

Montería, julio de 2026

Doctor(a)
ALCALDIA MUNICIPAL DE PLANETA RICA
Planeta Rica - Córdoba

Asunto: Información para la elaboración de Estudios Previos relacionados con el proceso de selección para la adquisición de seguros Póliza de Vida Grupo

Respetado doctor(a):

En atención a su amable solicitud Vía correo electrónico, recibida el día 22 del mes de julio del año 2026 con número de radicado , y con el único fin de colaborar con la Entidad en la elaboración de los Estudios Previos del proceso de selección de la Aseguradora que atenderá el Programa de Seguros que se pretende adelantar, **nos permitimos colocar a su consideración un dato estimado de lo que podría llegar a ser el valor de la “prima” a pagar como contraprestación en un contrato estatal de seguro** con características similares a las que nos han sido informadas por ustedes.

Lo anterior, **sin perjuicio de hacer claridad en que los datos aquí contenidos no constituyen cotización u oferta alguna**, toda vez que para que ello fuera así, sería necesario conocer todos los detalles que informan la pretendida contratación y efectuar al detalle el análisis técnico particular del riesgo que se pretende sea asumido por los oferentes, así como los términos del proceso de selección que deba adelantar la Entidad.

En consecuencia, resumimos la **información estimada solicitada**, así:

RAMO - PRODUCTO	VALOR ASEGURADO	VIGENCIA	PRIMA NETA	IVA (0_%)	PRIMA TOTAL
POLIZA DE VIDA GRUPO	VER DESCRIPCION	12 MESES	\$25.0000.000	\$0.00	\$25.000.000
TOMADOR MUNICIPIO DE PLANETA RICA VIGENCIA DEL SEGURO Un año, con fecha de inicio según se indique en la carátula de la póliza. GRUPO ASEGURADO Serán aseguradas las personas vinculadas con la entidad tomadora en calidad de asegurados, siempre y cuando sean informadas por el tomador. De conformidad con la información suministrada para la elaboración de estos términos, el grupo asegurado está conformado por un grupo mínimo de 17 Asegurados; en caso de ser inferior, PREVISORA SEGUROS podrá ajustar					

estos términos reservándose la facultad de no suscribir la póliza correspondiente.

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Todo miembro del grupo asegurable podrá obtener los amparos a los que se refiere esta póliza, siempre y cuando cumplan con los siguientes requisitos:

- Edad Mínima de Ingreso para todos los Amparos: 12 años – Mujeres 14 años - Hombres

AMPAROS	EDAD MÁXIMA DE O	EDAD DE PERMANENCIA
VIDA (BÁSICO)	75	100
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	70	80
BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN	70	80
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL	70	80
ENFERMEDADES GRAVES COMO ANTICIPO	65	75

MÁXIMO VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL

Conforme a la información reportada por el tomador el máximo valor asegurado individual en el amparo básico será de \$136,494,640 , por tanto PREVISORA SEGUROS no será responsable en una sola vida, por sumas aseguradas superiores a este valor.

En ningún caso PREVISORA SEGUROS será responsable por una suma asegurada acumulada en una sola vida, en una o más pólizas contratadas con esta compañía por valor superior a \$1.000.000.000. En caso de superarse este monto Previsora Seguros pagará sólo hasta la concurrencia del límite ya indicado.

AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS

PREVISORA SEGUROS otorgará cobertura en los amparos cotizados, hasta los límites de valores asegurados, indicado en la carátula de la póliza:

AMPARO	DEFINICIÓN DEL AMPARO	VALOR ASEGURADO
--------	-----------------------	--------------------

VIDA (AMPARO BASICO)	EN CASO DE MUERTE DEL ASEGURADO POR CUALQUIER CAUSA QUE NO SE ENCUENTRE EXPRESAMENTE EXCLUIDA EN LOS DOCUMENTOS QUE HACEN PARTE INTEGRAL DE ESTA PÓLIZA, PREVISORA RECONOCERÁ AL BENEFICIARIO O BENEFICIARIOS LA SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL, LA CUAL SE ENCUENTRA FIJADA EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL SEGURO Y/O CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA. ESTA PÓLIZA CUBRIRÁ LA MUERTE DEL ASEGURADO POR SUICIDIO U HOMICIDIO. LAS PARTES, A TRAVÉS DE LAS CONDICIONES PARTICULARES, PODRÁN INCLUIR OTRAS CAUSAS A SER CUBIERTAS POR LA PÓLIZA. ESTA COBERTURA NO ES ACUMULABLE CON EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.	\$136,494,640	
-------------------------------------	---	----------------------	--

AMPAROS OPCIONALES

EN ADICIÓN AL AMPARO VIDA – BASICO, EL TOMADOR PODRÁ CONTRATAR SI LO DESEA TODOS O ALGUNO(S) DE LO(S) SIGUIENTE(S) AMPARO(S) Y DEBERÁN QUEDAR EXPRESAMENTE INDICADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

AMPARO	DEFINICIÓN DEL AMPARO	VALOR ASEGURADO
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	ANTE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO, QUE SE ESTRUCTURE DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO, PREVISORA RECONOCERÁ EL 100% DEL LÍMITE DEL VALOR INDIVIDUAL ASEGURADO INDICADO EN EL CERTIFICADO	\$136,494,640

	INDIVIDUAL DE SEGURO Y/O CONDICIONES PARTICULARES PARA ESTE AMPARO, PREVIA DEDUCCIÓN DE CUALQUIER SUMA QUE HAYA SIDO PAGADA O DEBA SER PAGADA DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LA CLÁUSULA VIGÉSIMA (REGLAS PARA EL PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES) DE ESTA PÓLIZA. PARA EFECTOS DE ESTE AMPARO, LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO SE ENTENDERÁ CONFIGURADA CUANDO, COMO RESULTADO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD, ESTE SUFRA LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES INCURABLES, QUE LE IMPIDAN DESEMPEÑAR CUALQUIERA DE LAS OCUPACIONES O EMPLEO REMUNERABLES PARA LOS CUALES ESTÁ RAZONABLEMENTE CALIFICADO POR RAZONES DE SU EDUCACIÓN, ENTRENAMIENTO O EXPERIENCIA, SIEMPRE QUE SE CUMPLAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES: 1. QUE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL DEL ASEGURADO HAYA SIDO CALIFICADA IGUAL O SUPERIOR AL 50%, CONFORME A LAS REGLAS			
--	---	--	--	--

	DEL MANUAL ÚNICO PARA LA CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL – DECRETO 1507 DE 2014, O LAS NORMAS QUE LO SUSTITUYAN O MODIFIQUEN, POR ENTIDAD COMPETENTE, DE ACUERDO CON LA NORMATIVA VIGENTE. EN TODO CASO, LA PREVISORA PODRÁ SOLICITAR LA REVISIÓN DE LA CALIFICACIÓN POR PARTE DE LA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, O DE LA JUNTA NACIONAL. 2. QUE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE ESTRUCTURE DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO. LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN SE ENTIENDE COMO LA FECHA SEÑALADA PARA TAL EFECTO EN EL DICTAMEN DE CALIFICACIÓN. 3. QUE EL PERIODO DE INCAPACIDAD PERSISTA POR UN PERIODO NO MENOR A 6 MESES CONSECUTIVOS. SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE EN LOS TÉRMINOS ANTES INDICADOS, SE CONSIDERA COMO TAL: LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS,			
--	--	--	--	--

	LA AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS O DE AMBOS PIES O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE, EVENTOS EN LOS CUALES NO SE REQUERIRÁ QUE TRANSCURRA EL PERIODO CONTINUO DE SEIS MESES CONSECUTIVOS DE INCAPACIDAD. PARA LOS EFECTOS DE ESTE AMPARO APLICAN LAS SIGUIENTES DEFINICIONES RESPECTO A LOS ÓRGANOS MIEMBROS QUE SE MENCIONAN: 1. AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS: LA AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA Y/O PERDIDA FUNCIONAL A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN RADIOCARPIANA. 2. AMPUTACIÓN DE AMBOS PIES: LA AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA Y/O PERDIDA FUNCIONAL A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN TIBIOTARSIANA. EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO EN EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE NO ES ACUMULABLE CON EL AMPARO BÁSICO DE VIDA Y, POR LO TANTO, UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, EL SEGURO DE VIDA GRUPO TERMINARÁ PARA EL ASEGURADO RESPECTIVO.			
--	--	--	--	--

ENFERMEDADES GRAVES COMO ANTICIPO	SI AL ASEGURADO LE ES DIAGNOSTICADA POR PRIMERA VEZ, POR UN MÉDICO AUTORIZADO ESPECIALISTA EN LA PATOLOGÍA, Y DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO, LA PRESENCIA DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES GRAVES, PREVISORA RECONOCERÁ AL ASEGURADO COMO ANTICIPO DEL AMPARO BÁSICO DE VIDA EL VALOR INDIVIDUAL ASEGURADO EQUIVALENTE AL PORCENTAJE SEÑALADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO Y/O CONDICIONES PARTICULARES. 1. CÁNCER. 2. ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR. 3. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y FALLOTOTAL CRÓNICO E IRREVERSIBLE DE AMBOS RIÑONES. 4. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. 5. TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES. 6. ENFERMEDAD CORONARIA. 7. ALZHEIMER. 8. ESTADO DE COMA. 9. ANEMIA APLÁSTICA. 10. PARKINSON. 11. GRAN QUEMADO. 12. ESCLEROSIS MÚLTIPLES 13. DEMÁS ENFERMEDADES QUE, DE ACUERDO CON EL ANÁLISIS DEL RIESGO, SE ESTABLEZCAN BAJO CONDICIÓN PARTICULAR	HASTA EL 70% EL AMPARO VIDA-BASICO	
--	---	---	--

	ESTE AMPARO TIENE PERIODO DE CARENCIA DE 90 DIAS, POR TANTO, SI CUALQUIERA DE LAS ENFERMEDADES QUE SE ENCUENTRAN CUBIERTAS SE DIAGNOSTICAN DENTRO DE LOS PRIMEROS 90 DÍAS DE COBERTURA, NO HABRÁ LUGAR A INDEMNIZACIÓN ESTE AMPARO ES EXCLUYENTE DEL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES COMO CAPITAL ADICIONAL Y EN CONSECUENCIA SÓLO SE PAGARÁ UNO DE ELLOS.			
INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL	SI COMO CONSECUENCIA DIRECTA Y EXCLUSIVA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA, EL ASEGURADO FALLECE, PREVISORA RECONOCERÁ AL BENEFICIARIO O BENEFICIARIOS EL LÍMITE DEL VALOR INDIVIDUAL ASEGURADO INDICADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO Y/O CONDICIONES PARTICULARES, SIEMPRE QUE LA MUERTE DEL ASEGURADO OCURRA DENTRO DE LOS 180 DÍAS SIGUIENTES AL EVENTO Y DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. PARA EFECTOS DE ESTE AMPARO, SE ENTIENDE POR ACCIDENTE TODO SUCESO EXTERNO, VIOLENTO, IMPREVISTO, REPENTINO E INDEPENDIENTE DE LA	\$136,494,640		

	VOLUNTAD DEL ASEGURADO, QUE CAUSE MUERTE Y ESTA SE ENCUENTRE CUBIERTA POR EL AMPARO BÁSICO DE ESTA PÓLIZA.			
DESMEMBRACIÓN E INCAPACIDAD FUNCIONAL PERMANENTE A CAUSA DE ACCIDENTE	PÉRDIDA FUNCIONAL O ANATÓMICA DE UNO DE SUS MIEMBROS U ÓRGANOS, O AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA, PREVISORA RECONOCERÁ AL ASEGURADO HASTA EL LÍMITE DE VALOR INDIVIDUAL ASEGURADO DE CONFORMIDAD CON LA TABLA DE INDEMNIZACIONES QUE SE INDICA EN EL NUMERAL 6 DE LA CLÁUSULA TERCERA (DEFINICIONES), SIEMPRE QUE EL EVENTO OCURRA DENTRO DE LOS 180 DÍAS SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE AMPARADO Y DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. SE ENTIENDE POR ACCIDENTE TODO SUCESO EXTERNO, VIOLENTO, IMPREVISTO, REPENTINO E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO, QUE CAUSE LESIÓN. PARA LOS EFECTOS DE ESTE AMPARO SE ENTENDERÁ POR PÉRDIDA FUNCIONAL O ANATÓMICA: A. AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS: LA AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA Y/O PERDIDA	\$136,494,640		

	FUNCIONAL A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN RADIOCARPIANA. B. AMPUTACIÓN DE AMBOS PIES: LA AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA Y/O PERDIDA FUNCIONAL A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN TIBIOTARSIANA. C. OJOS: LA PÉRDIDA O EL DAÑO TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN. ESTE AMPARO ES EXCLUYENTE DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE Y EN CONSECUENCIA SÓLO SE PAGARÁ UNO DE ELLOS.			
AUXILIO FUNERARIO	PREVISORA RECONOCERÁ AL BENEFICIARIO O BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE DEL ASEGURADO AMPARADO POR ESTE SEGURO, EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO INDICADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO Y/O CONDICIONES PARTICULARES PREVIA DEMOSTRACIÓN DEL FALLECIMIENTO, SIEMPRE Y CUANDO LA MUERTE HAYA SIDO ORIGINADA POR UN HECHO AMPARADO POR ESTE SEGURO.	\$10.000.000.00		
GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE	SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO BAJO ESTA PÓLIZA, EL ASEGURADO REQUIERE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, ATENCIÓN MÉDICA, QUIRÚRGICA,	\$10.000.000.00		

	HOSPITALARIA, FARMACÉUTICA, ODONTOLÓGICA Y DEMAS PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS, DENTRO DE LOS CIENTO VEINTE (120) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES DE LA OCURRENCIA DEL EVENTO, PREVISORA LE REEMBOLSARÁ LOS GASTOS EN QUE INCURRA PARA EL RESTABLECIMIENTO DE SU SALUD PREVISORA PODRÁ PRESTAR TODOS O ALGUNOS DE LOS SERVICIOS MÉDICOS REQUERIDOS A TRAVÉS DE IPS CON LAS CUALES TENGA ACUERDOS EN TODO CASO SIN EXCEDER EL VALOR INDIVIDUAL ASEGURADO INDICADO EN EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO Y/O CONDICIONES PARTICULARES PARA ESTE AMPARO. PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO, ACCIDENTE SIGNIFICA TODO SUCESO EXTERNO, VIOLENTO, IMPREVISTO, REPENTINO E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO, QUE CAUSE LESIONES CORPORALES EVIDENCIADAS POR CONTUSIONES, HERIDAS, LESIONES INTERNAS			
--	---	--	--	--

	MÉDICAMENTE COMPROBADAS. CUANDO SE TRATE DE UN ACCIDENTE DE TRÁNSITO, ESTE AMPARO OPERARÁ UNA VEZ SE CERTIFIQUE EL AGOTAMIENTO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA SOAT.			
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE	SI, COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO AMPARADO BAJO ESTA PÓLIZA, EL ASEGURADO SE ENCUENTRA RECLUIDO EN LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA O CLÍNICA, EN CONDICIÓN DE HOSPITALIZACIÓN POR MÁS DE 24 HORAS BAJO EL CUIDADO DE UN MÉDICO, LA PREVISORA RECONOCERÁ AL ASEGURADO EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CONDICIONES PARTICULARES PARA EL RESPECTIVO AMPARO, UNA SUMA DIARIA POR CADA DÍA QUE EL ASEGURADO ESTÉ HOSPITALIZADO. ES CONDICIÓN PARA LA PROCEDENCIA DE ESTE AMPARO QUE, LA ENFERMEDAD O LESIONES QUE HAYAN DADO LUGAR A LA HOSPITALIZACIÓN EN INSTITUCIÓN MÉDICA DE QUE TRATA EL PÁRRAFO PRIMERO ANTERIOR, SE HAYAN PRODUCIDO DESPUES DE TRANSCURRIDOS TREINTA 30 DÍAS CALENDARIO	\$100.000 DIARIOS		

	CONTINUOS, CONTADOS DESDE EL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. LA RENTA DIARIA PREVISTA EN ESTE AMPARO SE PAGARÁ DESDE EL SEGUNDO DÍA DE HOSPITALIZACIÓN Y CUBRIRÁ HASTA UN MÁXIMO DE TREINTA (30) DÍAS CONTINUOS O DISCONTINUOS POR EVENTO Y LIMITADO A TRES EVENTOS POR AÑO.			
RENTA CLÍNICA DIARIA POR INTERNAMIENTO EN UCI	SI, COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO AMPARADO BAJO ESTA PÓLIZA, EL ASEGURADO SE ENCUENTRA RECLUIDO EN CONDICIÓN DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA POR MÁS DE 24 HORAS, LA PREVISORA RECONOCERÁ AL ASEGURADO, EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CONDICIONES PARA ESTE AMPARO. CUANDO SE TRATE DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA, EL ASEGURADO DEBERÁ PERMANECER EN SU LUGAR DE DOMICILIO CON APARATOS MÉDICOS QUE LA INSTITUCIÓN MÉDICA LE INSTALE Y CON REGISTRO DE VISITAS DIARIAS CERTIFICADAS DEL MÉDICO TRATANTE Y ENFERMERAS, SI ES EL CASO. LAS ANTERIORES CONDICIONES SE DEBEN DAR POR SITUACIONES	\$100.000 DIARIOS		

	ESPECÍFICAS TALES COMO, LA NO EXISTENCIA DE SUFICIENTES CAMAS EN EL HOSPITAL PARA ATENDER LA DEMANDA Y/O QUE, LAS CONDICIONES PSICOLÓGICAS O MENTALES DEL PACIENTE REQUIEREN QUE SU RECUPERACIÓN SE LLEVE A CABO EN CASA, Y/O QUE EL PACIENTE HAYA SIDO DADO DE ALTA DE MANERA TEMPRANA PARA SU PROTECCIÓN. ES CONDICIÓN PARA LA PROCEDENCIA DE ESTE AMPARO QUE LA ENFERMEDAD O LESIONES QUE HAYAN DADO LUGAR A LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA DE QUE TRATA EL PÁRRAFO PRIMERO ANTERIOR, SE HAYAN PRODUCIDO DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS TREINTA 30 DÍAS CALENDARIO CONTINUOS, CONTADOS DESDE EL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. LA RENTA DIARIA PREVISTA EN ESTE AMPARO SE PAGARÁ, DESDE EL SEGUNDO DÍA DE HOSPITALIZACIÓN Y CUBRIRÁ HASTA UN MÁXIMO DE QUINCE (15) DÍAS CONTINUOS O DISCONTINUOS.			
BONO POR FALLECIMIENTO	MEDIANTE ESTE AMPARO, LA COMPAÑÍA PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS LA SUMA CONTRATADA COMO VALOR ASEGURADO POR ESTE CONCEPTO POR LA	\$1.000.000		

	MUERTE DEL ASEGURADO POR EVENTO AMPARADO POR ESTA PÓLIZA, PREVIA DEMOSTRACIÓN DEL FALLECIMIENTO, HASTA POR EL LÍMITE ASEGURADO	
--	---	--

*La definición de cada amparo también está contenida en las Condiciones Generales de PREVISORA SEGUROS, que se adjuntan.

NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO
RAMON EDUARDO CALLE CADAVID	03/08/1978
ALVAREZ MARTINEZ ANDRES JOSE	01/11/1977
AVILES SIERRA ELIGIO MANUEL	24/05/1985
BENITEZ ARRIETA LINA MARCELA	02/03/2000
COGOLLO TURIZO SEBASTIAN JOSE	27/11/1998
DURANGO DURANGO JESUS ADELANGEL	24/08/1990
HOYOS AVILEZ DAIRO HENRIQUE	26/10/1991
HOYOS DE LA OSSA DEYBYD RENE	05/08/1986
MARTINEZ DIAZ JAIME ANTONIO	23/06/1961
PARRA PEREZ LUZ MARY	29/01/1976
QUIROZ SANCHEZ IVAN DARIO	26/03/1978
RAMOS VELASQUEZ HERNEY MANUEL	21/02/1985
SIERRA RICARDO GREGORIA ISABEL	07/03/1972
URANGO BANDA GERALDINE	05/07/1995
URANGO MORENO JULIO ALEXYS	14/01/1979
VILLALBA MEJIA ANGELICA SOFIA	02/11/1994
JORGE EDUARDO RICARDO ESPITALETA	21/09/1985

VALOR DEL SEGURO

VALOR PÓLIZA ALCALDE	\$1.470.588.00
----------------------	----------------

VALOR PÓLIZA PERSONERO	\$1.470.588.00
VALOR PÓLIZA CONCEJALES	\$22.058.824.00
TOTAL PÓLIZA	\$25.000.000.00

EXCLUSIONES

Aplican las exclusiones contenidas en las condiciones generales de PREVISORA SEGUROS que se adjuntan.

Nota: Se mantiene la exclusión de epidemias y pandemias, sin embargo, se autoriza cobertura de Covid-19, bajo la siguiente condición:

- La cobertura empezará a partir de la orden de emisión por parte del cliente (sin retroactividad), siempre y cuando el diagnostico se realice con posterioridad a esta fecha, dentro de la vigencia de la póliza.

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

De acuerdo con la edad y valores asegurados serán los siguientes:

VALORES ASEGURADOS DESDE Y HASTA	MENORES A 60 AÑOS	MAYORES A 60 AÑOS
Hasta 60 SMMLV	0	1
Superior a 60 SMMLV y hasta 132 SMMLV	1	1
Superior a 132 SMMLV y hasta 230 SMMLV	1	2
Superior a 230 SMMLV	2	2

Convenciones

0.Exonerado. No se hace necesario ningún requisito de asegurabilidad, sin embargo, se sugiere designación de beneficiarios.

1.Declaración de Asegurabilidad (Forma FO_SPN_115-001, o el que se encuentre vigente), la compañía según el análisis podrá solicitar copia de Historia clínica de los últimos 6 meses.

2.Declaración de Asegurabilidad (Forma FO_SPN_115-001, o el que se encuentre vigente) y copia de Historia clínica de los últimos 6 meses.

NOTA: La compañía podrá solicitar más documentos, si son necesarios para el análisis de asegurabilidad.

CLÁUSULAS OBLIGATORIAS O PARTICULARES Y/O GARANTIAS

- Entrega de reporte de listado actualizado de asegurados previo inicio de vigencia.

•Previo al ingreso de cualquier asegurado, según lo definido en los presentes términos, el tomador tendrá la obligación de hacer que el mismo solicitante diligencie completamente la declaración de asegurabilidad propuesta por la Aseguradora

REPORTE DE NOVEDADES

Las modificaciones, ingresos y retiros deberán ser reportados dentro los 30 días siguientes al ingreso a la póliza.

COBERTURA DE SINIESTROS COMO CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES

Todos los solicitantes que no requieran cumplimiento de requisitos de asegurabilidad, según lo definido en las presentes condiciones (requisitos de asegurabilidad, convención 0), tendrán cobertura para siniestros originados como consecuencia de eventos o enfermedades preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

Aquellos solicitantes que por valor asegurado y/o edad deban cumplir con requisitos de asegurabilidad, según lo definido en las condiciones particulares y declaren agravaciones de riesgo en su estado de salud, tendrán cobertura para siniestros originados como consecuencia de eventos o enfermedades preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, si el asegurado declaró la agravación del riesgo y la misma fuere aceptada de forma expresa por el Previsora Seguros S.A.

COBERTURA AUTOMÁTICA PARA ENFERMEDADES PREEXISTENTES

Si al ingreso a la póliza, el solicitante declara padecer una de las patologías a continuación relacionadas, se otorgará cobertura sin aplicación de extra prima:

- 1.Hipotiroidismo
- 2.Hipertiroidismo
- 3.Hipertensión arterial
- 4.Dislipidemia
- 5.Hiperlipidemia
- 6.Obesidad o bajo peso. En los rangos entre mayor o igual a 18.5 y menor o igual a 30 de Índice de Masa Corporal (IMC)

En caso de padecer dos o más patologías de las enunciadas, o cualquier otro tipo de patología, PREVISORA SEGUROS, se reserva la facultad de extraprimar, rechazar, o solicitar documentos o requisitos de asegurabilidad adicionales.

AMPARO AUTOMÁTICO

Se otorga amparo automático hasta por 30 días calendario para las personas que entren a formar parte del grupo asegurado.

Para solicitantes y/o asegurados que por valor asegurado y/o edad deban cumplir con requisitos de asegurabilidad según lo definido en las condiciones particulares, se otorgará este amparo automático siempre que cumplan con las siguientes garantías:

- Diligenciamiento del formato de declaración de asegurabilidad (FO_SPN_115-001) declarando perfecto estado de salud (esto es no marcar afirmativamente alguna enfermedad de las allí enunciadas)
- Valor asegurado igual o inferior a \$136,494,640.00

En caso que el tomador informe personas que no cumplan con los requisitos establecidos en el presente amparo o no los informe en el término previsto en las condiciones, el solicitante no se entenderá asegurado y la responsabilidad de PREVISORA SEGUROS se limitará a la devolución de la prima.

NOTA: En los casos en los que no se alcance a cumplir con las garantías definidas y se presente siniestro dentro del plazo estipulado en la presente cláusula, la responsabilidad de PREVISORA SEGUROS se limitará a indemnizar hasta el monto exonerado de cumplimiento de requisitos de asegurabilidad.

SOLICITUD DE INGRESOS Y MODIFICACIONES

Los ingresos o modificaciones de valor asegurado de las personas solicitantes, deberán ser reportados por escrito por el tomador adjuntando la declaración de asegurabilidad (FO_SPN_115-001) debidamente diligenciada. PREVISORA SEGUROS se reserva el derecho de admitirlos, rechazarlos, extra primarlos o de solicitar los requisitos de asegurabilidad que estime necesarios.

CLÁUSULA DE CONTINUIDAD

Se otorga continuidad de cobertura para el grupo asegurado actual en las mismas condiciones de salud y valor asegurado individual que traen en la compañía aseguradora anterior. En los demás términos aplicarán los contenidos en las condiciones generales y particulares de PREVISORA SEGUROS. Por tanto, PREVISORA SEGUROS asume los derechos que podrían haber asistido a la aseguradora anterior.

Para efecto de la presente cláusula, el tomador se obliga a suministrar previo a la expedición de la póliza, la relación de las personas aseguradas en la

Compañía anterior, anotando si existe algún tipo de extra prima, su respectivo porcentaje y causa, anexando certificación de la compañía anterior o copia de las condiciones de la póliza anterior donde conste lo anteriormente relacionado; las personas que superen el límite de valor asegurado establecido en esta cláusula, deberá cumplir con los requisitos de asegurabilidad.

Se entiende continuidad de cobertura cuando no se hayan presentado periodos de interrupción de vigencia en el cambio de compañía.

FORMA DE COBRO Y REPORTE DEL TOMADOR

El tomador pagará las primas A LOS 30 DÍAS MAXIMO, contados a partir de la fecha de expedición de la póliza, según reporte que este suministre a PREVISORA SEGUROS el cual le deberá ser enviado en físico y/o en medio magnético; en cumplimiento de la normatividad que crea y regula el Registro Único de Seguros - RUS, y en especial la ley 1328 de 2009 y los decretos 2555 y 2775 de 2010. Este reporte debe contener como mínimo la siguiente información de asegurados y beneficiarios:

- Nombres y apellidos
- Fecha de Nacimiento
- Clase y número de documento de identidad
- Valor asegurado en el amparo básico
- Parentesco del beneficiario con el asegurado principal.

PLAZO DE PAGO DE LAS PRIMAS

La entidad tomadora pagará las primas dentro de los A LOS 30 DÍAS MAXIMO contados a partir de la fecha de expedición de la póliza, contados a partir de la fecha de iniciación de cada periodo.

En caso de no efectuarse el pago a más tardar el día A LOS 30 DÍAS MAXIMO contados a partir de la fecha de expedición de la póliza, después del inicio de vigencia, se terminará automáticamente la cobertura de esta póliza de acuerdo a lo estipulado en el artículo 1068 del código de comercio.

REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA Y SUS ANEXOS

La póliza que se expida con sujeción a estos términos podrá ser revocada por la entidad tomadora en cualquier momento. Los amparos opcionales podrán ser revocados por PREVISORA SEGUROS en cualquier momento, para lo cual deberá dar aviso al tomador sobre esta decisión con una anticipación no inferior a treinta (30) días calendarios, contados a partir de la fecha de la comunicación.

LÍMITE DE RESPONSABILIDAD

En caso de un evento catastrófico, PREVISORA SEGUROS responderá hasta un límite máximo de hasta el 30% del valor asegurado total en el amparo básico del grupo asegurado.

Entiéndase por evento catastrófico, aquel en que por un mismo evento se configure un siniestro para tres (3) o más personas aseguradas.

CONDICIONADO GENERAL

Hacen parte integral de los presentes términos, el clausulado forma Previsora:

VGP-002 PÓLIZA DE VIDA GRUPO, versión 13

DOCUMENTOS PARA PAGO DE SINIESTROS

Con el propósito de orientar al reclamante en la presentación y formalización del siniestro, de manera enunciativa y como guía se relacionan los siguientes documentos por cada amparo, sin perjuicio de que la aseguradora pueda solicitar documentos adicionales según el análisis en cada caso:

Para todos los amparos:

- Comunicación escrita dirigida a PREVISORA SEGUROS, mediante la cual se detalle el número de póliza en caso de conocerlo, amparos que considera se afectaron, hechos que dan lugar al aviso o reclamación, fecha de ocurrencia, dirección, número de teléfono, nombre del asegurado, tipo y número de documento de identificación y demás información que considere pertinente para la atención del reclamo.
- Copia de la historia Clínica completa
- Registro civil de nacimiento y/o cédula de ciudadanía del asegurado
- Fotocopia de la solicitud de seguro cuando exista (En todo caso si el siniestro ocurre dentro del plazo del amparo automático deberá aportarse de manera obligatoria)

RECLAMACIÓN POR MUERTE Y AUXILIO FUNERARIO.

- Registro Civil de Defunción del asegurado
- Registro Civil de Nacimiento para establecer parentesco (beneficiarios)
- Acta de levantamiento de cadáver (muerte accidental)

RECLAMACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

- Calificación de la incapacidad, que señale: fecha de estructuración, porcentaje de incapacidad Documento que puede ser emitido por el médico

tratante avalada por el médico auditor de la compañía, la EPS, la IPS o la ARL a la que se encuentre afiliado el asegurado, o la Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez (Según lo señalado en el contrato de seguro que se solicita afectar)

- Certificados originales de las incapacidades otorgadas por el médico tratante

RECLAMACIÓN POR ENFERMEDADES GRAVES

- Resultado de los exámenes realizados
- Descripción quirúrgica del procedimiento, Si aplica
- Historia clínica del médico especialista tratante
- Resaltado de anatomía patológica y/o diagnóstico.
- Certificado de médico especialista

Mientras esté pendiente cualquier reclamación, PREVISORA directamente o por medio de un médico nombrado por ella, asumiendo los costos, tendrá derecho a exigir exámenes médicos y confirmación del diagnóstico cuando y cuantas veces lo requiera, así como solicitar los documentos adicionales que considere necesarios.

GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

- Informe del accidente.
 - Documentos que acrediten el hecho y las causas que lo originaron.
 - Cuentas originales de los gastos médicos y hospitalarios con sus respectivos comprobantes de pago, igualmente originales, con nota de cancelación.
- Nombre y documento de identificación de la persona que sufrago los gastos

LO NO ESTIPULADO EN EL PRESENTE DOCUMENTO SE REGIRÁ DE CONFORMIDAD CON LAS CONDICIONES GENERALES.

El presente slip de cotización no implica aceptación del riesgo ni compromete a ninguna de las partes hasta tanto no se celebre el contrato de seguros. Estos términos fueron elaborados con sujeción a la información que le fue presentada a la aseguradora hasta la fecha de presentación de estos términos. Por tanto, si dicha información no coincide con la que se suministre para la emisión de la póliza respectiva, LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS podrá ajustar los presentes términos o reservarse la facultad de no expedir la póliza; lo anterior sin perjuicio de lo estipulado en el artículo 1058 del Código de Comercio.

Diana Caballero C.

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS SUCURSAL Montería Firma autorizada. • .	
--	--

Cordialmente,

Nombre del Representante Legal de la Sucursal

Cargo (Gerente

Dirección y Teléfono (CI 29 3 46 - 3217764846)

Correo electrónico (heidi.hernandez@previsora.gov.co)

Elaboró: (Heidi Hernández)

Revisó: ()