

RAMO: VIDA GRUPO	
N° PÓLIZA MATRIZ:	1780/0

Vida Grupo HM Beneficios

DATOS DEL TOMADOR

Nombre del tomador EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.	Tipo documento NIT	Número de documento 800063823
Dirección CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA		Ciudad Pereira
Correo Electrónico talentohumano@epq.gov.co		Celular 6067441784
Intermediario	1308-ADMINISTRADORA DE SEGUROS Y COMPAÑIA LIMITADA AGENCIA DE SEG	

DATOS DE LA PÓLIZA

TIPO DE PÓLIZA	COLECTIVA				VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ						
					DESDE	HASTA					
					11	10	2025	10	10	2026	
N° ASEGURADOS	106	FECHA DE EMISIÓN	11	10	2.025	PERIODICIDAD DE PAGO	Anual	FORMA DE PAGO	Aviso		

COASEGURO

CEDIDO

ACEPTADO

COMPAÑIA

CÓDIGO

% PORCENTAJE PARTICIPACIÓN

¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Coberturas	Días	Valor Asegurado Total
Plan único 35 millones		
Muerte por Cualquier Causa		BASICA 35.000.000,00
Incapacidad Total y Permanente		ADICIONAL 35.000.000,00
Renta por Muerte por Cualquier Causa		ADICIONAL 3.600.000,00
Indemnización Adicional por Muerte Accidental		ADICIONAL 35.000.000,00
Beneficios por Desmembración o Pérdida Funcional Accidental		ADICIONAL 35.000.000,00
Renta Diaria por Hospitalización e Incapacidad Total Temporal Post Hospitalaria	- Cubre hasta 15	ADICIONAL 450.000,00
Auxilio por Licencia de Maternidad y/o Paternidad		ADICIONAL 300.000,00
Renta Diaria por Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos (uci)	- Cubre hasta 5	ADICIONAL 150.000,00
Incapacidad Total Temporal	- Cubre hasta 180	ADICIONAL 5.400.000,00
Auxilio Exequial		ADICIONAL 3.500.000,00
Enfermedades Graves Intermedio		ADICIONAL 17.500.000,00
		PRIMA SIN IVA 357 350,00

¿QUÉ NO CUBRE ESTE SEGURO?

Para todos los amparos de tu póliza, no tendrás cobertura si la solicitud de indemnización es consecuencia de:

A. Patologías o enfermedades, físicas o mentales, congénitas o adquiridas que sean preexistentes, es decir, que hayan sido diagnosticadas, o conocidas por el asegurado, o por la cual se haya recibido tratamiento, y no hayan sido declaradas por el asegurado con anterioridad al inicio de vigencia del seguro. B. Tu participación en actividades ilícitas C. Suicidio, intento de suicidio, salvo el cubierto una vez transcurrido el periodo de carencia definido en las condiciones particulares. D. Enfermedades que ocurran o se diagnostiquen como consecuencia del consumo de bebidas embriagantes o de drogas tóxicas, heroicas o alucinógenas. E. Si mueres como consecuencia de guerra civil y/o internacional.

Ten Presente!: Existen exclusiones adicionales aplicables a cada uno de los amparos adicionales que se te hayan sido otorgados, podrás consultarlas en su respectivo anexo.

RAMO: VIDA GRUPO

Vida Grupo HM Beneficios

N° PÓLIZA MATRIZ:

1780/0

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web www.colmenaseguros.com/seguros-personas/

2. Además de las causales de terminación contempladas en la ley, el presente seguro termina cuando: 1. Por la falta de pago de la prima, vencido un plazo de 30 días calendario. 2. Al vencimiento del término de la vigencia de la póliza, si ésta no se renueva por tu decisión, la del Tomador o Colmena Seguros de Vida S.A. 3. Cuando tu o el Tomador revoquen por escrito la póliza. 4. Cuando dejes de pertenecer al grupo asegurado. 5. Cuando el Tomador solicite la exclusión del asegurado de la póliza, salvo en la modalidad de seguro Contributivo. 6. Cuando cumplas la edad máxima de permanencia estipulada para cada uno de los amparos de la póliza. 7. Cuando Colmena Seguros de Vida S.A. te indemnice por la cobertura de incapacidad total y permanente.

3. En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, te recomendamos mantenerse informado al respecto consultando de forma periódica nuestro portal web: www.colmenaseguros.com, ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com

AUTORIZACIONES

- a. Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza de Vida Grupo.
- b. Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro
- La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: www.colmenaseguros.com, ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- c. Autorización Historia Clínica: Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981 o cualquier otra norma que la desarrolle, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.
- d. Si el amparo afectado es el de Incapacidad Total Temporal, Incapacidad Parcial Permanente, Licencia por Maternidad y/o Paternidad, y el siniestro es procedente, autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A. para que el valor de la indemnización de estos amparos sea pagados al tomador de la póliza, siempre que así lo indiquen las condiciones particulares.

Lugar y fecha de Expedición de Póliza Matriz

Pereira

30 10 2023



FIRMA AUTORIZADA

Colmena Seguros de Vida S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC - 01/02/2022-1432-A-34-34220-VI_02