluidos los sensibles y de menores en calidad de su representante legal, y autoriza(n), de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que le(s) fueron informados en este documento.
CANALES AUTORIZADOS.
Declaración y autorización: declara(n) conocer y estar informado(s) que los canales que a continuación se relacionan, cuyos datos veraces y fidedignos ha(n) suministrado voluntariamente en el presente documento, pueden ser utilizados por la aseguradora para realizar gestiones de cobranza, así como para el envío de mensajes publicitarios a través de mensajes cortos de texto (sms), mensajería por aplicaciones web, correos electrónicos y llamadas telefónicas de carácter comercial o publicitario, todo dentro del marco legal aplicable. de esta manera, autoriza(n) expresamente para ser contactado(s) por la aseguradora y/o sus gestores comerciales, de cobranza e intermediarios, para los fines mencionados en la presente declaración, mediante los canales de: presencial, llamadas, correo electrónico y en algunos casos mensajes de texto y whatsapp por medio de gestión automática. en caso que desee cambiar el canal de contacto o tener un canal exclusivo para la gestión de cobranza, por favor informar al correo electrónico: gestiondecartera@solidaria.com.co, para fines comerciales por favor informar al correo gestioncomercial@solidaria.com.co y para modificar o actualizar sus datos de contacto por favor ingresar a: https://www.solidaria.com.co/wa_digitalclient/#/login

PLAZO PARA EL PAGO DE LA PRIMA
LA COMPAÑÍA y el Tomador podrán establecer un convenio en el que se establezca una fecha de pago determinada, estipulada en el certificado de seguro que le sea entregado, Para esta póliza el plazo para el pago de las primas recaudadas será de 30 días. Si las cuotas de las primas no fueren pagadas en el plazo establecido con el tomador del seguro, se producirá la terminación automática del contrato de seguro y LA COMPAÑÍA quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la terminación de dicho plazo según lo establece el artículo 1152 del Código de Comercio.

PLAZO PARA EL AVISO DE SINIESTRO:
Una vez conocido o debido conocer La afectación del riesgo el asegurado aplicara lo indicado Art. 1081 del Código de Comercio

REPORTE DE NOVEDADES:
Los ingresos o modificaciones de valor asegurado de las personas aseguradas, deben ser solicitados por escrito por el tomador adjuntando la solicitud de seguro individual, debidamente diligenciada.

PLAZO PARA LA DEFINICION DE SINIESTROS:
Según lo dispuesto por el artículo 1080 del Código de Comercio, LA COMPAÑÍA pagará la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite la ocurrencia del siniestro y su cuantía de conformidad con lo establecido en el artículo 1077 del Código de Comercio.

REVOCACIÓN UNILATERAL
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 30 días.

RENOVACION
La presente póliza es renovable anualmente a voluntad de las partes contratantes. Si las partes con una anticipación no menor de un mes a la fecha de su vencimiento no manifiesten lo contrario, el contrato se entenderá renovado automáticamente por un periodo igual al pactado, sin perjuicio de lo pactado en la condición séptima de la presente póliza.

DOCUMENTOS SUGERIDOS EN CASO DE RECLAMACIÓN
MUERTE, AUXILIO FUNERARIO, CANASTA

" Solicitud Individual Seguro de Vida, (de acuerdo a lo acordado)
" FUCC (Documento conocimiento del cliente)
" Fotocopia de la cédula o registro civil de nacimiento del asegurado
" Registro civil de defunción
" Certificado médico prueba de defunción y/o Historia Clínica completa, sí la muerte fue natural, donde se establezca la enfermedad, fecha de diagnostico
" Acta de levantamiento de cadáver y/o informe de la fiscalía en caso de muerte Accidental.
" Documentos que acrediten la identidad de los Beneficiarios designados y el parentesco.
" En caso de beneficiarios de Ley, 2 Declaraciones extra proceso que indiquen la existencia con mejor o Igual derechos adquiridos

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

" Solicitud Individual Seguro de Vida, (de acuerdo a lo acordado)

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PEREIRA | COD. AGENCIA: | RAMO: | No. PÓLIZA: **994000000455** | ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **PARQUE TEMATICO DE FLORA Y FAUNA PEREIRA S.A.S.** | IDENTIFICACIÓN: NIT **900811423-7**

ASEGURADO: **EMPLEADOS PARQUE TEMATICO DE FLORA Y FAUNA** | IDENTIFICACIÓN:

BENEFICIARIO: **LOS DESIGNADOS O LOS DE LEY** | IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

" FUCC (Documento conocimiento del cliente)
" Calificación de la incapacidad total y permanente, emitida por la entidad competente (Junta de calificación) de acuerdo con la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios y/o Historia clínica completa que permita establecer la pérdida de la capacidad laboral.
" Formulario de reclamación y/o carta formal de reclamación suscrita por el asegurado
" Fotocopia de la cédula o registro civil de nacimiento del asegurado

INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACION

" FUCC (Documento conocimiento del cliente)
" Historia clínica completa del asegurado (antes de ingresar a la póliza y en el momento del accidente, sí es el caso.
" Fotocopia de la cédula o registro civil de nacimiento del asegurado
" Dictamen de calificación de invalidez de la EPS o de la Junta calificadora Regional
ENFERMEDADES GRAVES

" Solicitud Individual Seguro de Vida, (de acuerdo a lo acordado)
" FUCC (Documento conocimiento del cliente)
" Fotocopia de la cédula o registro civil de nacimiento del asegurado
" Historia clínica y/o informe médico que permita establecer la existencia de la enfermedad, tiempo estimado del padecimiento de la misma, fecha de diagnóstico tratamiento requerido
" Formulario de reclamación

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION, RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL,

" Solicitud Individual Seguro de Vida, (de acuerdo a lo acordado)
" FUCC (Documento conocimiento del cliente)
" Historia clínica completa del asegurado
" Certificado del número de días de hospitalización de la clínica y/o incapacidad, acompañado del resumen de la historia clínica completa de la atención.
" Fotocopia de la cédula o registro civil de nacimiento del asegurado.
" Formulario de reclamación.

GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE
" FUCC (Documento conocimiento del cliente)
" Historia clínica completa del asegurado
" Fotocopia de la cédula o registro civil de nacimiento del asegurado.
" Formulario de reclamación
" El asegurado puede acudir al centro médico de su preferencia y los gastos causados serán reembolsados a quien demuestre haber efectuado el pago por medio de fórmulas médicas y facturas debidamente elaboradas de acuerdo a normas DIAN y Código De Comercio, siempre y cuando cumpla las condiciones del clausulado general

Lo anterior, sin perjuicio de la facultad de Aseguradora Solidaria De Colombia, Entidad Cooperativa, para exigir cualquier otra prueba o documento que estime conveniente y guarde relación con la reclamación, y de facultad del beneficiario de acreditar la ocurrencia del siniestro por cualquier medio probatorio reconocido por la Ley.

CLAUSULADO:
Aplican los textos Aseguradora Solidaria de Colombia según Condiciones Generales (clausulado) contenidas en la Forma Cód. 13/08/2020-1502-P-34-PERSO-CL-SUSV-18-DR0I