

NOTA DE COBERTURA

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES CON ANEXO DE DESEMPLEO E ITT

PÓLIZA 05231

TOMADOR: TOYOTA FINANCIAL SERVICES COLOMBIA

NIT: 900.839.702-9

ACTIVIDAD: *Financiera*

MODALIDAD: *Accidentes Personales con anexo de Desempleo Involuntario e Incapacidad Total Temporal*

ADHESIÓN: *Voluntario*

TIPO DE CENSO: *Nominado*

VIGENCIA: *Julio 1 de 2023 a las 00:00 horas hasta el 30 de junio de 2024 a las 24:00 horas*

CIA: 009

En relación con su amable solicitud de presentar términos de cotización para el negocio en referencia nos permitimos remitir la presente Nota de Cobertura. Este documento resume los términos y condiciones generales del producto cotizado. La validez de este documento está sujeta a la entrega de todos los documentos pertinentes y necesarios para la expedición de la póliza, incluyendo pero no limitado al cumplimiento de toda la documentación necesaria para las validaciones requeridas del Sistema de Prevención de Lavado de Activos, que en caso que se manifieste algún indicador positivo en esta evaluación, el presente documento perderá todo valor, aun cuando se hayan recibido primas en función del negocio, las cuales serán devueltas al Tomador.

El valor de la prima y las condiciones del seguro que se presentan en este documento están determinadas por la información suministrada por el Intermediario o el Tomador del seguro respecto del propuesto grupo asegurable, de manera que, si la información cambia, en términos del censo reportado para la cotización versus el censo actual, posiblemente genere algún cambio en las primas del seguro.

Por consiguiente, el presente documento no obliga a La Compañía a otorgar cobertura en caso de incumplimiento de la normativa de SARLAFT u OFAC. Tampoco reemplazará, las condiciones generales y particulares de la póliza de seguro y queda la Compañía sujeta a recibir, analizar y aprobar la información suministrada antes de la expedición de la póliza de seguros.

Los requisitos, parámetros y lineamientos exigidos por Pan-American Life se entenderán cumplidos mediante la expedición de una comunicación escrita, en la cual indicará el cumplimiento de dichos requisitos y su intención de asumir el riesgo. PALIG aceptará el riesgo cuando emita la póliza en la que se consignan los términos del contrato.

Esperamos que esta propuesta cumpla con sus expectativas, así mismo agradecemos al dar respuesta al presente documento.

CONDICIONES DEL NEGOCIO

Sin perjuicio de lo registrado en las condiciones generales de la Póliza de Vida Grupo de Pan-American Life o de sus anexos (1/105/2022-1416-P-31-ACCIDEN_PERSONAL-DRCI, ANEXO: 01/12/2021-1416-A-34-AN_DESEMPLEO_ITT-DRCI) se deja con estas condiciones particulares expresa constancia de las Condiciones de Expedición por el periodo arriba indicado:

1. ALCANCE DE LA COBERTURA

La póliza otorga cobertura de Muerte Accidental y Desempleo para el Titular reportado por el tomador.

El seguro solo será válido si efectivamente existe reporte por parte del tomador

2. GRUPO ASEGURADO

Están amparados todos los usuarios del crédito del Tomador, que desarrollen actividades y ocupaciones lícitas y no se encuentren al margen de la ley.

Estarán asegurados deudores principales y solidarios siempre y cuando cada uno diligencie declaración de asegurabilidad y se realice el pago de la prima correspondiente por cada uno de los riesgos independientemente. (Es decir el pago de primas se realizará por vida asegurada y no por crédito)

Todas las operaciones de compra de cartera que efectúe el tomador y que generen un cambio en el grupo asegurable de más del 10% de la suma asegurada total al momento del proceso de compra de cartera deberán ser notificadas a PALIG para su aprobación con 60 días de anterioridad al proceso de compra de cartera.

3. BENEFICIARIOS

Muerte Accidental: los beneficiarios de ley o los que haya declarado el asegurado.

Desempleo o Incapacidad Temporal: el beneficiario será El TOMADOR hasta el máximo de cuotas y límite de eventos indicados y en todo caso sin superar el saldo insoluto de la deuda a la fecha de ocurrencia del evento asegurado

4. AMPAROS

4.1 MUERTE ACCIDENTAL

Si como consecuencia directa y exclusiva de un accidente cubierto por el presente anexo, el asegurado fallece, sin exceder en ningún caso el valor total de la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza para este amparo, siempre y cuando el fallecimiento se manifieste dentro de los 365 días siguientes al de la ocurrencia del accidente.

4.2 PÉRDIDA INVOLUNTARIA DEL EMPLEO

PALIG pagará la suma mensual asegurada en caso de que un asegurado cubierto sea despedido sin justa causa, conforme con lo estipulado al respecto en la legislación laboral colombiana, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones de

- Periodo de Carencia: Sin periodo de carencia
- Periodo de Espera: 30 días
- Antigüedad laboral: seis meses con el mismo empleador.

- Trabajadores a término fijo, deberán tener al menos 6 meses de vigencia para la finalización de su contrato actual con el fin de ser elegibles para este programa.
- Esta cobertura será efectiva de la siguiente manera: Primer Mes -Segundo Mes y tercer mes: Un solo instalamento - Se efectúa en un único pago. A partir del cuarto Mes: el asegurado deberá acreditar el estado de Incapacidad o desempleo, hasta el pago máximo de cuotas mensuales aceptada por el cliente según la oferta económica será de 6 cuotas máximo.
- Para asegurados con contrato a término fijo deberán contar con un periodo superior a la suma periodo de carencia más el número de instalamentos en su contrato para calificar para este beneficio. (8 meses para el plan de 6 cuotas).

Las cuáles serán definidas en las condiciones particulares del negocio.

Esta cobertura será efectiva durante los meses de cobertura establecidos en las condiciones particulares siempre que persista la condición de desempleo, se pagarán las cuotas establecidas sin revisión del estado de desempleo

PERIODO DE CARENIA: Corresponde al periodo mínimo de tiempo contado desde el inicio de vigencia de la cobertura, durante el cual el asegurado no tiene derecho alguno a la suma asegurada frente a la ocurrencia de un evento. El periodo máximo de carencia para esta cobertura se definirá en las condiciones particulares de la póliza.

PERIODO DE ESPERA: Corresponde al periodo mínimo de tiempo que debe transcurrir entre la fecha de ocurrencia del siniestro y el primer pago una vez tenga derecho a recibir la cobertura del beneficio, así como el periodo de tiempo que el asegurado deberá estar en estado de desempleo o Incapacitado Total y Permanentemente, para acceder al primer pago. El periodo de espera para esta cobertura definirá en las condiciones particulares de la póliza.

PERIODO ACTIVO MÍNIMO: Se refiere al tiempo que debe transcurrir durante el cual el asegurado que ya haya sido indemnizado en razón del seguro y que ha obtenido nuevamente un empleo o trabajo, debe mantenerse en éste para poder afectar nuevamente el seguro si incurre en desempleo involuntario otra vez. El periodo Activo Mínimo definido para esta cobertura es de seis (6) meses consecutivos con el mismo empleador.

ANTIGÜEDAD LABORAL: Se refiere al periodo de tiempo durante el cual el asegurado deberá depender de un mismo empleador para tener derecho a la cobertura de desempleo. El periodo de antigüedad laboral establecido para esta cobertura es de seis (6) meses.

PERÍODO DE REACTIVACIÓN PARA DESEMPLEO: Para esta cobertura es de ciento ochenta (180) días calendario continuos, durante los cuales el asegurado ya indemnizado por un primer evento debe permanecer en un nuevo empleo y, de esta manera, tener derecho a reclamación por un siguiente evento.

4.3 INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL PARA INDEPENDIENTE

En caso de que un asegurado siendo trabajador independiente o empleado a cuenta propia cubierto, se incapacita de forma temporal como consecuencia de un mismo accidente o enfermedad corporal quedando inhabilitado para ejercer cualquier trabajo o labor profesional, sin perjuicio de que éste le genere un ingreso, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- a) La incapacidad esté debidamente certificada por un médico adscrito a la EPS o ARL a la cual se encuentre afiliado el asegurado o un médico especialista en medicina ocupacional.
- b) Que la incapacidad tenga una duración superior a quince (15) días corrientes continuos y no haya sido causada a voluntad del asegurado.
- c) Que previo al inicio de cobertura de ITT el asegurado no haya presentado una Incapacidad Total Temporal durante más de quince (15) días consecutivos, durante los doce (12) meses anteriores al inicio de vigencia

Si un asegurado presenta una nueva incapacidad de más de quince (15) días dentro de los sesenta (60) días siguientes al inicio de la primera incapacidad reportada, ésta se tomará como parte del primer evento y en consecuencia, se acumularán los pagos generados antes de la recaída y los que surjan como consecuencia de la misma.

INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL: Aplica solamente al asegurado que es trabajador independiente y empleado a cuenta propia (no devenga salario de un patrono) y que quede temporalmente incapacitado y por más de quince (15) días, para realizar sus labores debido a una lesión corporal accidental, enfermedad o una condición no excluida de la cobertura del seguro.

PERÍODO DE REACTIVACIÓN PARA ITT: Si la nueva incapacidad sucede después de transcurridos sesenta (60) días desde el inicio de la primera incapacidad temporal reportada, se constituirá como un nuevo evento y tendrá derecho a recibir hasta 4 pagos

PARÁGRAFO: ESTE ANEXO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO E INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL SERÁ VOLUNTARIO Y ANEXO AL AMPARO BÁSICO DE FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA. PARA ACCEDER AL ANEXO DE DESEMPLEO EL ASEGURADO DEBERÁ TENER LA PÓLIZA DE VIDA DEUDOR Y SU CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO EFECTIVAMENTE EXPEDIDA Y PAGADA CON PAN-AMERICAN LIFE.

5. EXCLUSIONES

Pan-American Life de Colombia S.A. quedará liberada de toda responsabilidad bajo el presente contrato de seguro cuando el siniestro se presente como consecuencia directa o indirecta de una condición preexistente.

5.1. EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES AL AMPARO DE MUERTE ACCIDENTAL

- A. Suicidio, tentativa de suicidio, o lesiones causadas a sí mismo ya sea en estado de cordura o demencia.
- B. Actos de guerra interior o exterior, invasión, hostilidades u operaciones bélicas (exista o no Declaración de guerra), motín, conmoción civil, sedición, asonada, huelga, movimientos subversivos, actos terroristas, levantamiento militar, insurrección, revolución, usurpación del poder y ley marcial.
- C. Lesiones o muerte causadas por otra persona, con arma de fuego, cortante, punzante o contundente.
- D. Accidentes de aviación que sufra el asegurado cuando viaje como pasajero, piloto o miembro de la tripulación de cualquier aeronave, salvo que viaje como pasajero de una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros.
- E. Los accidentes causados por violación por parte del asegurado de cualquier norma de carácter legal.
- F. Encontrarse el asegurado bajo influencia de bebidas embriagantes o de sustancias alucinógenas, drogas tóxicas o heróicas o cualquier otra sustancia que por su propia naturaleza produzca dependencia física o síquica.
- G. Accidentes ocurridos mientras el asegurado se encuentre al servicio las fuerzas armadas, navales, aéreas, de policía o cualquier otro organismo de seguridad del estado.
- H. Enfermedad mental o corporal o cualquier dolencia preexistente, o infección bacterial distinta de la contraída por una lesión corporal amparada.
- I. Las infecciones producidas por picaduras de insectos, tales como malaria, tifo, fiebre amarilla, etc.

- J. Los accidentes que ocurran cuando el asegurado participe en competencias de velocidad o habilidad, o cuando el asegurado sea conductor o pasajero de motocicletas o motonetas o la práctica de deportes catalogados como de alto riesgo o extremos.
- K. Los accidentes sufridos por el asegurado durante intervenciones quirúrgicas o como consecuencia de ellas o los causados por tratamientos médicos de rayos x, choques eléctricos, etc., salvo que obedezcan a la curación de lesiones producidas por un accidente amparado.
- L. Temblores de tierra, erupciones volcánicas, terremoto, tifón, huracán, tornado, ciclón, inundaciones, rayo, marejada o cualquier otro fenómeno o convulsión de la naturaleza.
- M. Lesiones inmediatas o tardías, causadas por energía atómica, reacción nuclear, radiación nuclear, contaminación radioactiva, química o bacteriológica.
- N. Participación voluntaria en cualquier clase de riña o pelea
- O. Se excluye la desmembración y/o pérdidas parciales ya sea su origen accidental o médico.

5.2. PERDIDA INVOLUNTARIA DEL EMPLEO

a) Cuando el contrato de trabajo del asegurado termine por cualquiera de las siguientes causas:

- Por decisión unilateral del trabajador.
- Por despido con justa causa, de acuerdo a la legislación laboral colombiana.
- Por mutuo consentimiento entre el trabajador y el empleador sin que se efectúe pago alguno de bonificación o suma alguna, por decisión de parte del empleador.
- Por expiración del término estipulado en los contratos a término fijo.
- Por terminación de contratos obra o labor contratada.
- Por no regresar el trabajador a su empleo, al desaparecer las causas de la suspensión del contrato.
- Por muerte del trabajador.

b) Cuando la terminación del contrato de trabajo se presente durante o a la finalización del período de prueba.

c) Cuando el contrato de trabajo sea suspendido por cualquier causa.

d) Cuando se trate de trabajadores empleados en su propia empresa.

e) Cuando se trate de trabajadores Independientes o pensionados.

f) Cuando el asegurado se encuentre empleado, incluso después de haber tenido un período sin empleo.

g) Cuando la terminación del contrato de trabajo sea a consecuencia de una huelga general (una huelga contra todos los patrones de una industria o territorio) o de un paro laboral como medio para forzar a los empleadores a aceptar alguna demanda.

h) Cuando la terminación del contrato de trabajo sea a consecuencia de una disputa laboral por sindicato (un paro laboral sindical para obtener concesiones del patrono en la cual estén envueltas más de una persona).

i) Cuando la terminación del contrato de trabajo sea a consecuencia de un cierre (el cierre temporal de un lugar de trabajo o despido de empleados para desalentar actividades sindicales, o para obtener concesiones por parte del patrono y excluyendo cierres temporales normales).

j) Cuando la terminación del contrato de trabajo sea a consecuencia de una conmoción civil, motín, insurrección, rebelión, o revolución.

k) Cuando la terminación del contrato de trabajo sea a consecuencia de una guerra o acto de guerra, declarada o no.

l) Cuando el contrato sea de tipo aprendizaje o prestación de servicios

5.3. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL PARA INDEPENDIENTE

a) Accidentes originados por la participación del asegurado en:

- Tentativa de suicidio o lesiones causadas a sí mismo ya sea en estado de conciencia o inconciencia.
- Lesiones causadas con arma de fuego, cortante, punzante y/o contundente, cuando el asegurado es sujeto activo (agresor).
- Accidentes de aviación que sufra el asegurado cuando viaje como pasajero, salvo que viaje como pasajero de una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros.
- Los accidentes causados por violación por parte del asegurado de cualquier norma de carácter legal.
- Encontrarse el asegurado bajo influencia de bebidas embriagantes o de sustancias alucinógenas, drogas tóxicas o heroicas o cualquier otra sustancia que por su propia naturaleza produzca dependencia física o síquica.
- Los accidentes que ocurran cuando el asegurado participe en competencias de velocidad o habilidad, o cuando el asegurado sea conductor o pasajero de motocicletas o motonetas o cuando participe en la práctica de deportes catalogados como de alto riesgo o extremos.
- Temblores de tierra, erupciones volcánicas, terremoto, tifón, huracán, tornado, ciclón, Inundaciones, rayo, marejada o cualquier otro fenómeno o convulsión de la naturaleza.
- Lesiones inmediatas o tardías, causadas por energía atómica, reacción nuclear, radiación nuclear, contaminación radioactiva, química o bacteriológica.
- Participación voluntaria en cualquier clase de riña o pelea.

b) Alguno de los siguientes eventos:

- El estado de embarazo o los periodos de licencia por maternidad o paternidad.
- Padecimiento de enfermedad mental de cualquier tipo y sus consecuencias, tales como estrés, ansiedad, depresión y desordenes nerviosos.
- Enfermedades preexistentes por las que el asegurado haya sido atendido y tratado médicamente dentro de los seis (6) meses anteriores a la fecha de inicio de vigencia de la póliza individual de seguro.
- Pandemias o epidemias declaradas por organismos competentes a nivel local o internacional

c) No se incluyen bajo esta cobertura personas que se encuentren amparadas bajo la cobertura de desempleo.

d) No se incluyen bajo esta cobertura a:

- Los pensionados.
- Los miembros de las fuerzas militares o de la Policía Nacional.
- Las personas que trabajan con instituciones gubernamentales o del estado.
- Las personas con contrato de trabajo.

6. EDADES

TIPO	INGRESO	PERMANENCIA
Muerte Accidental	De 18 años a 80 años no cumplidos	Hasta finalizar la deuda

Pérdida Involuntaria Del Empleo	De 18 años a 65 años y 364 días	Hasta los 69 años y 364 días
Incapacidad Total Temporal Para Independiente	De 18 años a 65 años y 364 días	Hasta los 69 años y 364 días

7. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

No se requiere el diligenciamiento de solicitud de asegurabilidad. Sin embargo por el reporte de novedades se debe remitir base de datos por lo menos con la siguiente información de los asegurados:

1. Número de Cedula
2. Nombre Completo
3. Género (M / F)
4. Fecha de Nacimiento
5. Valor asegurado (plan seleccionado)
6. Tipo de Novedad
7. Fecha de vigencia de la novedad

8. PROCEDIMIENTOS

8.1. EXPEDICIÓN, MANEJO Y COBRO

El Tomador remitirá a La Aseguradora, mensualmente los listados con los valores asegurados vigentes por deudor, dicho reporte deberá realizarlo dentro de los primeros 10 días de cada mes del presente condicionado particular.

La Compañía efectuara la revisión correspondiente y expedirá y enviara la factura o certificado de seguro dentro de los tres (3) días hábiles al Tomador.

El tomador se compromete a suministrar la siguiente información a través de medio magnético:

- Número del crédito
- Tipo de documento
- Número de documento
- Primer Apellido
- Segundo Apellido
- Nombres
- Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)
- Género (F/M)
- Tipo de contrato laboral (termino fijo/Indefinido)
- Valor cuota mensual de amortización del crédito.
- Fecha de Desembolso
- Número de cuotas de amortización o plazo del crédito
- Altura del crédito en número de cuotas
- Valor asegurado individual (valor inicial del crédito)

9. COBERTURA INDIVIDUAL

9.1. DURACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

La duración de la cobertura individual de seguro inicia desde el momento en que el Tomador desembolse el crédito, sujeta a la facturación y pago de la primera prima y estará vigente hasta la cancelación total de la deuda incluyendo eventuales prórrogas autorizadas por EL TOMADOR, extendiéndose también a la duración de procesos judiciales que se inicien para hacer efectivo el pago en casos de mora, con sujeción a la vigencia de la póliza.

Se ampara de manera automática y sin ningún tipo de requisitos, ni limitantes de edad, ni valor, cualquier tipo de reestructuración y/o Financiación a los créditos otorgados, siempre y cuando el incremento sobre el valor asegurado actual (en uno o varios créditos) no supere el 35%, superado este monto deberá cumplir con requisitos de asegurabilidad.

9.2. TERMINACIÓN DEL SEGURO:

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente Póliza y sus anexos termina por las siguientes causas:

- Por el no pago de la prima una vez pasado el periodo de 30 días.
- A la terminación de la vigencia del Seguro, si éste no se renueva.
- Por el pago de indemnización igual al 100% del valor asegurado por cualquiera de los amparos contratados
- Cuando el TOMADOR revoque por escrito la póliza.

9.3. AMPARO AUTOMÁTICO

Pan-American Life de Colombia Compañía de Seguros S.A., concede amparo automático para personas menores de 76 años de edad cuyo valor asegurado sea menor o igual a \$4.000.000 por persona en uno o varios créditos siempre y cuando diligencien la correspondiente solicitud de seguro, manifiesten estar en buen estado de salud y/o no indiquen padecer alguna de las enfermedades indicadas en la solicitud de seguro/declaración de salud.

Cuando el deudor solicite un nuevo crédito o un desembolso adicional al crédito actual, la compañía aseguradora aceptará la última calificación médica realizada, siempre y cuando tenga menos de un (1) año de vigencia.

El amparo automático hace referencia a las sumas iniciales para otorgar cobertura con el diligenciamiento y firma del formato de declaración de asegurabilidad, en consecuencia si un deudor toma un crédito por el límite del amparo automático, tendrá cobertura automáticamente independientemente que luego, por efecto de intereses crezca el valor de la deuda; por lo tanto en caso de siniestro la verificación del cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad se efectuará con respecto al valor del desembolso.

10. SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL

ACCIDENTES PERSONALES

El valor asegurado máximo en uno o múltiples créditos por fallecimiento o la incapacidad total y permanente del asegurado es de Para asegurados que opten por tomar voluntariamente el seguro de desempleo posterior al desembolso o que provengan del traslado de cartera será de \$4.000.000

DESEMPLEO / INCAPACIDAD TEMPORAL

En caso de siniestro la aseguradora indemnizará el valor certificado por EL TOMADOR para el deudor, hasta un máximo de SEIS (6) cuotas, con un máximo de \$4.500.000 por cuota, como pago mínimo mensual a la fecha donde ocurrió el siniestro, el cual incluye las cuotas e intereses que se encuentren en mora y así sucesivamente se continúa con la indemnización mensual hasta por el número de cuotas aseguradas, de acuerdo con los valores certificados mensualmente por EL TOMADOR

11. COBERTURA DE PREEXISTENCIAS

La Compañía asumirá indemnizaciones originadas por enfermedades preexistentes en el amparo de fallecimiento, diagnosticadas con anterioridad al momento en que se inicie la cobertura de cada riesgo, para los deudores del Tomador cuya suma asegurada en uno o varios créditos sea inferior a 200.000.001, sin diligenciamiento de solicitud de seguro a partir de la fecha en que se reporte tal novedad en los registros del Tomador y reportado a la Compañía.

12. CONTINUIDAD DE AMPARO

Se otorga, hasta las sumas aseguradas que traía el asegurado con la anterior Compañía, en las condiciones de salud y edad alcanzada en las que se encuentran. Para lo anterior, deberán presentar certificación de la aseguradora anterior respecto a volumen asegurado, siniestralidad y condiciones de suscripción..

13. AVISO DEL SINIESTRO

EL TOMADOR, el Asegurado o los Beneficiarios según el caso, deberán dar aviso a la Compañía, de toda lesión, pérdida o muerte que pueda dar origen a una reclamación comprendida en los términos de esta Póliza, dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer los hechos que dan lugar a la reclamación.

14. PRUEBA DE LA RECLAMACIÓN

Los documentos necesarios para la formalización del reclamo son:

14.1. MUERTE ACCIDENTAL

- Formulario de reclamación suministrado por Pan-American Life de Colombia S.A. debidamente diligenciados por el asegurado o sus beneficiarios u oficio del TOMADOR.
- Original o fotocopia del registro civil de defunción del asegurado fallecido.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado fallecido.
- Certificación del saldo de la deuda del asegurado fallecido, emitida por EL TOMADOR

14.2. DOCUMENTOS GENERALES QUE DEBEN SER PRESENTADOS POR LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS O BENEFICIARIOS DE LEY

- Formato de reclamación diligenciado por cada uno de los beneficiarios.
- Formulario de conocimiento del cliente
- Documentos que acrediten parentesco:
- Copia autentica de registro civil de nacimiento.
- Cédula de ciudadanía.
- Tarjeta de Identidad si es menor de 7 años.
- • Copia autentica del registro civil de matrimonio o declaración extra juicio en caso de unión marital de hecho.

- Declaración extra juicio debe ser rendida por uno o varios de los interesados dentro del proceso donde se establezca estado civil del fallecido, se indique quien era el compañero permanente o esposo, se identifiquen los beneficiarios que consideran tener derecho plenamente con nombres completos y números de cedula, se identifique plenamente a los hijos y se incluya la frase “no existen hijos matrimoniales, extramatrimoniales, adoptivos, reconocidos o por reconocer con más o mejor derecho a los ya mencionados anteriormente”.

14.3. DESEMPLEO INVOLUNTARIO E INCAPACIDAD TEMPORAL

El pago de la indemnización por desempleo inicia pasados los 30 días calendario (siempre y cuando ya haya transcurrido el periodo de carencia), contados a partir de la fecha que el empleador oficializa el despido por medio de la comunicación formal dirigida al empleado. La primera cuota a indemnizar será la que informa EL TOMADOR por medio de la certificación y que se deba pagar después de haber pasado el periodo de espera, Para formalizar la reclamación se deben enviar los siguientes documentos:

En caso de Desempleo Involuntario:

- Formulario de reclamación suministrado por Pan-American Life de Colombia S.A. debidamente diligenciados por el asegurado o sus beneficiarios.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía.
- Original ó Copia del documento en el que conste la terminación de la relación laboral, en la cual se especifique el tipo de contrato laboral y el motivo de la terminación del mismo o carta de despido donde se detalle la información citada anteriormente.
- Original o Copia del documento en el que conste la liquidación de salarios y prestaciones sociales.
- Copia del Contrato Laboral o Certificación laboral
- A partir del cuarto mes, por cada mes de Desempleo Involuntario y hasta el máximo periodo cubierto, una declaración (formato de Pan-American Life) en la que se deje constancia de continuar en tal situación.
- Certificación emitida por EL TOMADOR en donde se refleje las cuotas, fecha de desembolso / última utilización, las fechas de pago, fecha de desempleo y valores que deben ser indemnizados.
- Esta cobertura será efectiva de la siguiente manera: Primer Mes -Segundo Mes y tercer mes: Un solo instalamento - Se efectúa en un único pago. A partir del cuarto Mes: el asegurado deberá acreditar el estado de Incapacidad o desempleo, hasta el pago máximo de cuotas mensuales aceptada por el cliente según la oferta económica

En Caso de Incapacidad Temporal:

- Formulario de reclamación suministrado por Pan-American Life de Colombia S.A. debidamente diligenciados por el asegurado o sus beneficiarios.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía.
- Certificados, historia clínica y exámenes médicos originales que acrediten la incapacidad temporal por más de 15 días corrientes, expedidos por el médico afiliado a la EPS o ARL o médico especialista en medicina ocupacional.
- En caso de encontrarse realizando aportes al sistema de seguridad social como cotizante, adjuntar copia de la planilla de dichos aportes.
- Certificación emitida por EL TOMADOR en donde se refleje las cuotas, fecha de desembolso / última utilización, las fechas de pago, fecha de desempleo y valores que deben ser indemnizados.
- Esta cobertura será efectiva de la siguiente manera: Primer Mes -Segundo Mes y tercer mes: Un solo instalamento - Se efectúa en un único pago. A partir del cuarto Mes: el asegurado deberá acreditar el estado de Incapacidad o desempleo, hasta el pago máximo de cuotas mensuales aceptada por el cliente según la oferta económica.

15. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

Pan-American Life de Colombia S.A. pagará directamente a los beneficiarios o por conducto del TOMADOR, la indemnización a que está obligada, dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que se acredite el siniestro.

Límite de Eventos a Indemnizar por asegurado bajo la cobertura de desempleo involuntario o incapacidad temporal: Se extiende máximo dos (2) eventos por vigencia anual, siempre y cuando entre el último pago del primer evento y la ocurrencia del segundo hayan transcurrido por lo menos 6 meses, máximo se pagaran 9 cuotas entre los dos eventos sin límite de eventos.

16. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El asegurado o beneficiario, en su caso, quedará privado de todo derecho procedente de la presente Póliza, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, o si en apoyo de ella se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos

17. PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones que se derivan del presente contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

18. CONDICIONES ECONÓMICAS

18.1. TABLAS RESUMEN

18.1.1. Desempleo para los que tomen el seguro de desempleo de forma voluntaria

AMPARO	TASA MENSUAL
ACCIDENTES PERSONALES	2.5805% (por ciento), se calcula sobre el valor de la cuota mensual
DESEMPLEO E ITT (6 cuotas)	

Intermediario: Negocio Directo

18.2. FORMA DE COBRO

El cobro de la prima se efectuará de forma MENSUAL VENCIDA según el reporte de la entidad tomadora el cual deberá ser entregado en medio magnético.

18.3. PAGO DE LA PRIMA

El TOMADOR deberá pagar dentro de los sesenta (60) días contados a partir de la fecha de radicación en del documento de facturación expedido por la aseguradora.

En consecuencia, la cobertura otorgada terminará automáticamente sí al día 91 no se ha efectuado el pago de la prima correspondiente.

18.4. MODALIDAD DE COBRO.

Reporte y cobro mensual. La prima se calcula aplicando la tasa mensual sobre el pago mínimo facturado por el mes por todos los deudores, incluyendo los intereses de mora generados mensualmente, indicando igualmente el número total de obligaciones con corte del último día del mes inmediatamente anterior.

19. CLAUSULA DE CAUSALIDAD

El concepto de reticencia o inexactitud se aplicará respetando el principio de causalidad, es decir, se objetará el pago del seguro solamente en aquellos casos en que la muerte o la incapacidad se produzcan por casos relacionados directamente con los hechos materia de inexactitud o reticencia en la declaración de asegurabilidad.

20. ERRORES Y OMISIONES

El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos y circunstancias que determinen el estado del riesgo. La inexactitud sobre hechos o circunstancias que conocidos por la compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. Sin embargo, si se incurriere en errores, omisiones e inexactitudes no imputables al tomador o al asegurado, el contrato no será nulo ni habrá lugar a la aplicación del inciso 3o del artículo 1058 del Código de Comercio sobre reducción porcentual de la prestación asegurada, en este caso, se deducirá de la indemnización la diferencia de primas no cobradas durante el tiempo de vigencia del seguro. Los errores u omisiones involuntarios imputables al tomador en el reporte de la información, no afectarán los derechos derivados de la póliza.

21. INDEMNIZACIONES ESPECIALES “EX –GRATIA”

El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos y circunstancias que determinen Pan-American Life de Colombia S.A., procederá con la indemnización de siniestros “Ex-Gratia” (reclamaciones, cumplan o no con las condiciones de cobertura del anexo de desempleo involuntario / incapacidad temporal o demás amparos hasta el valor de \$100.000.000 (cien millones de pesos) para la vigencia anual, siempre y cuando el índice total de siniestros sea inferior al 10%.

Condiciones para todas las Indemnizaciones Especiales

- Lo anterior comprende a todas las pólizas del programa.
- Este límite indemnizatorio no podrá ser acumulado ni trasladado de una vigencia a otra y deberá ser utilizado durante la vigencia de la póliza.
- Este valor será utilizado para cualquier cálculo del resultado de la cuenta incluyendo Participación de Utilidades.

- En ningún caso las indemnizaciones especiales “Ex-Gratia”, podrán superar la suficiencia de primas
- El pago de indemnizaciones “Ex-Gratia”, no genera un precedente para futuros pagos o siniestros que no cuenten con cobertura de acuerdo a las condiciones de la póliza.

22. REVISIÓN DE SINIESTRALIDAD

LA COMPAÑÍA efectuará semestralmente una revisión y análisis del valor de la prima de seguro cobrada al tomador en función del resultado técnico y el comportamiento de siniestralidad del producto de seguro adquirido como resultado de lo cual, deberá informarse al asegurado en forma previa, los cambios que llegaren a realizarse en el valor de la prima de seguro.

Cuando el porcentaje de siniestralidad exceda los estándares normales de la compañía, se podrá; incrementar las Primas a los Tomadores, reducir los retornos de los tomadores y reducir la comisión de forma proporcional hasta que la siniestralidad llegue a porcentajes normales.

23. CLAUSULA OFAC

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente Póliza y sus Anexos, terminara cuando EL TOMADOR, sus administradores, asegurados y/o beneficiarios fueren vinculados a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo, lavado de activos, secuestro, enriquecimiento ilícito o sean incluidos en cualquier lista de lavado de activos controlada por cualquier autoridad Colombiana o extranjera como por ejemplo la Oficina de Lavado de Activos en el exterior OFAC del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de América o cualquier otra lista internacional vinculante para Colombia de acuerdo con el derecho internacional o hayan sido condenados en cualquier proceso judicial por la comisión de un delito o por el simple señalamiento público como autores o participantes de actividades ilícitas.

NOTA DE COBERTURA

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES CON ANEXO DE DESEMPLEO E ITT

PÓLIZA 05232

TOMADOR: TOYOTA FINANCIAL SERVICES COLOMBIA

NIT: 900.839.702-9

ACTIVIDAD: *Financiera*

MODALIDAD: *Accidentes Personales con anexo de Desempleo Involuntario e Incapacidad Total Temporal*

ADHESIÓN: *Voluntario*

VIGENCIA: *Julio 1 de 2023 a las 00:00 horas hasta el 30 de junio de 2024 a las 24:00 horas*

CIA: 009

En relación a su amable solicitud de presentar términos de cotización para el negocio en referencia nos permitimos remitir la presente Nota de Cobertura. Este documento resume los términos y condiciones generales del producto cotizado. La validez de este documento está sujeta a la entrega de todos los documentos pertinentes y necesarios para la expedición de la póliza, incluyendo pero no limitado al cumplimiento de toda la documentación necesaria para las validaciones requeridas del Sistema de Prevención de Lavado de Activos, que en caso que se manifieste algún indicador positivo en esta evaluación, el presente documento perderá todo valor, aun cuando se hayan recibido primas en función del negocio, las cuales serán devueltas al Tomador.

El valor de la prima y las condiciones del seguro que se presentan en este documento están determinadas por la información suministrada por el Intermediario o el Tomador del seguro respecto del propuesto grupo asegurable, de manera que, si la información cambia, en términos del censo reportado para la cotización versus el censo actual, posiblemente genere algún cambio en las primas del seguro.

Por consiguiente, el presente documento no obliga a La Compañía a otorgar cobertura en caso de incumplimiento de la normativa de SARLAFT u OFAC. Tampoco reemplazará, las condiciones generales y particulares de la póliza de seguro y queda la Compañía sujeta a recibir, analizar y aprobar la información suministrada antes de la expedición de la póliza de seguros.

Los requisitos, parámetros y lineamientos exigidos por Pan-American Life se entenderán cumplidos mediante la expedición de una comunicación escrita, en la cual indicará el cumplimiento de dichos requisitos y su intención de asumir el riesgo. PALIG aceptará el riesgo cuando emita la póliza en la que se consignan los términos del contrato.

Esperamos que esta propuesta cumpla con sus expectativas, así mismo agradecemos al dar respuesta al presente documento.

CONDICIONES DEL NEGOCIO

Sin perjuicio de lo registrado en las condiciones generales de la Póliza de Vida Grupo de Pan-American Life o de sus anexos (1/105/2022-1416-P-31-ACCIDEN_PERSONAL-DRCI, ANEXO: 01/12/2021-1416-A-34-AN_DESEMPLEO_ITT-DRCI) se deja con estas condiciones particulares expresa constancia de las Condiciones de Expedición por el periodo arriba indicado:

1. ALCANCE DE LA COBERTURA

La póliza otorga cobertura de Muerte Accidental y Desempleo para el Titular reportado por el tomador.

El seguro solo será válido si efectivamente existe reporte por parte del tomador

2. GRUPO ASEGURADO

Están amparados todos los usuarios del crédito del Tomador, que desarrollen actividades y ocupaciones lícitas y no se encuentren al margen de la ley.

Estarán asegurados deudores principales y solidarios siempre y cuando cada uno diligencie declaración de asegurabilidad y se realice el pago de la prima correspondiente por cada uno de los riesgos independientemente. (Es decir el pago de primas se realizará por vida asegurada y no por crédito)

Todas las operaciones de compra de cartera que efectúe el tomador y que generen un cambio en el grupo asegurable de más del 10% de la suma asegurada total al momento del proceso de compra de cartera deberán ser notificadas a PALIG para su aprobación con 60 días de anterioridad al proceso de compra de cartera.

3. BENEFICIARIOS

Muerte Accidental: los beneficiarios de ley o los que haya declarado el asegurado.

Desempleo o Incapacidad Temporal: el beneficiario será El TOMADOR hasta el máximo de cuotas y límite de eventos indicados y en todo caso sin superar el saldo insoluto de la deuda a la fecha de ocurrencia del evento asegurado

4. AMPAROS

4.1 MUERTE ACCIDENTAL

Si como consecuencia directa y exclusiva de un accidente cubierto por el presente anexo, el asegurado fallece, sin exceder en ningún caso el valor total de la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza para este amparo, siempre y cuando el fallecimiento se manifieste dentro de los 365 días siguientes al de la ocurrencia del accidente.

4.2 PÉRDIDA INVOLUNTARIA DEL EMPLEO

PALIG pagará la suma mensual asegurada en caso que un asegurado cubierto sea despedido sin justa causa, conforme con lo estipulado al respecto en la legislación laboral colombiana, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones de

- Periodo de Carencia: Sin periodo de carencia

- Periodo de Espera: 30 días
- Antigüedad laboral: seis meses con el mismo empleador.
- Trabajadores a término fijo, deberán tener al menos 6 meses de vigencia para la finalización de su contrato actual con el fin de ser elegibles para este programa.
- Esta cobertura será efectiva de la siguiente manera: Primer Mes -Segundo Mes y tercer mes: Un solo instalamento - Se efectúa en un único pago. A partir del cuarto Mes: el asegurado deberá acreditar el estado de Incapacidad o desempleo, hasta el pago máximo de cuotas mensuales aceptada por el cliente según la oferta económica que será 12 cuotas máximo.
- En caso de aceptar la propuesta de cobertura de 12 cuotas y para asegurados que deseen tomar el seguro en este periodo deberán tener una duración del crédito superior a 14 meses.
- Para asegurados con contrato a término fijo deberán contar con un periodo superior a la suma periodo de carencia más el número de instalamentos en su contrato para calificar para este beneficio. (14 meses para el plan de 12 cuotas).

Las cuáles serán definidas en las condiciones particulares del negocio.

Esta cobertura será efectiva durante los meses de cobertura establecidos en las condiciones particulares siempre que persista la condición de desempleo, se pagarán las cuotas establecidas sin revisión del estado de desempleo

PERIODO DE CARENCIA: Corresponde al periodo mínimo de tiempo contado desde el inicio de vigencia de la cobertura, durante el cual el asegurado no tiene derecho alguno a la suma asegurada frente a la ocurrencia de un evento. El periodo máximo de carencia para esta cobertura se definirá en las condiciones particulares de la póliza.

PERIODO DE ESPERA: Corresponde al periodo mínimo de tiempo que debe transcurrir entre la fecha de ocurrencia del siniestro y el primer pago una vez tenga derecho a recibir la cobertura del beneficio, así como el periodo de tiempo que el asegurado deberá estar en estado de desempleo o Incapacitado Total y Permanentemente, para acceder al primer pago. El periodo de espera para esta cobertura definirá en las condiciones particulares de la póliza.

PERIODO ACTIVO MÍNIMO: Se refiere al tiempo que debe transcurrir durante el cual el asegurado que ya haya sido indemnizado en razón del seguro y que ha obtenido nuevamente un empleo o trabajo, debe mantenerse en éste para poder afectar nuevamente el seguro si incurre en desempleo involuntario otra vez. El periodo Activo Mínimo definido para esta cobertura es de seis (6) meses consecutivos con el mismo empleador.

ANTIGÜEDAD LABORAL: Se refiere al periodo de tiempo durante el cual el asegurado deberá depender de un mismo empleador para tener derecho a la cobertura de desempleo. El periodo de antigüedad laboral establecido para esta cobertura es de seis (6) meses.

PERÍODO DE REACTIVACIÓN PARA DESEMPLEO: Para esta cobertura es de ciento ochenta (180) días calendario continuos, durante los cuales el asegurado ya indemnizado por un primer evento debe permanecer en un nuevo empleo y, de esta manera, tener derecho a reclamación por un siguiente evento.

4.3 INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL PARA INDEPENDIENTE

En caso de que un asegurado siendo trabajador independiente o empleado a cuenta propia cubierto, se incapacita de forma temporal como consecuencia de un mismo accidente o enfermedad corporal quedando inhabilitado para ejercer cualquier trabajo o labor profesional, sin perjuicio de que éste le genere un ingreso, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- a) La incapacidad esté debidamente certificada por un médico adscrito a la EPS o ARL a la cual se encuentre afiliado el asegurado o un médico especialista en medicina ocupacional.
- b) Que la incapacidad tenga una duración superior a quince (15) días corrientes continuos y no haya sido causada a voluntad del asegurado.

- c) Que previo al inicio de cobertura de ITT el asegurado no haya presentado una Incapacidad Total Temporal durante más de quince (15) días consecutivos, durante los doce (12) meses anteriores al inicio de vigencia

Si un asegurado presenta una nueva incapacidad de más de quince (15) días dentro de los sesenta (60) días siguientes al inicio de la primera incapacidad reportada, ésta se tomará como parte del primer evento y en consecuencia, se acumularán los pagos generados antes de la recaída y los que surjan como consecuencia de la misma.

INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL: Aplica solamente al asegurado que es trabajador independiente y empleado a cuenta propia (no devenga salario de un patrono) y que quede temporalmente incapacitado y por más de quince (15) días, para realizar sus labores debido a una lesión corporal accidental, enfermedad o una condición no excluida de la cobertura del seguro.

PERÍODO DE REACTIVACIÓN PARA ITT: Si la nueva incapacidad sucede después de transcurridos sesenta (60) días desde el inicio de la primera incapacidad temporal reportada, se constituirá como un nuevo evento y tendrá derecho a recibir hasta 4 pagos

PARÁGRAFO: ESTE ANEXO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO E INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL SERÁ VOLUNTARIO Y ANEXO AL AMPARO BÁSICO DE FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA. PARA ACCEDER AL ANEXO DE DESEMPLEO EL ASEGURADO DEBERÁ TENER LA PÓLIZA DE VIDA DEUDOR Y SU CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO EFECTIVAMENTE EXPEDIDA Y PAGADA CON PAN-AMERICAN LIFE.

5. EXCLUSIONES

Pan-American Life de Colombia S.A. quedará liberada de toda responsabilidad bajo el presente contrato de seguro cuando el siniestro se presente como consecuencia directa o indirecta de una condición preexistente.

5.1. EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES AL AMPARO DE MUERTE ACCIDENTAL

- A. Suicidio, tentativa de suicidio, o lesiones causadas a sí mismo ya sea en estado de cordura o demencia.
- B. Actos de guerra interior o exterior, invasión, hostilidades u operaciones bélicas (exista o no Declaración de guerra), motín, conmoción civil, sedición, asonada, huelga, movimientos subversivos, actos terroristas, levantamiento militar, insurrección, revolución, usurpación del poder y ley marcial.
- C. Lesiones o muerte causadas por otra persona, con arma de fuego, cortante, punzante o contundente.
- D. Accidentes de aviación que sufra el asegurado cuando viaje como pasajero, piloto o miembro de la tripulación de cualquier aeronave, salvo que viaje como pasajero de una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros.
- E. Los accidentes causados por violación por parte del asegurado de cualquier norma de carácter legal.
- F. Encontrarse el asegurado bajo influencia de bebidas embriagantes o de sustancias alucinógenas, drogas tóxicas o heróicas o cualquier otra sustancia que por su propia naturaleza produzca dependencia física o síquica.
- G. Accidentes ocurridos mientras el asegurado se encuentre al servicio las fuerzas armadas, navales, aéreas, de policía o cualquier otro organismo de seguridad del estado.
- H. Enfermedad mental o corporal o cualquier dolencia preexistente, o infección bacteriana distinta de la contraída por una lesión corporal amparada.
- I. Las infecciones producidas por picaduras de insectos, tales como malaria, tifo, fiebre amarilla, etc.

- J. Los accidentes que ocurran cuando el asegurado participe en competencias de velocidad o habilidad, o cuando el asegurado sea conductor o pasajero de motocicletas o motonetas o la práctica de deportes catalogados como de alto riesgo o extremos.
- K. Los accidentes sufridos por el asegurado durante intervenciones quirúrgicas o como consecuencia de ellas o los causados por tratamientos médicos de rayos x, choques eléctricos, etc., salvo que obedezcan a la curación de lesiones producidas por un accidente amparado.
- L. Temblores de tierra, erupciones volcánicas, terremoto, tifón, huracán, tornado, ciclón, inundaciones, rayo, marejada o cualquier otro fenómeno o convulsión de la naturaleza.
- M. Lesiones inmediatas o tardías, causadas por energía atómica, reacción nuclear, radiación nuclear, contaminación radioactiva, química o bacteriológica.
- N. Participación voluntaria en cualquier clase de riña o pelea
- O. Se excluye la desmembración y/o pérdidas parciales ya sea su origen accidental o médico.

5.2. PERDIDA INVOLUNTARIA DEL EMPLEO

a) Cuando el contrato de trabajo del asegurado termine por cualquiera de las siguientes causas:

- Por decisión unilateral del trabajador.
- Por despido con justa causa, de acuerdo a la legislación laboral colombiana.
- Por mutuo consentimiento entre el trabajador y el empleador sin que se efectúe pago alguno de bonificación o suma alguna, por decisión de parte del empleador.
- Por expiración del término estipulado en los contratos a término fijo.
- Por terminación de contratos obra o labor contratada.
- Por no regresar el trabajador a su empleo, al desaparecer las causas de la suspensión del contrato.
- Por muerte del trabajador.

b) Cuando la terminación del contrato de trabajo se presente durante o a la finalización del período de prueba.

c) Cuando el contrato de trabajo sea suspendido por cualquier causa.

d) Cuando se trate de trabajadores empleados en su propia empresa.

e) Cuando se trate de trabajadores Independientes o pensionados.

f) Cuando el asegurado se encuentre empleado, incluso después de haber tenido un período sin empleo.

g) Cuando la terminación del contrato de trabajo sea a consecuencia de una huelga general (una huelga contra todos los patrones de una industria o territorio) o de un paro laboral como medio para forzar a los empleadores a aceptar alguna demanda.

h) Cuando la terminación del contrato de trabajo sea a consecuencia de una disputa laboral por sindicato (un paro laboral sindical para obtener concesiones del patrono en la cual estén envueltas más de una persona).

i) Cuando la terminación del contrato de trabajo sea a consecuencia de un cierre (el cierre temporal de un lugar de trabajo o despido de empleados para desalentar actividades sindicales, o para obtener concesiones por parte del patrono y excluyendo cierres temporales normales).

j) Cuando la terminación del contrato de trabajo sea a consecuencia de una conmoción civil, motín, insurrección, rebelión, o revolución.

k) Cuando la terminación del contrato de trabajo sea a consecuencia de una guerra o acto de guerra, declarada o no.

l) Cuando el contrato sea de tipo aprendizaje o prestación de servicios

5.3. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL PARA INDEPENDIENTE

a) Accidentes originados por la participación del asegurado en:

- Tentativa de suicidio o lesiones causadas a sí mismo ya sea en estado de conciencia o inconciencia.
- Lesiones causadas con arma de fuego, cortante, punzante y/o contundente, cuando el asegurado es sujeto activo (agresor).
- Accidentes de aviación que sufra el asegurado cuando viaje como pasajero, salvo que viaje como pasajero de una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros.
- Los accidentes causados por violación por parte del asegurado de cualquier norma de carácter legal.
- Encontrarse el asegurado bajo influencia de bebidas embriagantes o de sustancias alucinógenas, drogas tóxicas o heroicas o cualquier otra sustancia que por su propia naturaleza produzca dependencia física o síquica.
- Los accidentes que ocurran cuando el asegurado participe en competencias de velocidad o habilidad, o cuando el asegurado sea conductor o pasajero de motocicletas o motonetas o cuando participe en la práctica de deportes catalogados como de alto riesgo o extremos.
- Temblores de tierra, erupciones volcánicas, terremoto, tifón, huracán, tornado, ciclón, Inundaciones, rayo, marejada o cualquier otro fenómeno o convulsión de la naturaleza.
- Lesiones inmediatas o tardías, causadas por energía atómica, reacción nuclear, radiación nuclear, contaminación radioactiva, química o bacteriológica.
- Participación voluntaria en cualquier clase de riña o pelea.

b) Alguno de los siguientes eventos:

- El estado de embarazo o los periodos de licencia por maternidad o paternidad.
- Padecimiento de enfermedad mental de cualquier tipo y sus consecuencias, tales como estrés, ansiedad, depresión y desordenes nerviosos.
- Enfermedades preexistentes por las que el asegurado haya sido atendido y tratado médicamente dentro de los seis (6) meses anteriores a la fecha de inicio de vigencia de la póliza individual de seguro.
- Pandemias o epidemias declaradas por organismos competentes a nivel local o internacional

c) No se incluyen bajo esta cobertura personas que se encuentren amparadas bajo la cobertura de desempleo.

d) No se incluyen bajo esta cobertura a:

- Los pensionados.
- Los miembros de las fuerzas militares o de la Policía Nacional.
- Las personas que trabajan con instituciones gubernamentales o del estado.
- Las personas con contrato de trabajo.

6. EDADES

TIPO	INGRESO	PERMANENCIA
Muerte Accidental	De 18 años a 80 años no cumplidos	Hasta finalizar la deuda

Pérdida Involuntaria Del Empleo	De 18 años a 65 años y 364 días	Hasta los 69 años y 364 días
Incapacidad Total Temporal Para Independiente	De 18 años a 65 años y 364 días	Hasta los 69 años y 364 días

7. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

No se requiere el diligenciamiento de solicitud de asegurabilidad. Sin embargo por el reporte de novedades se debe remitir base de datos por lo menos con la siguiente información de los asegurados:

1. Número de Cedula
2. Nombre Completo
3. Género (M / F)
4. Fecha de Nacimiento
5. Valor asegurado (plan seleccionado)
6. Tipo de Novedad
7. Fecha de vigencia de la novedad

8. PROCEDIMIENTOS

8.1. EXPEDICIÓN, MANEJO Y COBRO

El Tomador remitirá a La Aseguradora, mensualmente los listados con los valores asegurados vigentes por deudor, dicho reporte deberá realizarlo dentro de los primeros 10 días de cada mes del presente condicionado particular.

La Compañía efectuara la revisión correspondiente y expedirá y enviara la factura o certificado de seguro dentro de los tres (3) días hábiles al Tomador.

El tomador se compromete a suministrar la siguiente información a través de medio magnético:

- Número del crédito
- Tipo de documento
- Número de documento
- Primer Apellido
- Segundo Apellido
- Nombres
- Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)
- Género (F/M)
- Tipo de contrato laboral (termino fijo/Indefinido)
- Valor cuota mensual de amortización del crédito.
- Fecha de Desembolso
- Número de cuotas de amortización o plazo del crédito
- Altura del crédito en número de cuotas
- Valor asegurado individual (valor inicial del crédito)

9. COBERTURA INDIVIDUAL

9.1. DURACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

La duración de la cobertura individual de seguro inicia desde el momento en que el Tomador desembolse el crédito, sujeta a la facturación y pago de la primera prima y estará vigente hasta la cancelación total de la deuda incluyendo eventuales prórrogas autorizadas por EL TOMADOR, extendiéndose también a la duración de procesos judiciales que se inicien para hacer efectivo el pago en casos de mora, con sujeción a la vigencia de la póliza.

Se ampara de manera automática y sin ningún tipo de requisitos, ni limitantes de edad, ni valor, cualquier tipo de reestructuración y/o Financiación a los créditos otorgados, siempre y cuando el incremento sobre el valor asegurado actual (en uno o varios créditos) no supere el 35%, superado este monto deberá cumplir con requisitos de asegurabilidad.

9.2. TERMINACIÓN DEL SEGURO:

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente Póliza y sus anexos termina por las siguientes causas:

- Por el no pago de la prima una vez pasado el periodo de 30 días.
- A la terminación de la vigencia del Seguro, si éste no se renueva.
- Por el pago de indemnización igual al 100% del valor asegurado por cualquiera de los amparos contratados
- Cuando el TOMADOR revoque por escrito la póliza.

9.3. AMPARO AUTOMÁTICO

Pan-American Life de Colombia Compañía de Seguros S.A., concede amparo automático para personas menores de 76 años de edad cuyo valor asegurado sea menor o igual a \$4.000.000 por persona en uno o varios créditos siempre y cuando diligencien la correspondiente solicitud de seguro, manifiesten estar en buen estado de salud y/o no indiquen padecer alguna de las enfermedades indicadas en la solicitud de seguro/declaración de salud.

Cuando el deudor solicite un nuevo crédito o un desembolso adicional al crédito actual, la compañía aseguradora aceptará la última calificación médica realizada, siempre y cuando tenga menos de un (1) año de vigencia.

El amparo automático hace referencia a las sumas iniciales para otorgar cobertura con el diligenciamiento y firma del formato de declaración de asegurabilidad, en consecuencia si un deudor toma un crédito por el límite del amparo automático, tendrá cobertura automáticamente independientemente que luego, por efecto de intereses crezca el valor de la deuda; por lo tanto en caso de siniestro la verificación del cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad se efectuará con respecto al valor del desembolso.

10. SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL

ACCIDENTES PERSONALES

El valor asegurado máximo en uno o múltiples créditos por fallecimiento o la incapacidad total y permanente del asegurado es de Para asegurados que opten por tomar voluntariamente el seguro de desempleo posterior al desembolso o que provengan del traslado de cartera será de \$4.000.000

DESEMPLEO / INCAPACIDAD TEMPORAL

En caso de siniestro la aseguradora indemnizará el valor certificado por EL TOMADOR para el deudor, hasta un máximo de DOCE (12) cuotas, con un máximo de \$4.500.000 por cuota, como pago mínimo mensual a la fecha donde ocurrió el siniestro, el cual incluye las cuotas e intereses que se encuentren en mora y así sucesivamente se continúa con la indemnización mensual hasta por el número de cuotas aseguradas, de acuerdo con los valores certificados mensualmente por EL TOMADOR

11. COBERTURA DE PREEXISTENCIAS

La Compañía asumirá indemnizaciones originadas por enfermedades preexistentes en el amparo de fallecimiento, diagnosticadas con anterioridad al momento en que se inicie la cobertura de cada riesgo, para los deudores del Tomador cuya suma asegurada en uno o varios créditos sea inferior a 200.000.001, sin diligenciamiento de solicitud de seguro a partir de la fecha en que se reporte tal novedad en los registros del Tomador y reportado a la Compañía.

12. CONTINUIDAD DE AMPARO

Se otorga, hasta las sumas aseguradas que traía el asegurado con la anterior Compañía, en las condiciones de salud y edad alcanzada en las que se encuentran. Para lo anterior, deberán presentar certificación de la aseguradora anterior respecto a volumen asegurado, siniestralidad y condiciones de suscripción..

13. AVISO DEL SINIESTRO

EL TOMADOR, el Asegurado o los Beneficiarios según el caso, deberán dar aviso a la Compañía, de toda lesión, pérdida o muerte que pueda dar origen a una reclamación comprendida en los términos de esta Póliza, dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer los hechos que dan lugar a la reclamación.

14. PRUEBA DE LA RECLAMACIÓN

Los documentos necesarios para la formalización del reclamo son:

14.1. MUERTE ACCIDENTAL

- Formulario de reclamación suministrado por Pan-American Life de Colombia S.A. debidamente diligenciados por el asegurado o sus beneficiarios u oficio del TOMADOR.
- Original o fotocopia del registro civil de defunción del asegurado fallecido.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado fallecido.
- Certificación del saldo de la deuda del asegurado fallecido, emitida por EL TOMADOR

14.2. DOCUMENTOS GENERALES QUE DEBEN SER PRESENTADOS POR LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS O BENEFICIARIOS DE LEY

- Formato de reclamación diligenciado por cada uno de los beneficiarios.
- Formulario de conocimiento del cliente
- Documentos que acrediten parentesco:
- Copia autentica de registro civil de nacimiento.
- Cédula de ciudadanía.
- Tarjeta de Identidad si es menor de 7 años.
- • Copia autentica del registro civil de matrimonio o declaración extra juicio en caso de unión marital de hecho.

- Declaración extra juicio debe ser rendida por uno o varios de los interesados dentro del proceso donde se establezca estado civil del fallecido, se indique quien era el compañero permanente o esposo, se identifiquen los beneficiarios que consideran tener derecho plenamente con nombres completos y números de cedula, se identifique plenamente a los hijos y se incluya la frase “no existen hijos matrimoniales, extramatrimoniales, adoptivos, reconocidos o por reconocer con más o mejor derecho a los ya mencionados anteriormente”.

14.3. DESEMPLEO INVOLUNTARIO E INCAPACIDAD TEMPORAL

El pago de la indemnización por desempleo inicia pasados los 30 días calendario (siempre y cuando ya haya transcurrido el periodo de carencia), contados a partir de la fecha que el empleador oficializa el despido por medio de la comunicación formal dirigida al empleado. La primera cuota a indemnizar será la que informa EL TOMADOR por medio de la certificación y que se deba pagar después de haber pasado el periodo de espera, Para formalizar la reclamación se deben enviar los siguientes documentos:

En caso de Desempleo Involuntario:

- Formulario de reclamación suministrado por Pan-American Life de Colombia S.A. debidamente diligenciados por el asegurado o sus beneficiarios.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía.
- Original ó Copia del documento en el que conste la terminación de la relación laboral, en la cual se especifique el tipo de contrato laboral y el motivo de la terminación del mismo o carta de despido donde se detalle la información citada anteriormente.
- Original o Copia del documento en el que conste la liquidación de salarios y prestaciones sociales.
- Copia del Contrato Laboral o Certificación laboral
- A partir del cuarto mes, por cada mes de Desempleo Involuntario y hasta el máximo periodo cubierto, una declaración (formato de Pan-American Life) en la que se deje constancia de continuar en tal situación.
- Certificación emitida por EL TOMADOR en donde se refleje las cuotas, fecha de desembolso / última utilización, las fechas de pago, fecha de desempleo y valores que deben ser indemnizados.
- Esta cobertura será efectiva de la siguiente manera: Primer Mes -Segundo Mes y tercer mes: Un solo instalamento - Se efectúa en un único pago. A partir del cuarto Mes: el asegurado deberá acreditar el estado de Incapacidad o desempleo, hasta el pago máximo de cuotas mensuales aceptada por el cliente según la oferta económica

En Caso de Incapacidad Temporal:

- Formulario de reclamación suministrado por Pan-American Life de Colombia S.A. debidamente diligenciados por el asegurado o sus beneficiarios.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía.
- Certificados, historia clínica y exámenes médicos originales que acrediten la incapacidad temporal por más de 15 días corrientes, expedidos por el médico afiliado a la EPS o ARL o médico especialista en medicina ocupacional.
- En caso de encontrarse realizando aportes al sistema de seguridad social como cotizante, adjuntar copia de la planilla de dichos aportes.
- Certificación emitida por EL TOMADOR en donde se refleje las cuotas, fecha de desembolso / última utilización, las fechas de pago, fecha de desempleo y valores que deben ser indemnizados.
- Esta cobertura será efectiva de la siguiente manera: Primer Mes -Segundo Mes y tercer mes: Un solo instalamento - Se efectúa en un único pago. A partir del cuarto Mes: el asegurado deberá acreditar el estado de Incapacidad o desempleo, hasta el pago máximo de cuotas mensuales aceptada por el cliente según la oferta económica.

15. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

Pan-American Life de Colombia S.A. pagará directamente a los beneficiarios o por conducto del TOMADOR, la indemnización a que está obligada, dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que se acredite el siniestro.

Límite de Eventos a Indemnizar por asegurado bajo la cobertura de desempleo involuntario o incapacidad temporal: Se extiende máximo dos (2) eventos por vigencia anual, siempre y cuando entre el último pago del primer evento y la ocurrencia del segundo hayan transcurrido por lo menos 6 meses, máximo se pagaran 9 cuotas entre los dos eventos sin límite de eventos.

16. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El asegurado o beneficiario, en su caso, quedará privado de todo derecho procedente de la presente Póliza, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, o si en apoyo de ella se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos

17. PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones que se derivan del presente contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

18. CONDICIONES ECONÓMICAS

18.1. TABLAS RESUMEN

18.1.1. Desempleo para los que tomen el seguro de desempleo de forma voluntaria

AMPARO	TASA MENSUAL
ACCIDENTES PERSONALES	3.9847% (por ciento), se calcula sobre el valor de la cuota mensual
DESEMPLEO E ITT (12 cuotas)	

Intermediario: Negocio Directo

18.2. FORMA DE COBRO

El cobro de la prima se efectuará de forma MENSUAL VENCIDA según el reporte de la entidad tomadora el cual deberá ser entregado en medio magnético.

18.3. PAGO DE LA PRIMA

El TOMADOR deberá pagar dentro de los sesenta (60) días contados a partir de la fecha de radicación en del documento de facturación expedido por la aseguradora.

En consecuencia, la cobertura otorgada terminará automáticamente sí al día 91 no se ha efectuado el pago de la prima correspondiente.

18.4. MODALIDAD DE COBRO.

Reporte y cobro mensual. La prima se calcula aplicando la tasa mensual sobre el pago mínimo facturado por el mes por todos los deudores, incluyendo los intereses de mora generados mensualmente, indicando igualmente el número total de obligaciones con corte del último día del mes inmediatamente anterior.

19. CLAUSULA DE CAUSALIDAD

El concepto de reticencia o inexactitud se aplicará respetando el principio de causalidad, es decir, se objetará el pago del seguro solamente en aquellos casos en que la muerte o la incapacidad se produzcan por casos relacionados directamente con los hechos materia de inexactitud o reticencia en la declaración de asegurabilidad.

20. ERRORES Y OMISIONES

El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos y circunstancias que determinen el estado del riesgo. La inexactitud sobre hechos o circunstancias que conocidos por la compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. Sin embargo, si se incurriere en errores, omisiones e inexactitudes no imputables al tomador o al asegurado, el contrato no será nulo ni habrá lugar a la aplicación del inciso 3o del artículo 1058 del Código de Comercio sobre reducción porcentual de la prestación asegurada, en este caso, se deducirá de la indemnización la diferencia de primas no cobradas durante el tiempo de vigencia del seguro. Los errores u omisiones involuntarios imputables al tomador en el reporte de la información, no afectarán los derechos derivados de la póliza.

21. INDEMNIZACIONES ESPECIALES “EX –GRATIA”

El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos y circunstancias que determinen Pan-American Life de Colombia S.A., procederá con la indemnización de siniestros “Ex-Gratia” (reclamaciones, cumplan o no con las condiciones de cobertura del anexo de desempleo involuntario / incapacidad temporal o demás amparos hasta el valor de \$100.000.000 (cien millones de pesos) para la vigencia anual, siempre y cuando el índice total de siniestros sea inferior al 10%.

Condiciones para todas las Indemnizaciones Especiales

- Lo anterior comprende a todas las pólizas del programa.
- Este límite indemnizatorio no podrá ser acumulado ni trasladado de una vigencia a otra y deberá ser utilizado durante la vigencia de la póliza.
- Este valor será utilizado para cualquier cálculo del resultado de la cuenta incluyendo Participación de Utilidades.

- En ningún caso las indemnizaciones especiales “Ex-Gratia”, podrán superar la suficiencia de primas
- El pago de indemnizaciones “Ex-Gratia”, no genera un precedente para futuros pagos o siniestros que no cuenten con cobertura de acuerdo a las condiciones de la póliza.

22. REVISIÓN DE SINIESTRALIDAD

LA COMPAÑÍA efectuará semestralmente una revisión y análisis del valor de la prima de seguro cobrada al tomador en función del resultado técnico y el comportamiento de siniestralidad del producto de seguro adquirido como resultado de lo cual, deberá informarse al asegurado en forma previa, los cambios que llegaren a realizarse en el valor de la prima de seguro.

Cuando el porcentaje de siniestralidad exceda los estándares normales de la compañía, se podrá; incrementar las Primas a los Tomadores, reducir los retornos de los tomadores y reducir la comisión de forma proporcional hasta que la siniestralidad llegue a porcentajes normales.

23. CLAUSULA OFAC

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente Póliza y sus Anexos, terminara cuando EL TOMADOR, sus administradores, asegurados y/o beneficiarios fueren vinculados a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo, lavado de activos, secuestro, enriquecimiento ilícito o sean incluidos en cualquier lista de lavado de activos controlada por cualquier autoridad Colombiana o extranjera como por ejemplo la Oficina de Lavado de Activos en el exterior OFAC del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de América o cualquier otra lista internacional vinculante para Colombia de acuerdo con el derecho internacional o hayan sido condenados en cualquier proceso judicial por la comisión de un delito o por el simple señalamiento público como autores o participantes de actividades ilícitas.

NOTA DE COBERTURA

SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDOR CON ANEXO DE DESEMPLEO E ITT

PÓLIZA 05233

TOMADOR: TOYOTA FINANCIAL SERVICES COLOMBIA

NIT: 900.839.702-9

ACTIVIDAD: Financiera

MODALIDAD: Deudor con anexo de Desempleo Involuntario e Incapacidad Total Temporal

TIPO DE CENSO: Nominado

ADHESIÓN: Voluntario

VIGENCIA: Julio 1 de 2023 a las 00:00 horas hasta el 30 de junio de 2024 a las 24:00 horas

CIA: 009

En relación a su amable solicitud de presentar términos de cotización para el negocio en referencia nos permitimos remitir la presente Nota de Cobertura. Este documento resume los términos y condiciones generales del producto cotizado. La validez de este documento está sujeta a la entrega de todos los documentos pertinentes y necesarios para la expedición de la póliza, incluyendo pero no limitado al cumplimiento de toda la documentación necesaria para las validaciones requeridas del Sistema de Prevención de Lavado de Activos, que en caso que se manifieste algún indicador positivo en esta evaluación, el presente documento perderá todo valor, aun cuando se hayan recibido primas en función del negocio, las cuales serán devueltas al Tomador.

El valor de la prima y las condiciones del seguro que se presentan en este documento están determinadas por la información suministrada por el Intermediario o el Tomador del seguro respecto del propuesto grupo asegurable, de manera que, si la información cambia, en términos del censo reportado para la cotización versus el censo actual, posiblemente genere algún cambio en las primas del seguro.

Por consiguiente, el presente documento no obliga a La Compañía a otorgar cobertura en caso de incumplimiento de la normativa de SARLAFT u OFAC. Tampoco reemplazará, las condiciones generales y particulares de la póliza de seguro y queda la Compañía sujeta a recibir, analizar y aprobar la información suministrada antes de la expedición de la póliza de seguros.

Los requisitos, parámetros y lineamientos exigidos por Pan-American Life se entenderán cumplidos mediante la expedición de una comunicación escrita, en la cual indicará el cumplimiento de dichos requisitos y su intención de asumir el riesgo. PALIG aceptará el riesgo cuando emita la póliza en la que se consignan los términos del contrato.

Esperamos que esta propuesta cumpla con sus expectativas, así mismo agradecemos al dar respuesta al presente documento.

CONDICIONES DEL NEGOCIO

Sin perjuicio de lo registrado en las condiciones generales de la Póliza de Vida Grupo de Pan-American Life o de sus anexos (CÓDIGO CLÁUSULADO: 01/12/2021-1416-P-34-VIDA_GRUPODEUDOR-DRCI, Anexo 01/12/2021-1416-A-34-AN_INC_TOTALPERM-DRCI, ANEXO: 01/12/2021-1416-A-34-AN_DESEMPLEO_ITT-DRCI) se deja con estas condiciones particulares expresa constancia de las Condiciones de Expedición por el periodo arriba indicado:

1. ALCANCE DE LA COBERTURA

La póliza otorga cobertura de Muerte por cualquier causa y Desempleo para el Titular reportado por el tomador.

El seguro solo será válido si efectivamente existe reporte por parte del tomador

2. GRUPO ASEGURADO

Están amparados todos los usuarios del crédito del Tomador, que desarrollen actividades y ocupaciones lícitas y no se encuentren al margen de la ley.

Estarán asegurados deudores principales y solidarios siempre y cuando cada uno diligencie declaración de asegurabilidad y se realice el pago de la prima correspondiente por cada uno de los riesgos independientemente. (Es decir el pago de primas se realizará por vida asegurada y no por crédito)

Todas las operaciones de compra de cartera que efectúe el tomador y que generen un cambio en el grupo asegurable de más del 10% de la suma asegurada total al momento del proceso de compra de cartera deberán ser notificadas a PALIG para su aprobación con 60 días de anterioridad al proceso de compra de cartera.

3. BENEFICIARIOS

Muerte Por Cualquier Causa e Incapacidad Total Y Permanente: El TOMADOR hasta el saldo insoluto de la deuda y en exceso los beneficiarios de ley o los que haya declarado el asegurado.

Desempleo o Incapacidad Temporal: el beneficiario será El TOMADOR hasta el máximo de cuotas y límite de eventos indicados y en todo caso sin superar el saldo insoluto de la deuda a la fecha de ocurrencia del evento asegurado

4. AMPAROS

4.1 AMPARO BÁSICO - FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA

El presente amparo cubre el fallecimiento del asegurado, cualquiera sea la causa, siempre y cuando se produzca dentro de la vigencia del amparo individual.

Pan-American Life de Colombia Compañía de Seguros S.A. pagará al TOMADOR beneficiario del seguro el valor asegurado en caso de fallecimiento por muerte natural o accidental de la persona asegurada bajo el presente contrato de seguro; incluyendo homicidio, suicidio, terrorismo y Sida.

4.2 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Entendiéndose por incapacidad Total y Permanente la sufrida por el asegurado como consecuencia de un accidente o enfermedad que se le califique durante la vigencia del seguro, que le produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales, la inhabilitación funcional total y definitiva de cualquier órgano o miembro lesionado que de por vida y le impidan desempeñar todas las ocupaciones o empleos remunerados para los cuales se encuentra razonablemente calificado en razón de su educación, entrenamiento o experiencia, la incapacidad será total y permanente cuando la calificación de la pérdida de capacidad laboral sea igual o superior al 50%, de conformidad con la fecha del dictamen de la respectiva ARL, AFP, Junta de Calificación u Organismo Equivalente tomando como base para la determinación de la pérdida el Manual Único de Calificación de Invalidez vigente en Colombia, el Dictamen deberá estar debidamente ejecutoriado y en firme. Siempre que dicha incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor de 120 días y no haya sido provocada por el asegurado.

Tratándose de regímenes especiales en los que el Dictamen no señale expresamente la fecha de estructuración de la Invalidez, se tomará como fecha de la Incapacidad Total y Permanente la fecha del Dictamen, el cual debe proferirse durante la vigencia de la póliza.

Este amparo no es acumulable con el amparo básico de muerte, por lo tanto una vez pagada la indemnización por incapacidad total y permanente, Pan-American Life de Colombia S.A. se libera de toda responsabilidad bajo esta póliza.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de Incapacidad Total y Permanente, se considerará como tal la pérdida total e irreparable de la visión de ambos ojos; la amputación de ambas manos o ambos pies; o de toda una mano y de todo un pie.

4.3 TELEMEDICINA

LA COMPAÑÍA se obliga a dar cobertura a los siguientes procedimientos de asistencia médica en un todo de acuerdo con las limitaciones, periodos de carencia, copagos y de acuerdo con la descripción del plan contratado.

4.3.1 Tele orientación médica.

Bajo esta cobertura se incluye el conjunto de acciones que desarrolla el prestador de referencia de telemedicina y sus médicos a través de la plataforma digital DEL TERCERO para direccionar al usuario o proporcionar información, consejería y asesoría en los componentes de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y diagnóstico. Este amparo debe estar contemplado en la descripción del plan contratado.

El teleorientador debe informar al usuario el alcance de la orientación y entregar copia o resumen de la comunicación si el paciente lo solicita

Telemedicina es la modalidad de atención en salud, realizada a distancia, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación para intercambiar datos, con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios de salud a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica.

4.4 DESEMPLEO INVOLUNTARIO E INCAPACIDAD TEMPORAL

Mediante el presente anexo y no obstante lo que se diga en contrario en las condiciones generales de la póliza de vida grupo, Pan-American Life de Colombia S.A. pagará el valor de la cuota mensual que se genere por cualquier tipo de crédito otorgado por EL TOMADOR, de las personas naturales, por alguno de los siguientes eventos la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza:

4.4.1. PÉRDIDA INVOLUNTARIA DEL EMPLEO

PALIG pagará la suma mensual asegurada en caso que un asegurado cubierto sea despedido sin justa causa, conforme con lo estipulado al respecto en la legislación laboral colombiana, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones de

- Periodo de Carencia: Sin periodo de carencia
- Periodo de Espera: 30 días
- Antigüedad laboral: seis meses con el mismo empleador.
- Trabajadores a término fijo, deberán tener al menos 6 meses de vigencia para la finalización de su contrato actual con el fin de ser elegibles para este programa.
- Esta cobertura será efectiva de la siguiente manera: Primer Mes -Segundo Mes y tercer mes: Un solo instalamento - Se efectúa en un único pago. A partir del cuarto Mes: el asegurado deberá acreditar el estado de Incapacidad o desempleo, hasta el pago máximo de cuotas mensuales aceptada por el cliente según la oferta económica será de 6 cuotas máximo.
- Para asegurados con contrato a término fijo deberán contar con un periodo superior a la suma periodo de carencia más el número de instalamentos en su contrato para calificar para este beneficio. (8 meses para el plan de 6 cuotas).

Las cuáles serán definidas en las condiciones particulares del negocio.

Esta cobertura será efectiva durante los meses de cobertura establecidos en las condiciones particulares siempre que persista la condición de desempleo, se pagarán las cuotas establecidas sin revisión del estado de desempleo

PERIODO DE CARENCIA: Corresponde al periodo mínimo de tiempo contado desde el inicio de vigencia de la cobertura, durante el cual el asegurado no tiene derecho alguno a la suma asegurada frente a la ocurrencia de un evento. El periodo máximo de carencia para esta cobertura se definirá en las condiciones particulares de la póliza.

PERIODO DE ESPERA: Corresponde al periodo mínimo de tiempo que debe transcurrir entre la fecha de ocurrencia del siniestro y el primer pago una vez tenga derecho a recibir la cobertura del beneficio, así como el periodo de tiempo que el asegurado deberá estar en estado de desempleo o Incapacitado Total y Permanentemente, para acceder al primer pago. El periodo de espera para esta cobertura definirá en las condiciones particulares de la póliza.

PERIODO ACTIVO MÍNIMO: Se refiere al tiempo que debe transcurrir durante el cual el asegurado que ya haya sido indemnizado en razón del seguro y que ha obtenido nuevamente un empleo o trabajo, debe mantenerse en éste para poder afectar nuevamente el seguro si incurre en desempleo involuntario otra vez. El periodo Activo Mínimo definido para esta cobertura es de seis (6) meses consecutivos con el mismo empleador.

ANTIGÜEDAD LABORAL: Se refiere al periodo de tiempo durante el cual el asegurado deberá depender de un mismo empleador para tener derecho a la cobertura de desempleo. El periodo de antigüedad laboral establecido para esta cobertura es de seis (6) meses.

PERÍODO DE REACTIVACIÓN PARA DESEMPLEO: Para esta cobertura es de ciento ochenta (180) días calendario continuos, durante los cuales el asegurado ya indemnizado por un primer evento debe permanecer en un nuevo empleo y, de esta manera, tener derecho a reclamación por un siguiente evento.

4.4.2. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL PARA INDEPENDIENTE

En caso de que un asegurado siendo trabajador independiente o empleado a cuenta propia cubierto, se incapacita de forma temporal como consecuencia de un mismo accidente o enfermedad corporal quedando inhabilitado para ejercer cualquier trabajo o labor profesional, sin perjuicio de que éste le genere un ingreso, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- a) La incapacidad esté debidamente certificada por un médico adscrito a la EPS o ARL a la cual se encuentre afiliado el asegurado o un médico especialista en medicina ocupacional.
- b) Que la incapacidad tenga una duración superior a quince (15) días corrientes continuos y no haya sido causada a voluntad del asegurado.
- c) Que previo al inicio de cobertura de ITT el asegurado no haya presentado una Incapacidad Total Temporal durante más de quince (15) días consecutivos, durante los doce (12) meses anteriores al inicio de vigencia

Si un asegurado presenta una nueva incapacidad de más de quince (15) días dentro de los sesenta (60) días siguientes al inicio de la primera incapacidad reportada, ésta se tomará como parte del primer evento y en consecuencia, se acumularán los pagos generados antes de la recaída y los que surjan como consecuencia de la misma.

INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL: Aplica solamente al asegurado que es trabajador independiente y empleado a cuenta propia (no devenga salario de un patrono) y que quede temporalmente incapacitado y por más de quince (15) días, para realizar sus labores debido a una lesión corporal accidental, enfermedad o una condición no excluida de la cobertura del seguro.

PERÍODO DE REACTIVACIÓN PARA ITT: Si la nueva incapacidad sucede después de transcurridos sesenta (60) días desde el inicio de la primera incapacidad temporal reportada, se constituirá como un nuevo evento y tendrá derecho a recibir hasta 4 pagos

PARÁGRAFO: ESTE ANEXO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO E INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL SERÁ VOLUNTARIO Y ANEXO AL AMPARO BÁSICO DE FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA. PARA ACCEDER AL ANEXO DE DESEMPLEO EL ASEGURADO DEBERÁ TENER LA PÓLIZA DE VIDA DEUDOR Y SU CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO EFECTIVAMENTE EXPEDIDA Y PAGADA CON PAN-AMERICAN LIFE.

5. EXCLUSIONES

Pan-American Life de Colombia S.A. quedará liberada de toda responsabilidad bajo el presente contrato de seguro cuando el siniestro se presente como consecuencia directa o indirecta de una condición preexistente.

5.1. EXCLUSIONES PARA EL AMPARO DE FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

PALIG no reconocerá indemnización alguna cuando el fallecimiento o la incapacidad total y permanente del asegurado sea consecuencia directa o indirecta de enfermedad o accidente preexistente o reticente a la fecha de inicio del amparo individual, que no haya sido declarada previamente a PALIG y autorizada por la compañía, como tampoco se cubrirá las lesiones provocadas por el mismo asegurado. Esta exclusión no aplicará para valores asegurados inferiores a Doscientos millones de pesos (\$200.000.000) y edad inferior a los 61 años.

5.2. EXCLUSIONES AL AMPARO DE ASISTENCIA MÉDICA

Esta cobertura no ampara los gastos relacionados con eventos que tengan origen o estén relacionados con alguna de las siguientes causas:

- a) Tratamientos y procedimientos estéticos para fines de embellecimiento y cualquier cirugía reconstructiva o tratamientos profilácticos o pre-protésicos no incluidos en el plan contratado.
- b) Tratamientos originados por enfermedades mentales y lesiones sufridas por el asegurado cuando éste se encuentre bajo efectos de sustancias sicotrópicas, alcohólicas o en estados de enajenación mental de cualquier etiología.

- c) Exámenes, procedimientos quirúrgicos y en general, el tratamiento de lesiones o afecciones de origen médico o dental no cubiertos por los amparos de la póliza, a menos que sean consecuencia de un accidente cuyo tratamiento odontológico y quirúrgico haya sido cubierto por ésta, en cuyo caso se excluyen los aparatos de prótesis oro-faciales, su implantación y restauración.
- d) Lesiones o enfermedades sufridas en guerra, declarada o no, rebelión, revolución, asonada, motín o conmoción civil cuando el asegurado sea partícipe de estas.
- e) Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- f) Hechos o actuaciones de las fuerzas armadas o de hechos de las fuerzas o cuerpos de seguridad.
- g) Los derivados de la energía nuclear radioactiva.
- h) Lesiones, accidentes o cualquier enfermedad derivada de la práctica profesional de deportes de alto riesgo, tales como: paracaidismo, alas delta, motocross, senderismo, motociclismo, automovilismo, aviación no comercial, montañismo y otros similares.
- i) Tratamientos médicos, odontológicos quirúrgicos u hospitalarios para pacientes en estado de muerte cerebral según los criterios éticos legales, clínicos y paraclínicos actuales para el diagnóstico de muerte cerebral.
- j) Lesiones autoinflingidas voluntarias o involuntarias y/o intento de suicidio.
- k) Procedimientos que exigen hospitalización o atención domiciliaria excepto cuando esta última hace parte de los amparos de la póliza.
- l) Los tratamientos hospitalarios y/o ambulatorios como consecuencia o complicación de un tratamiento no amparado por la póliza.
- m) Tratamientos experimentales y aplicación de medicamentos y/o material importado no reconocido en el plan de asistencia médica y/o odontológica;
- n) Así mismo, la compañía no se hace responsable de las consecuencias económicas que se deriven por los eventos que se detallan a continuación:
- o) Dolo o culpa grave de quien prestó al asegurado los servicios de asistencia, al ofrecer una asistencia médica.
- p) Reclamaciones en las que impida expresa o implícitamente, la debida tramitación del servicio, cuando el impedimento proceda de la víctima, de personas u órganos con poder público u otras personas grupos u órganos con el poder legal o coacción del hecho.
- q) Ninguna de las partes será responsable de los retrasos o incumplimiento de sus obligaciones o prestaciones en los casos de fuerza mayor que impidan tal cumplimiento.
- r) Se entiende por fuerza mayor las causas tales como, pero no limitadas a: guerra, invasiones, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), guerra civil, rebelión, insurrección, terrorismo o pronunciamiento, manifestaciones o movimientos populares, actos de gobiernos o de administración, fenómenos de la naturaleza y generalmente toda causa imprevisible y excesivamente gravosa que razonablemente impide a alguna de las partes cumplir sus obligaciones.
- s) Los servicios que el asegurado haya concertado por su cuenta sin el previo consentimiento de la compañía.

5.1. PERDIDA INVOLUNTARIA DEL EMPLEO

- a) Cuando el contrato de trabajo del asegurado termine por cualquiera de las siguientes causas:
 - Por decisión unilateral del trabajador.
 - Por despido con justa causa, de acuerdo a la legislación laboral colombiana.

- Por mutuo consentimiento entre el trabajador y el empleador sin que se efectúe pago alguno de bonificación o suma alguna, por decisión de parte del empleador.
 - Por expiración del término estipulado en los contratos a término fijo.
 - Por terminación de contratos obra o labor contratada.
 - Por no regresar el trabajador a su empleo, al desaparecer las causas de la suspensión del contrato.
 - Por muerte del trabajador.
- b) Cuando la terminación del contrato de trabajo se presente durante o a la finalización del período de prueba.
- c) Cuando el contrato de trabajo sea suspendido por cualquier causa.
- d) Cuando se trate de trabajadores empleados en su propia empresa.
- e) Cuando se trate de trabajadores Independientes o pensionados.
- f) Cuando el asegurado se encuentre empleado, incluso después de haber tenido un período sin empleo.
- g) Cuando la terminación del contrato de trabajo sea a consecuencia de una huelga general (una huelga contra todos los patrones de una industria o territorio) o de un paro laboral como medio para forzar a los empleadores a aceptar alguna demanda.
- h) Cuando la terminación del contrato de trabajo sea a consecuencia de una disputa laboral por sindicato (un paro laboral sindical para obtener concesiones del patrono en la cual estén envueltas más de una persona).
- i) Cuando la terminación del contrato de trabajo sea a consecuencia de un cierre (el cierre temporal de un lugar de trabajo o despido de empleados para desalentar actividades sindicales, o para obtener concesiones por parte del patrono y excluyendo cierres temporales normales).
- j) Cuando la terminación del contrato de trabajo sea a consecuencia de una conmoción civil, motín, insurrección, rebelión, o revolución.
- k) Cuando la terminación del contrato de trabajo sea a consecuencia de una guerra o acto de guerra, declarada o no.
- l) Cuando el contrato sea de tipo aprendizaje o prestación de servicios

5.2. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL PARA INDEPENDIENTE

- a) Accidentes originados por la participación del asegurado en:
- Tentativa de suicidio o lesiones causadas a sí mismo ya sea en estado de conciencia o inconciencia.
 - Lesiones causadas con arma de fuego, cortante, punzante y/o contundente, cuando el asegurado es sujeto activo (agresor).
 - Accidentes de aviación que sufra el asegurado cuando viaje como pasajero, salvo que viaje como pasajero de una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros.
 - Los accidentes causados por violación por parte del asegurado de cualquier norma de carácter legal.
 - Encontrarse el asegurado bajo influencia de bebidas embriagantes o de sustancias alucinógenas, drogas tóxicas o heroicas o cualquier otra sustancia que por su propia naturaleza produzca dependencia física o síquica.
 - Los accidentes que ocurran cuando el asegurado participe en competencias de velocidad o habilidad, o cuando el asegurado sea conductor o pasajero de motocicletas o motonetas o cuando participe en la práctica de deportes catalogados como de alto riesgo o extremos.
 - Temblores de tierra, erupciones volcánicas, terremoto, tifón, huracán, tornado, ciclón, Inundaciones, rayo, marejada o cualquier otro fenómeno o convulsión de la naturaleza.

- Lesiones inmediatas o tardías, causadas por energía atómica, reacción nuclear, radiación nuclear, contaminación radioactiva, química o bacteriológica.
 - Participación voluntaria en cualquier clase de riña o pelea.
- b) Alguno de los siguientes eventos:
- El estado de embarazo o los periodos de licencia por maternidad o paternidad.
 - Padecimiento de enfermedad mental de cualquier tipo y sus consecuencias, tales como estrés, ansiedad, depresión y desordenes nerviosos.
 - Enfermedades preexistentes por las que el asegurado haya sido atendido y tratado médicamente dentro de los seis (6) meses anteriores a la fecha de inicio de vigencia de la póliza individual de seguro.
 - Pandemias o epidemias declaradas por organismos competentes a nivel local o internacional
- c) No se incluyen bajo esta cobertura personas que se encuentren amparadas bajo la cobertura de desempleo.
- d) No se incluyen bajo esta cobertura a:
- Los pensionados.
 - Los miembros de las fuerzas militares o de la Policía Nacional.
 - Las personas que trabajan con instituciones gubernamentales o del estado.
 -
 - Las personas con contrato de trabajo.

6. EDADES

TIPO	INGRESO	PERMANENCIA
Muerte Por Cualquier Causa	De 18 años a 80 años no cumplidos	Hasta finalizar la deuda
Incapacidad Total y Permanente	De 18 años a 75 años y 364 días	Hasta finalizar la deuda
Pérdida Involuntaria Del Empleo	De 18 años a 65 años y 364 días	Hasta los 69 años y 364 días
Incapacidad Total Temporal Para Independiente	De 18 años a 65 años y 364 días	Hasta los 69 años y 364 días

7. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

7.1. CRÉDITOS INFERIORES A 200.000.000

Con sujeción a los límites y requisitos establecidos en las condiciones particulares y generales de la póliza, los ingresos de asegurados cuyo valor asegurado sea igual o inferior a \$200.000.000 y 61 años, no deberán diligenciar solicitud de seguro.

7.2. EXTRAPRIMAS

Para los asegurados con valores inferiores a \$200.000.000 y 61 años se podrán otorgar extraprimas automáticas de acuerdo a la siguiente tabla:

EXTRAPRIMA	%
HIPERTENSION ARTERIAL	25
TABAQUISMO MAS DE 10 CIGARRILLOS DIARIOS	25
INDICE DE MASA CORPORAL ENTRE 30 Y 34	25
INDICE DE MASA CORPORAL ENTRE 35 Y 39	50

OBSERVACIONES :
Enfermedades diferentes a las mencionadas, se deben consultar con Suscripción.
En caso de presentarse varios factores, ejemplo sobrepeso e Hipertensión Arterial, la extraprima debe sumarse
En caso de que la extraprima total sea superior a 150%, se debe consultar con Suscripción la viabilidad de aceptación.
En caso de que el resultado del IMC sea igual o superior a 40, se debe consultar con Suscripción

NO REQUIERE EXTRAPRIMA	REQUIERE HISTORIA CLÍNICA Y/O INFORME MÉDICO
VERTIGO	HIPOACUSIA
PRESBICIA	HEPATITIS B Y C
SEPTOPLASTIA	CIRUGIA DE RODILLA ARTROSCOPIA
VARICOCELE	INSUFICIENCIA RENAL
MIOPIA	TUBERCULOSIS
VENA VARICE	SINDROME DE SJORGEN
HERNIA INGUINAL Y/O UMBILICAL	TUMORES
HIPERMETROPIA	MIOMAS DIAGNÓSTICADOS MENOS DE 3 AÑOS
ASTIGMATISMO	ENFERMEDAD CARDIOVASCULARES
CORNETES	ARTRITIS REMATOIDEA
GASTRITIS	ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR
HIPOTIROIDISMO	INSUFICIENCIA CORONARIA
ASMA	EPILEPSIA
HIPOGLICEMIA	CANCER
HEPATITIS A	DISLIPIDEMIA
HISTERECTOMIA	HIPERCOLESTEROLEMIA
QUERATOCONO	HIPERGLICEMIA
RINITIS	HIPERTRIGLICERIDEMIA
SINUSITIS	ENFERMEDADES PULMONARES
FRACTURAS DE MAS DE 5 AÑOS	GLAUCOMA
CALCULOS RENALES	DIABETES
QUISTES BENIGNOS	ESCLEROSIS MÚLTIPLE
MIOMAS OPERADOS MAS DE 3 AÑOS	ANTECEDENTES DE CIRUGIAS INFERIORES A 5 AÑOS
	DIAGNÓSTICO DE VIH

7.3. CONDICIONES GENERALES

De \$1 a \$200.000.000	No diligenciamiento
De \$200.000.001 a \$500.000.000	Menores de 61 años: Formato Solicitud Individual de Seguro - Declaración de Asegurabilidad Personas con edades mayores o iguales a 61 años: Formato Solicitud Individual de Seguro - Declaración de Asegurabilidad , Examen médico y Prueba de orina
De \$500.000.001 a \$600.000.000	Menores de 46 años: Formato Solicitud Individual de Seguro - Declaración de Asegurabilidad, Examen médico y Prueba de orina. Personas con edades entre 46-61 años: Formato Solicitud Individual de Seguro - Declaración de Asegurabilidad, examen médico, Examen de orina completo, EKG, HIV, RX de Tórax y Perfil Bioquímica. Personas con edades mayores o iguales a 61 años: Formato Solicitud Individual de Seguro - Declaración de Asegurabilidad Examen médico, Examen de orina completo, EKG, HIV, RX de Tórax y Perfil Bioquímica, certificado médico donde se indique que no padecen ninguna enfermedad terminal.

De \$600.000.001 en adelante	Formato Solicitud Individual de Seguro - Declaración de Asegurabilidad, Examen médico, Examen de orina completo, EKG, HIV, RX de Tórax y Perfil Bioquímica, certificado médico donde se indique que no padecen ninguna enfermedad terminal.
------------------------------	---

8. PROCEDIMIENTOS

8.1. EXPEDICIÓN, MANEJO Y COBRO

El Tomador remitirá a La Aseguradora, mensualmente los listados con los valores asegurados vigentes por deudor, dicho reporte deberá realizarlo dentro de los primeros 10 días de cada mes del presente condicionado particular.

La Compañía efectuara la revisión correspondiente y expedirá y enviara la factura o certificado de seguro dentro de los tres (3) días hábiles al Tomador.

El tomador se compromete a suministrar la siguiente información a través de medio magnético:

- Número del crédito
- Tipo de documento
- Número de documento
- Primer Apellido
- Segundo Apellido
- Nombres
- Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)
- Género (F/M)
- Tipo de contrato laboral (termino fijo/Indefinido)
- Valor cuota mensual de amortización del crédito.
- Fecha de Desembolso
- Número de cuotas de amortización o plazo del crédito
- Altura del crédito en número de cuotas
- Valor asegurado individual (valor inicial del crédito)

8.2. EXÁMENES MÉDICOS

Para aquellos asegurados que por su valor asegurado o edad requieran de examen médico deberá seguirse el siguiente procedimiento:

- El Tomador tramitara la cita previa con el medico que sea elegido, de acuerdo con el Directorio Medico vigente.
- El Tomador diligenciará la carta remisora vigente, para el examen médico y complementario.
- El cliente deberá entregar al médico la carta remisoria en el momento de la cita médica.
- El medico examinador practicará el examen físico y solicitará los exámenes complementarios que considere necesarios basados en los que la Compañía exige, debiendo remitir los resultados a la Unidad de Vida de la Compañía.
- La Compañía analizará y se emitirá la calificación mediante comunicación escrita acerca de las condiciones de aceptación o rechazo del riesgo.

Nota: la Compañía asume para el ingreso el costo de los exámenes médicos descritos, en caso de ser necesario exámenes diferentes a los relacionados estos deberán ser sufragados por el Asegurado.

8.3. VIGENCIA DE LOS EXÁMENES MÉDICOS

Pan-American Life de Colombia Compañía de Seguros S.A. establece como vigencia máxima para los exámenes médicos practicados por los médicos adscritos a la Compañía un plazo de 364 días calendario, con las mismas calificaciones y/o limitaciones.

9. COBERTURA INDIVIDUAL

9.1. DURACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

La duración de la cobertura individual de seguro inicia desde el momento en que el Tomador desembolse el crédito, sujeta a la facturación y pago de la primera prima y estará vigente hasta la cancelación total de la deuda incluyendo eventuales prórrogas autorizadas por EL TOMADOR, extendiéndose también a la duración de procesos judiciales que se inicien para hacer efectivo el pago en casos de mora, con sujeción a la vigencia de la póliza.

Se ampara de manera automática y sin ningún tipo de requisitos, ni limitantes de edad, ni valor, cualquier tipo de reestructuración y/o Financiación a los créditos otorgados, siempre y cuando el incremento sobre el valor asegurado actual (en uno o varios créditos) no supere el 35%, superado este monto deberá cumplir con requisitos de asegurabilidad.

9.2. TERMINACIÓN DEL SEGURO:

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente Póliza y sus anexos termina por las siguientes causas:

- Por el no pago de la prima una vez pasado el periodo de 30 días.
- A la terminación de la vigencia del Seguro, si éste no se renueva.
- Por el pago de indemnización igual al 100% del valor asegurado por cualquiera de los amparos contratados
- Cuando el TOMADOR revoque por escrito la póliza.

9.3. AMPARO AUTOMÁTICO

Pan-American Life de Colombia Compañía de Seguros S.A., concede amparo automático para personas menores de 76 años de edad cuyo valor asegurado sea menor o igual a \$200.000.000 por persona en uno o varios créditos siempre y cuando diligencien la correspondiente solicitud de seguro, manifiesten estar en buen estado de salud y/o no indiquen padecer alguna de las enfermedades indicadas en la solicitud de seguro/declaración de salud.

Cuando el deudor solicite un nuevo crédito o un desembolso adicional al crédito actual, la compañía aseguradora aceptará la última calificación médica realizada, siempre y cuando tenga menos de un (1) año de vigencia.

El amparo automático hace referencia a las sumas iniciales para otorgar cobertura con el diligenciamiento y firma del formato de declaración de asegurabilidad, en consecuencia si un deudor toma un crédito por el límite del amparo automático, tendrá cobertura automáticamente independientemente que luego, por efecto de intereses crezca el valor de la deuda; por lo tanto en caso de siniestro la verificación del cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad se efectuará con respecto al valor del desembolso.

10. SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL

- Para asegurados cuyo ingreso sea anterior a 1 de enero del año 2020 será el saldo insoluto de la deuda.
- Para asegurados con fecha posterior al de enero del año 2020 será valor de desembolso.
- Para la cartera que tiene como valor asegurado el Saldo Insoluto, Palig lo tomará como valor de desembolso a partir del inicio de la vigencia.
- Para asegurados con fecha posterior a la fecha de inicio de vigencia con Palig (a ser determinada) será el 110% del valor de desembolso. La cobertura de desempleo e ITT será voluntaria.

MUERTE POR CUALQUIER CAUSA E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

El valor asegurado máximo en uno o múltiples créditos por fallecimiento o la incapacidad total y permanente del asegurado es de máximo mil millones de pesos (\$1.000'000.000).

Los amparos de muerte e incapacidad total y permanente son excluyentes entre sí.

DESEMPLEO / INCAPACIDAD TEMPORAL

En caso de siniestro la aseguradora indemnizará el valor certificado por EL TOMADOR para el deudor, hasta un máximo de SEIS (6) cuotas, con un máximo de \$4.500.000 por cuota, como pago mínimo mensual a la fecha donde ocurrió el siniestro, el cual incluye las cuotas e intereses que se encuentren en mora y así sucesivamente se continúa con la indemnización mensual hasta por el número de cuotas aseguradas, de acuerdo con los valores certificados mensualmente por EL TOMADOR

11. COBERTURA DE PREEXISTENCIAS

La Compañía asumirá indemnizaciones originadas por enfermedades preexistentes en el amparo de fallecimiento, diagnosticadas con anterioridad al momento en que se inicie la cobertura de cada riesgo, para los deudores del Tomador cuya suma asegurada en uno o varios créditos sea inferior a 200.000.001, sin diligenciamiento de solicitud de seguro a partir de la fecha en que se reporte tal novedad en los registros del Tomador y reportado a la Compañía.

12. CONTINUIDAD DE AMPARO

Se otorga, hasta las sumas aseguradas que traía el asegurado con la anterior Compañía, en las condiciones de salud y edad alcanzada en las que se encuentran. Para lo anterior, deberán presentar certificación de la aseguradora anterior respecto a volumen asegurado, siniestralidad y condiciones de suscripción.

13. AVISO DEL SINIESTRO

El TOMADOR, el Asegurado o los Beneficiarios según el caso, deberán dar aviso a la Compañía, de toda lesión, pérdida o muerte que pueda dar origen a una reclamación comprendida en los términos de esta Póliza, dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer los hechos que dan lugar a la reclamación.

14. PRUEBA DE LA RECLAMACIÓN

Los documentos necesarios para la formalización del reclamo son:

14.1. MUERTE ACCIDENTAL

- Formulario de reclamación suministrado por Pan-American Life de Colombia S.A. debidamente diligenciados por el asegurado o sus beneficiarios u oficio del TOMADOR.
- Original o fotocopia del registro civil de defunción del asegurado fallecido.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado fallecido.
- Certificación del saldo de la deuda del asegurado fallecido, emitida por EL TOMADOR

14.2. DOCUMENTOS GENERALES QUE DEBEN SER PRESENTADOS POR LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS O BENEFICIARIOS DE LEY

- Formato de reclamación diligenciado por cada uno de los beneficiarios.
- Formulario de conocimiento del cliente
- Documentos que acrediten parentesco:
- Copia autentica de registro civil de nacimiento.
- Cédula de ciudadanía.
- Tarjeta de Identidad si es menor de 7 años.
- • Copia autentica del registro civil de matrimonio o declaración extra juicio en caso de unión marital de hecho.
- Declaración extra juicio debe ser rendida por uno o varios de los interesados dentro del proceso donde se establezca estado civil del fallecido, se indique quien era el compañero permanente o esposo, se identifiquen los beneficiarios que consideran tener derecho plenamente con nombres completos y números de cedula, se identifique plenamente a los hijos y se incluya la frase “no existen hijos matrimoniales, extramatrimoniales, adoptivos, reconocidos o por reconocer con más o mejor derecho a los ya mencionados anteriormente”.

14.3. DESEMPLEO INVOLUNTARIO E INCAPACIDAD TEMPORAL

El pago de la indemnización por desempleo inicia pasados los 30 días calendario (siempre y cuando ya haya transcurrido el periodo de gracia), contados a partir de la fecha que el empleador oficializa el despido por medio de la comunicación formal dirigida al empleado. La primera cuota a indemnizar será la que informa EL TOMADOR por medio de la certificación y que se deba pagar después de haber pasado el periodo de espera, Para formalizar la reclamación se deben enviar los siguientes documentos:

En caso de Desempleo Involuntario:

- Formulario de reclamación suministrado por Pan-American Life de Colombia S.A. debidamente diligenciados por el asegurado o sus beneficiarios.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía.
- Original ó Copia del documento en el que conste la terminación de la relación laboral, en la cual se especifique el tipo de contrato laboral y el motivo de la terminación del mismo o carta de despido donde se detalle la información citada anteriormente.
- Original o Copia del documento en el que conste la liquidación de salarios y prestaciones sociales.
- Copia del Contrato Laboral o Certificación laboral
- A partir del cuarto mes, por cada mes de Desempleo Involuntario y hasta el máximo periodo cubierto, una declaración (formato de Pan-American Life) en la que se deje constancia de continuar en tal situación.
- Certificación emitida por EL TOMADOR en donde se refleje las cuotas, fecha de desembolso / última utilización, las fechas de pago, fecha de desempleo y valores que deben ser indemnizados.

- Esta cobertura será efectiva de la siguiente manera: Primer Mes -Segundo Mes y tercer mes: Un solo instalamento - Se efectúa en un único pago. A partir del cuarto Mes: el asegurado deberá acreditar el estado de Incapacidad o desempleo, hasta el pago máximo de cuotas mensuales aceptada por el cliente según la oferta económica

En Caso de Incapacidad Temporal:

- Formulario de reclamación suministrado por Pan-American Life de Colombia S.A. debidamente diligenciados por el asegurado o sus beneficiarios.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía.
- Certificados, historia clínica y exámenes médicos originales que acrediten la incapacidad temporal por más de 15 días corrientes, expedidos por el médico afiliado a la EPS o ARL o médico especialista en medicina ocupacional.
- En caso de encontrarse realizando aportes al sistema de seguridad social como cotizante, adjuntar copia de la planilla de dichos aportes.
- Certificación emitida por EL TOMADOR en donde se refleje las cuotas, fecha de desembolso / última utilización, las fechas de pago, fecha de desempleo y valores que deben ser indemnizados.
- Esta cobertura será efectiva de la siguiente manera: Primer Mes -Segundo Mes y tercer mes: Un solo instalamento - Se efectúa en un único pago. A partir del cuarto Mes: el asegurado deberá acreditar el estado de Incapacidad o desempleo, hasta el pago máximo de cuotas mensuales aceptada por el cliente según la oferta económica.

15. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

Pan-American Life de Colombia S.A. pagará directamente a los beneficiarios o por conducto del TOMADOR, la indemnización a que está obligada, dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que se acredite el siniestro.

Límite de Eventos a Indemnizar por asegurado bajo la cobertura de desempleo involuntario o incapacidad temporal: Se extiende máximo dos (2) eventos por vigencia anual, siempre y cuando entre el último pago del primer evento y la ocurrencia del segundo hayan transcurrido por lo menos 6 meses, máximo se pagaran 9 cuotas entre los dos eventos sin límite de eventos.

16. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El asegurado o beneficiario, en su caso, quedará privado de todo derecho procedente de la presente Póliza, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, o si en apoyo de ella se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos

17. PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones que se derivan del presente contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

18. CONDICIONES ECONÓMICAS

18.1. TABLAS RESUMEN

18.1.1. Vida e ITP, para todos los créditos colocados por el tomador

AMPARO	TASA MENSUAL
MUERTE E ITP	\$1.500 (por millón) sobre el valor desembolsado para todos los nuevos desembolsos

18.1.2. Desempleo para todos los nuevos, y que tomen el beneficio al momento de originarse el crédito, tendrán las siguientes tarifas

AMPARO	TASA MENSUAL
DESEMPLEO	4,1769% (por ciento), se calcula sobre el valor de la cuota mensual

Intermediario: Negocio Directo

18.2. FORMA DE COBRO

El cobro de la prima se efectuará de forma MENSUAL VENCIDA según el reporte de la entidad tomadora el cual deberá ser entregado en medio magnético.

18.3. PAGO DE LA PRIMA

El TOMADOR deberá pagar dentro de los sesenta (60) días contados a partir de la fecha de radicación en del documento de facturación expedido por la aseguradora.

En consecuencia, la cobertura otorgada terminará automáticamente sí al día 91 no se ha efectuado el pago de la prima correspondiente.

18.4. MODALIDAD DE COBRO.

Reporte y cobro mensual. La prima se calcula aplicando la tasa mensual sobre el pago mínimo facturado por el mes por todos los deudores, incluyendo los intereses de mora generados mensualmente, indicando igualmente el número total de obligaciones con corte del último día del mes inmediatamente anterior.

19. CLAUSULA DE CAUSALIDAD

El concepto de reticencia o inexactitud se aplicará respetando el principio de causalidad, es decir, se objetará el pago del seguro solamente en aquellos casos en que la muerte o la incapacidad se produzcan por casos relacionados directamente con los hechos materia de inexactitud o reticencia en la declaración de asegurabilidad.

20. ERRORES Y OMISIONES

El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos y circunstancias que determinen el estado del riesgo. La inexactitud sobre hechos o circunstancias que conocidos por la compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. Sin embargo, si se incurriere en errores, omisiones e inexactitudes no imputables al tomador o al asegurado, el contrato no será nulo ni habrá lugar a la aplicación del inciso 3o del artículo 1058 del Código de Comercio sobre reducción porcentual de la prestación asegurada, en este caso, se deducirá de la indemnización la diferencia de primas no cobradas durante el tiempo de vigencia del seguro. Los errores u omisiones involuntarios imputables al tomador en el reporte de la información, no afectarán los derechos derivados de la póliza.

21. INDEMNIZACIONES ESPECIALES “EX –GRATIA”

El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos y circunstancias que determinen Pan-American Life de Colombia S.A., procederá con la indemnización de siniestros “Ex-Gratia” (reclamaciones, cumplan o no con las condiciones de cobertura del anexo de desempleo involuntario / incapacidad temporal o demás amparos hasta el valor de \$100.000.000 (cien millones de pesos) para la vigencia anual, siempre y cuando el índice total de siniestros sea inferior al 10%.

Condiciones para todas las Indemnizaciones Especiales

- Lo anterior comprende a todas las pólizas del programa.
- Este límite indemnizatorio no podrá ser acumulado ni trasladado de una vigencia a otra y deberá ser utilizado durante la vigencia de la póliza.
- Este valor será utilizado para cualquier cálculo del resultado de la cuenta incluyendo Participación de Utilidades.
- En ningún caso las indemnizaciones especiales “Ex-Gratia”, podrán superar la suficiencia de primas
- El pago de indemnizaciones “Ex-Gratia”, no genera un precedente para futuros pagos o siniestros que no cuenten con cobertura de acuerdo a las condiciones de la póliza.

22. REVISIÓN DE SINIESTRALIDAD

LA COMPAÑÍA efectuará semestralmente una revisión y análisis del valor de la prima de seguro cobrada al tomador en función del resultado técnico y el comportamiento de siniestralidad del producto de seguro adquirido como resultado de lo cual, deberá informarse al asegurado en forma previa, los cambios que llegaren a realizarse en el valor de la prima de seguro.

Cuando el porcentaje de siniestralidad exceda los estándares normales de la compañía, se podrá; incrementar las Primas a los Tomadores, reducir los retornos de los tomadores y reducir la comisión de forma proporcional hasta que la siniestralidad llegue a porcentajes normales.

23. CLAUSULA OFAC

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente Póliza y sus Anexos, terminara cuando EL TOMADOR, sus administradores, asegurados y/o beneficiarios fueren vinculados a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo, lavado de activos, secuestro, enriquecimiento ilícito o sean incluidos en cualquier lista de lavado de activos controlada por cualquier autoridad Colombiana o extranjera como por ejemplo la Oficina de Lavado de Activos en el exterior OFAC del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de América o cualquier otra lista internacional vinculante para Colombia de acuerdo con el derecho internacional o hayan sido condenados en cualquier proceso judicial por la comisión de un delito o por el simple señalamiento público como autores o participantes de actividades ilícitas.

NOTA DE COBERTURA

SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDOR CON ANEXO DE DESEMPLEO E ITT

PÓLIZA 05267

TOMADOR: TOYOTA FINANCIAL SERVICES COLOMBIA

NIT: 900.839.702-9

ACTIVIDAD: Financiera

MODALIDAD: Deudor con anexo de Desempleo Involuntario e Incapacidad Total Temporal

ADHESIÓN: Voluntario

TIPO DE CENSO: Nominado

VIGENCIA: Julio 1 de 2023 a las 00:00 horas hasta el 30 de junio de 2024 a las 24:00 horas

CIA: 009

En relación a su amable solicitud de presentar términos de cotización para el negocio en referencia nos permitimos remitir la presente Nota de Cobertura. Este documento resume los términos y condiciones generales del producto cotizado. La validez de este documento está sujeta a la entrega de todos los documentos pertinentes y necesarios para la expedición de la póliza, incluyendo pero no limitado al cumplimiento de toda la documentación necesaria para las validaciones requeridas del Sistema de Prevención de Lavado de Activos, que en caso que se manifieste algún indicador positivo en esta evaluación, el presente documento perderá todo valor, aun cuando se hayan recibido primas en función del negocio, las cuales serán devueltas al Tomador.

El valor de la prima y las condiciones del seguro que se presentan en este documento están determinadas por la información suministrada por el Intermediario o el Tomador del seguro respecto del propuesto grupo asegurable, de manera que, si la información cambia, en términos del censo reportado para la cotización versus el censo actual, posiblemente genere algún cambio en las primas del seguro.

Por consiguiente, el presente documento no obliga a La Compañía a otorgar cobertura en caso de incumplimiento de la normativa de SARLAFT u OFAC. Tampoco reemplazará, las condiciones generales y particulares de la póliza de seguro y queda la Compañía sujeta a recibir, analizar y aprobar la información suministrada antes de la expedición de la póliza de seguros.

Los requisitos, parámetros y lineamientos exigidos por Pan-American Life se entenderán cumplidos mediante la expedición de una comunicación escrita, en la cual indicará el cumplimiento de dichos requisitos y su intención de asumir el riesgo. PALIG aceptará el riesgo cuando emita la póliza en la que se consignan los términos del contrato.

Esperamos que esta propuesta cumpla con sus expectativas, así mismo agradecemos al dar respuesta al presente documento.

CONDICIONES DEL NEGOCIO

Sin perjuicio de lo registrado en las condiciones generales de la Póliza de Vida Grupo de Pan-American Life o de sus anexos (CÓDIGO CLÁUSULADO: 01/12/2021-1416-P-34-VIDA_GRUPODEUDOR-DRCI, Anexo 01/12/2021-1416-A-34-AN_INC_TOTALPERM-DRCI, ANEXO: 01/12/2021-1416-A-34-AN_DESEMPLEO_ITT-DRCI) se deja con estas condiciones particulares expresa constancia de las Condiciones de Expedición por el periodo arriba indicado:

1. ALCANCE DE LA COBERTURA

La póliza otorga cobertura de Muerte por cualquier causa y Desempleo para el Titular reportado por el tomador.

El seguro solo será válido si efectivamente existe reporte por parte del tomador

2. GRUPO ASEGURADO

Están amparados todos los usuarios del crédito del Tomador, que desarrollen actividades y ocupaciones lícitas y no se encuentren al margen de la ley.

Estarán asegurados deudores principales y solidarios siempre y cuando cada uno diligencie declaración de asegurabilidad y se realice el pago de la prima correspondiente por cada uno de los riesgos independientemente. (Es decir el pago de primas se realizará por vida asegurada y no por crédito)

Todas las operaciones de compra de cartera que efectúe el tomador y que generen un cambio en el grupo asegurable de más del 10% de la suma asegurada total al momento del proceso de compra de cartera deberán ser notificadas a PALIG para su aprobación con 60 días de anterioridad al proceso de compra de cartera.

3. BENEFICIARIOS

Muerte Por Cualquier Causa e Incapacidad Total Y Permanente: El TOMADOR hasta el saldo insoluto de la deuda y en exceso los beneficiarios de ley o los que haya declarado el asegurado.

Desempleo o Incapacidad Temporal: el beneficiario será El TOMADOR hasta el máximo de cuotas y límite de eventos indicados y en todo caso sin superar el saldo insoluto de la deuda a la fecha de ocurrencia del evento asegurado

4. AMPAROS

4.1 AMPARO BÁSICO - FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA

El presente amparo cubre el fallecimiento del asegurado, cualquiera sea la causa, siempre y cuando se produzca dentro de la vigencia del amparo individual.

Pan-American Life de Colombia Compañía de Seguros S.A. pagará al TOMADOR beneficiario del seguro el valor asegurado en caso de fallecimiento por muerte natural o accidental de la persona asegurada bajo el presente contrato de seguro; incluyendo homicidio, suicidio, terrorismo y Sida.

4.2 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Entendiéndose por incapacidad Total y Permanente la sufrida por el asegurado como consecuencia de un accidente o enfermedad que se le califique durante la vigencia del seguro, que le produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales, la inhabilitación funcional total y definitiva de cualquier órgano o miembro lesionado que de por vida y le impidan desempeñar todas las ocupaciones o empleos remunerados para los cuales se encuentra razonablemente calificado en razón de su educación, entrenamiento o experiencia, la incapacidad será total y permanente cuando la calificación de la pérdida de capacidad laboral sea igual o superior al 50%, de conformidad con la fecha del dictamen de la respectiva ARL, AFP, Junta de Calificación u Organismo Equivalente tomando como base para la determinación de la pérdida el Manual Único de Calificación de Invalidez vigente en Colombia, el Dictamen deberá estar debidamente ejecutoriado y en firme. Siempre que dicha incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor de 120 días y no haya sido provocada por el asegurado.

Tratándose de regímenes especiales en los que el Dictamen no señale expresamente la fecha de estructuración de la Invalidez, se tomará como fecha de la Incapacidad Total y Permanente la fecha del Dictamen, el cual debe proferirse durante la vigencia de la póliza.

Este amparo no es acumulable con el amparo básico de muerte, por lo tanto una vez pagada la indemnización por incapacidad total y permanente, Pan-American Life de Colombia S.A. se libera de toda responsabilidad bajo esta póliza.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de Incapacidad Total y Permanente, se considerará como tal la pérdida total e irreparable de la visión de ambos ojos; la amputación de ambas manos o ambos pies; o de toda una mano y de todo un pie.

4.3 TELEMEDICINA

LA COMPAÑÍA se obliga a dar cobertura a los siguientes procedimientos de asistencia médica en un todo de acuerdo con las limitaciones, periodos de carencia, copagos y de acuerdo con la descripción del plan contratado.

4.3.1 Tele orientación médica.

Bajo esta cobertura se incluye el conjunto de acciones que desarrolla el prestador de referencia de telemedicina y sus médicos a través de la plataforma digital DEL TERCERO para direccionar al usuario o proporcionar información, consejería y asesoría en los componentes de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y diagnóstico. Este amparo debe estar contemplado en la descripción del plan contratado.

El teleorientador debe informar al usuario el alcance de la orientación y entregar copia o resumen de la comunicación si el paciente lo solicita

Telemedicina es la modalidad de atención en salud, realizada a distancia, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación para intercambiar datos, con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios de salud a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica.

4.4 DESEMPLEO INVOLUNTARIO E INCAPACIDAD TEMPORAL

Mediante el presente anexo y no obstante lo que se diga en contrario en las condiciones generales de la póliza de vida grupo, Pan-American Life de Colombia S.A. pagará el valor de la cuota mensual que se genere por cualquier tipo de crédito otorgado por EL TOMADOR, de las personas naturales, por alguno de los siguientes eventos la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza:

4.4.1. PÉRDIDA INVOLUNTARIA DEL EMPLEO

PALIG pagará la suma mensual asegurada en caso que un asegurado cubierto sea despedido sin justa causa, conforme con lo estipulado al respecto en la legislación laboral colombiana, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones de

- Periodo de Carencia: Sin periodo de carencia
- Periodo de Espera: 30 días
- Antigüedad laboral: seis meses con el mismo empleador.
- Trabajadores a término fijo, deberán tener al menos 6 meses de vigencia para la finalización de su contrato actual con el fin de ser elegibles para este programa.
- Esta cobertura será efectiva de la siguiente manera: Primer Mes -Segundo Mes y tercer mes: Un solo instalamento - Se efectúa en un único pago. A partir del cuarto Mes: el asegurado deberá acreditar el estado de Incapacidad o desempleo, hasta el pago máximo de cuotas mensuales aceptada por el cliente según la oferta económica será de 6 cuotas máximo.
- Para asegurados con contrato a término fijo deberán contar con un periodo superior a la suma periodo de carencia más el número de instalamentos en su contrato para calificar para este beneficio. (8 meses para el plan de 6 cuotas).

Las cuáles serán definidas en las condiciones particulares del negocio.

Esta cobertura será efectiva durante los meses de cobertura establecidos en las condiciones particulares siempre que persista la condición de desempleo, se pagarán las cuotas establecidas sin revisión del estado de desempleo

PERIODO DE CARENCIA: Corresponde al periodo mínimo de tiempo contado desde el inicio de vigencia de la cobertura, durante el cual el asegurado no tiene derecho alguno a la suma asegurada frente a la ocurrencia de un evento. El periodo máximo de carencia para esta cobertura se definirá en las condiciones particulares de la póliza.

PERIODO DE ESPERA: Corresponde al periodo mínimo de tiempo que debe transcurrir entre la fecha de ocurrencia del siniestro y el primer pago una vez tenga derecho a recibir la cobertura del beneficio, así como el periodo de tiempo que el asegurado deberá estar en estado de desempleo o Incapacitado Total y Permanentemente, para acceder al primer pago. El periodo de espera para esta cobertura definirá en las condiciones particulares de la póliza.

PERIODO ACTIVO MÍNIMO: Se refiere al tiempo que debe transcurrir durante el cual el asegurado que ya haya sido indemnizado en razón del seguro y que ha obtenido nuevamente un empleo o trabajo, debe mantenerse en éste para poder afectar nuevamente el seguro si incurre en desempleo involuntario otra vez. El periodo Activo Mínimo definido para esta cobertura es de seis (6) meses consecutivos con el mismo empleador.

ANTIGÜEDAD LABORAL: Se refiere al periodo de tiempo durante el cual el asegurado deberá depender de un mismo empleador para tener derecho a la cobertura de desempleo. El periodo de antigüedad laboral establecido para esta cobertura es de seis (6) meses.

PERÍODO DE REACTIVACIÓN PARA DESEMPLEO: Para esta cobertura es de ciento ochenta (180) días calendario continuos, durante los cuales el asegurado ya indemnizado por un primer evento debe permanecer en un nuevo empleo y, de esta manera, tener derecho a reclamación por un siguiente evento.

4.4.2. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL PARA INDEPENDIENTE

En caso de que un asegurado siendo trabajador independiente o empleado a cuenta propia cubierto, se incapacita de forma temporal como consecuencia de un mismo accidente o enfermedad corporal quedando inhabilitado para ejercer cualquier trabajo o labor profesional, sin perjuicio de que éste le genere un ingreso, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- a) La incapacidad esté debidamente certificada por un médico adscrito a la EPS o ARL a la cual se encuentre afiliado el asegurado o un médico especialista en medicina ocupacional.
- b) Que la incapacidad tenga una duración superior a quince (15) días corrientes continuos y no haya sido causada a voluntad del asegurado.
- c) Que previo al inicio de cobertura de ITT el asegurado no haya presentado una Incapacidad Total Temporal durante más de quince (15) días consecutivos, durante los doce (12) meses anteriores al inicio de vigencia

Si un asegurado presenta una nueva incapacidad de más de quince (15) días dentro de los sesenta (60) días siguientes al inicio de la primera incapacidad reportada, ésta se tomará como parte del primer evento y en consecuencia, se acumularán los pagos generados antes de la recaída y los que surjan como consecuencia de la misma.

INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL: Aplica solamente al asegurado que es trabajador independiente y empleado a cuenta propia (no devenga salario de un patrono) y que quede temporalmente incapacitado y por más de quince (15) días, para realizar sus labores debido a una lesión corporal accidental, enfermedad o una condición no excluida de la cobertura del seguro.

PERÍODO DE REACTIVACIÓN PARA ITT: Si la nueva incapacidad sucede después de transcurridos sesenta (60) días desde el inicio de la primera incapacidad temporal reportada, se constituirá como un nuevo evento y tendrá derecho a recibir hasta 4 pagos

PARÁGRAFO: ESTE ANEXO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO E INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL SERÁ VOLUNTARIO Y ANEXO AL AMPARO BÁSICO DE FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA. PARA ACCEDER AL ANEXO DE DESEMPLEO EL ASEGURADO DEBERÁ TENER LA PÓLIZA DE VIDA DEUDOR Y SU CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO EFECTIVAMENTE EXPEDIDA Y PAGADA CON PAN-AMERICAN LIFE.

5. EXCLUSIONES

Pan-American Life de Colombia S.A. quedará liberada de toda responsabilidad bajo el presente contrato de seguro cuando el siniestro se presente como consecuencia directa o indirecta de una condición preexistente.

5.1. EXCLUSIONES PARA EL AMPARO DE FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

PALIG no reconocerá indemnización alguna cuando el fallecimiento o la incapacidad total y permanente del asegurado sea consecuencia directa o indirecta de enfermedad o accidente preexistente o reticente a la fecha de inicio del amparo individual, que no haya sido declarada previamente a PALIG y autorizada por la compañía, como tampoco se cubrirá las lesiones provocadas por el mismo asegurado. Esta exclusión no aplicará para valores asegurados inferiores a Doscientos millones de pesos (\$200.000.000) y edad inferior a los 61 años.

5.2. EXCLUSIONES AL AMPARO DE ASISTENCIA MÉDICA

Esta cobertura no ampara los gastos relacionados con eventos que tengan origen o estén relacionados con alguna de las siguientes causas:

- a) Tratamientos y procedimientos estéticos para fines de embellecimiento y cualquier cirugía reconstructiva o tratamientos profilácticos o pre-protésicos no incluidos en el plan contratado.
- b) Tratamientos originados por enfermedades mentales y lesiones sufridas por el asegurado cuando éste se encuentre bajo efectos de sustancias sicotrópicas, alcohólicas o en estados de enajenación mental de cualquier etiología.

- c) Exámenes, procedimientos quirúrgicos y en general, el tratamiento de lesiones o afecciones de origen médico o dental no cubiertos por los amparos de la póliza, a menos que sean consecuencia de un accidente cuyo tratamiento odontológico y quirúrgico haya sido cubierto por ésta, en cuyo caso se excluyen los aparatos de prótesis oro-faciales, su implantación y restauración.
- d) Lesiones o enfermedades sufridas en guerra, declarada o no, rebelión, revolución, asonada, motín o conmoción civil cuando el asegurado sea partícipe de estas.
- e) Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- f) Hechos o actuaciones de las fuerzas armadas o de hechos de las fuerzas o cuerpos de seguridad.
- g) Los derivados de la energía nuclear radioactiva.
- h) Lesiones, accidentes o cualquier enfermedad derivada de la práctica profesional de deportes de alto riesgo, tales como: paracaidismo, alas delta, motocross, senderismo, motociclismo, automovilismo, aviación no comercial, montañismo y otros similares.
- i) Tratamientos médicos, odontológicos quirúrgicos u hospitalarios para pacientes en estado de muerte cerebral según los criterios éticos legales, clínicos y paraclínicos actuales para el diagnóstico de muerte cerebral.
- j) Lesiones autoinflingidas voluntarias o involuntarias y/o intento de suicidio.
- k) Procedimientos que exigen hospitalización o atención domiciliaria excepto cuando esta última hace parte de los amparos de la póliza.
- l) Los tratamientos hospitalarios y/o ambulatorios como consecuencia o complicación de un tratamiento no amparado por la póliza.
- m) Tratamientos experimentales y aplicación de medicamentos y/o material importado no reconocido en el plan de asistencia médica y/o odontológica;
- n) Así mismo, la compañía no se hace responsable de las consecuencias económicas que se deriven por los eventos que se detallan a continuación:
- o) Dolo o culpa grave de quien prestó al asegurado los servicios de asistencia, al ofrecer una asistencia médica.
- p) Reclamaciones en las que impida expresa o implícitamente, la debida tramitación del servicio, cuando el impedimento proceda de la víctima, de personas u órganos con poder público u otras personas grupos u órganos con el poder legal o coacción del hecho.
- q) Ninguna de las partes será responsable de los retrasos o incumplimiento de sus obligaciones o prestaciones en los casos de fuerza mayor que impidan tal cumplimiento.
- r) Se entiende por fuerza mayor las causas tales como, pero no limitadas a: guerra, invasiones, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), guerra civil, rebelión, insurrección, terrorismo o pronunciamiento, manifestaciones o movimientos populares, actos de gobiernos o de administración, fenómenos de la naturaleza y generalmente toda causa imprevisible y excesivamente gravosa que razonablemente impide a alguna de las partes cumplir sus obligaciones.
- s) Los servicios que el asegurado haya concertado por su cuenta sin el previo consentimiento de la compañía.

5.1. PERDIDA INVOLUNTARIA DEL EMPLEO

- a) Cuando el contrato de trabajo del asegurado termine por cualquiera de las siguientes causas:
 - Por decisión unilateral del trabajador.
 - Por despido con justa causa, de acuerdo a la legislación laboral colombiana.

- Por mutuo consentimiento entre el trabajador y el empleador sin que se efectúe pago alguno de bonificación o suma alguna, por decisión de parte del empleador.
 - Por expiración del término estipulado en los contratos a término fijo.
 - Por terminación de contratos obra o labor contratada.
 - Por no regresar el trabajador a su empleo, al desaparecer las causas de la suspensión del contrato.
 - Por muerte del trabajador.
- b) Cuando la terminación del contrato de trabajo se presente durante o a la finalización del período de prueba.
- c) Cuando el contrato de trabajo sea suspendido por cualquier causa.
- d) Cuando se trate de trabajadores empleados en su propia empresa.
- e) Cuando se trate de trabajadores Independientes o pensionados.
- f) Cuando el asegurado se encuentre empleado, incluso después de haber tenido un período sin empleo.
- g) Cuando la terminación del contrato de trabajo sea a consecuencia de una huelga general (una huelga contra todos los patrones de una industria o territorio) o de un paro laboral como medio para forzar a los empleadores a aceptar alguna demanda.
- h) Cuando la terminación del contrato de trabajo sea a consecuencia de una disputa laboral por sindicato (un paro laboral sindical para obtener concesiones del patrono en la cual estén envueltas más de una persona).
- i) Cuando la terminación del contrato de trabajo sea a consecuencia de un cierre (el cierre temporal de un lugar de trabajo o despido de empleados para desalentar actividades sindicales, o para obtener concesiones por parte del patrono y excluyendo cierres temporales normales).
- j) Cuando la terminación del contrato de trabajo sea a consecuencia de una conmoción civil, motín, insurrección, rebelión, o revolución.
- k) Cuando la terminación del contrato de trabajo sea a consecuencia de una guerra o acto de guerra, declarada o no.
- l) Cuando el contrato sea de tipo aprendizaje o prestación de servicios

5.2. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL PARA INDEPENDIENTE

- a) Accidentes originados por la participación del asegurado en:
- Tentativa de suicidio o lesiones causadas a sí mismo ya sea en estado de conciencia o inconciencia.
 - Lesiones causadas con arma de fuego, cortante, punzante y/o contundente, cuando el asegurado es sujeto activo (agresor).
 - Accidentes de aviación que sufra el asegurado cuando viaje como pasajero, salvo que viaje como pasajero de una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros.
 - Los accidentes causados por violación por parte del asegurado de cualquier norma de carácter legal.
 - Encontrarse el asegurado bajo influencia de bebidas embriagantes o de sustancias alucinógenas, drogas tóxicas o heroicas o cualquier otra sustancia que por su propia naturaleza produzca dependencia física o síquica.
 - Los accidentes que ocurran cuando el asegurado participe en competencias de velocidad o habilidad, o cuando el asegurado sea conductor o pasajero de motocicletas o motonetas o cuando participe en la práctica de deportes catalogados como de alto riesgo o extremos.
 - Temblores de tierra, erupciones volcánicas, terremoto, tifón, huracán, tornado, ciclón, Inundaciones, rayo, marejada o cualquier otro fenómeno o convulsión de la naturaleza.

- Lesiones inmediatas o tardías, causadas por energía atómica, reacción nuclear, radiación nuclear, contaminación radioactiva, química o bacteriológica.
 - Participación voluntaria en cualquier clase de riña o pelea.
- b) Alguno de los siguientes eventos:
- El estado de embarazo o los periodos de licencia por maternidad o paternidad.
 - Padecimiento de enfermedad mental de cualquier tipo y sus consecuencias, tales como estrés, ansiedad, depresión y desordenes nerviosos.
 - Enfermedades preexistentes por las que el asegurado haya sido atendido y tratado médicamente dentro de los seis (6) meses anteriores a la fecha de inicio de vigencia de la póliza individual de seguro.
 - Pandemias o epidemias declaradas por organismos competentes a nivel local o internacional
- c) No se incluyen bajo esta cobertura personas que se encuentren amparadas bajo la cobertura de desempleo.
- d) No se incluyen bajo esta cobertura a:
- Los pensionados.
 - Los miembros de las fuerzas militares o de la Policía Nacional.
 - Las personas que trabajan con instituciones gubernamentales o del estado.
 -
 - Las personas con contrato de trabajo.

6. EDADES

TIPO	INGRESO	PERMANENCIA
Muerte Por Cualquier Causa	De 18 años a 80 años no cumplidos	Hasta finalizar la deuda
Incapacidad Total y Permanente	De 18 años a 75 años y 364 días	Hasta finalizar la deuda
Pérdida Involuntaria Del Empleo	De 18 años a 65 años y 364 días	Hasta los 69 años y 364 días
Incapacidad Total Temporal Para Independiente	De 18 años a 65 años y 364 días	Hasta los 69 años y 364 días

7. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

7.1. CRÉDITOS INFERIORES A 200.000.000

Con sujeción a los límites y requisitos establecidos en las condiciones particulares y generales de la póliza, los ingresos de asegurados cuyo valor asegurado sea igual o inferior a \$200.000.000 y 61 años, no deberán diligenciar solicitud de seguro.

7.2. EXTRAPRIMAS

Para los asegurados con valores inferiores a \$200.000.000 y 61 años se podrán otorgar extraprimas automáticas de acuerdo a la siguiente tabla:

EXTRAPRIMA	%
HIPERTENSION ARTERIAL	25
TABAQUISMO MAS DE 10 CIGARRILLOS DIARIOS	25
INDICE DE MASA CORPORAL ENTRE 30 Y 34	25
INDICE DE MASA CORPORAL ENTRE 35 Y 39	50

OBSERVACIONES :
Enfermedades diferentes a las mencionadas, se deben consultar con Suscripción.
En caso de presentarse varios factores, ejemplo sobrepeso e Hipertensión Arterial, la extraprima debe sumarse
En caso de que la extraprima total sea superior a 150%, se debe consultar con Suscripción la viabilidad de aceptación.
En caso de que el resultado del IMC sea igual o superior a 40, se debe consultar con Suscripción

NO REQUIERE EXTRAPRIMA	REQUIERE HISTORIA CLÍNICA Y/O INFORME MÉDICO
VERTIGO	HIPOACUSIA
PRESBICIA	HEPATITIS B Y C
SEPTOPLASTIA	CIRUGIA DE RODILLA ARTROSCOPIA
VARICOCELE	INSUFICIENCIA RENAL
MIOPIA	TUBERCULOSIS
VENA VARICE	SINDROME DE SJORGEN
HERNIA INGUINAL Y/O UMBILICAL	TUMORES
HIPERMETROPIA	MIOMAS DIAGNÓSTICADOS MENOS DE 3 AÑOS
ASTIGMATISMO	ENFERMEDAD CARDIOVASCULARES
CORNETES	ARTRITIS REMATOIDEA
GASTRITIS	ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR
HIPOTIROIDISMO	INSUFICIENCIA CORONARIA
ASMA	EPILEPSIA
HIPOGLICEMIA	CANCER
HEPATITIS A	DISLIPIDEMIA
HISTERECTOMIA	HIPERCOLESTEROLEMIA
QUERATOCONO	HIPERGLICEMIA
RINITIS	HIPERTRIGLICERIDEMIA
SINUSITIS	ENFERMEDADES PULMONARES
FRACTURAS DE MAS DE 5 AÑOS	GLAUCOMA
CALCULOS RENALES	DIABETES
QUISTES BENIGNOS	ESCLEROSIS MÚLTIPLE
MIOMAS OPERADOS MAS DE 3 AÑOS	ANTECEDENTES DE CIRUGIAS INFERIORES A 5 AÑOS
	DIAGNÓSTICO DE VIH

7.3. CONDICIONES GENERALES

De \$1 a \$200.000.000	No diligenciamiento
De \$200.000.001 a \$500.000.000	Menores de 61 años: Formato Solicitud Individual de Seguro - Declaración de Asegurabilidad Personas con edades mayores o iguales a 61 años: Formato Solicitud Individual de Seguro - Declaración de Asegurabilidad , Examen médico y Prueba de orina
De \$500.000.001 a \$600.000.000	Menores de 46 años: Formato Solicitud Individual de Seguro - Declaración de Asegurabilidad, Examen médico y Prueba de orina. Personas con edades entre 46-61 años: Formato Solicitud Individual de Seguro - Declaración de Asegurabilidad, examen médico, Examen de orina completo, EKG, HIV, RX de Tórax y Perfil Bioquímica. Personas con edades mayores o iguales a 61 años: Formato Solicitud Individual de Seguro - Declaración de Asegurabilidad Examen médico, Examen de orina completo, EKG, HIV, RX de Tórax y Perfil Bioquímica, certificado médico donde se indique que no padecen ninguna enfermedad terminal.

De \$600.000.001 en adelante	Formato Solicitud Individual de Seguro - Declaración de Asegurabilidad, Examen médico, Examen de orina completo, EKG, HIV, RX de Tórax y Perfil Bioquímica, certificado médico donde se indique que no padecen ninguna enfermedad terminal.
------------------------------	---

8. PROCEDIMIENTOS

8.1. EXPEDICIÓN, MANEJO Y COBRO

El Tomador remitirá a La Aseguradora, mensualmente los listados con los valores asegurados vigentes por deudor, dicho reporte deberá realizarlo dentro de los primeros 10 días de cada mes del presente condicionado particular.

La Compañía efectuara la revisión correspondiente y expedirá y enviara la factura o certificado de seguro dentro de los tres (3) días hábiles al Tomador.

El tomador se compromete a suministrar la siguiente información a través de medio magnético:

- Número del crédito
- Tipo de documento
- Número de documento
- Primer Apellido
- Segundo Apellido
- Nombres
- Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)
- Género (F/M)
- Tipo de contrato laboral (termino fijo/Indefinido)
- Valor cuota mensual de amortización del crédito.
- Fecha de Desembolso
- Número de cuotas de amortización o plazo del crédito
- Altura del crédito en número de cuotas
- Valor asegurado individual (valor inicial del crédito)

8.2. EXÁMENES MÉDICOS

Para aquellos asegurados que por su valor asegurado o edad requieran de examen médico deberá seguirse el siguiente procedimiento:

- El Tomador tramitara la cita previa con el medico que sea elegido, de acuerdo con el Directorio Medico vigente.
- El Tomador diligenciará la carta remisora vigente, para el examen médico y complementario.
- El cliente deberá entregar al médico la carta remisoria en el momento de la cita médica.
- El medico examinador practicará el examen físico y solicitará los exámenes complementarios que considere necesarios basados en los que la Compañía exige, debiendo remitir los resultados a la Unidad de Vida de la Compañía.
- La Compañía analizará y se emitirá la calificación mediante comunicación escrita acerca de las condiciones de aceptación o rechazo del riesgo.

Nota: la Compañía asume para el ingreso el costo de los exámenes médicos descritos, en caso de ser necesario exámenes diferentes a los relacionados estos deberán ser sufragados por el Asegurado.

8.3. VIGENCIA DE LOS EXÁMENES MÉDICOS

Pan-American Life de Colombia Compañía de Seguros S.A. establece como vigencia máxima para los exámenes médicos practicados por los médicos adscritos a la Compañía un plazo de 364 días calendario, con las mismas calificaciones y/o limitaciones.

9. COBERTURA INDIVIDUAL

9.1. DURACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

La duración de la cobertura individual de seguro inicia desde el momento en que el Tomador desembolse el crédito, sujeta a la facturación y pago de la primera prima y estará vigente hasta la cancelación total de la deuda incluyendo eventuales prórrogas autorizadas por EL TOMADOR, extendiéndose también a la duración de procesos judiciales que se inicien para hacer efectivo el pago en casos de mora, con sujeción a la vigencia de la póliza.

Se ampara de manera automática y sin ningún tipo de requisitos, ni limitantes de edad, ni valor, cualquier tipo de reestructuración y/o Financiación a los créditos otorgados, siempre y cuando el incremento sobre el valor asegurado actual (en uno o varios créditos) no supere el 35%, superado este monto deberá cumplir con requisitos de asegurabilidad.

9.2. TERMINACIÓN DEL SEGURO:

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente Póliza y sus anexos termina por las siguientes causas:

- Por el no pago de la prima una vez pasado el periodo de 30 días.
- A la terminación de la vigencia del Seguro, si éste no se renueva.
- Por el pago de indemnización igual al 100% del valor asegurado por cualquiera de los amparos contratados
- Cuando el TOMADOR revoque por escrito la póliza.

9.3. AMPARO AUTOMÁTICO

Pan-American Life de Colombia Compañía de Seguros S.A., concede amparo automático para personas menores de 76 años de edad cuyo valor asegurado sea menor o igual a \$200.000.000 por persona en uno o varios créditos siempre y cuando diligencien la correspondiente solicitud de seguro, manifiesten estar en buen estado de salud y/o no indiquen padecer alguna de las enfermedades indicadas en la solicitud de seguro/declaración de salud.

Cuando el deudor solicite un nuevo crédito o un desembolso adicional al crédito actual, la compañía aseguradora aceptará la última calificación médica realizada, siempre y cuando tenga menos de un (1) año de vigencia.

El amparo automático hace referencia a las sumas iniciales para otorgar cobertura con el diligenciamiento y firma del formato de declaración de asegurabilidad, en consecuencia si un deudor toma un crédito por el límite del amparo automático, tendrá cobertura automáticamente independientemente que luego, por efecto de intereses crezca el valor de la deuda; por lo tanto en caso de siniestro la verificación del cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad se efectuará con respecto al valor del desembolso.

10. SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL

- Para asegurados cuyo ingreso sea anterior a 1 de enero del año 2020 será el saldo insoluto de la deuda.
- Para asegurados con fecha posterior al de enero del año 2020 será valor de desembolso.
- Para la cartera que tiene como valor asegurado el Saldo Insoluto, Palig lo tomará como valor de desembolso a partir del inicio de la vigencia.
- Para asegurados con fecha posterior a la fecha de inicio de vigencia con Palig (a ser determinada) será el 110% del valor de desembolso. La cobertura de desempleo e ITT será voluntaria.

MUERTE POR CUALQUIER CAUSA E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

El valor asegurado máximo en uno o múltiples créditos por fallecimiento o la incapacidad total y permanente del asegurado es de máximo mil millones de pesos (\$1.000'000.000).

Los amparos de muerte e incapacidad total y permanente son excluyentes entre sí.

DESEMPLEO / INCAPACIDAD TEMPORAL

En caso de siniestro la aseguradora indemnizará el valor certificado por EL TOMADOR para el deudor, hasta un máximo de SEIS (6) cuotas, con un máximo de \$4.500.000 por cuota, como pago mínimo mensual a la fecha donde ocurrió el siniestro, el cual incluye las cuotas e intereses que se encuentren en mora y así sucesivamente se continúa con la indemnización mensual hasta por el número de cuotas aseguradas, de acuerdo con los valores certificados mensualmente por EL TOMADOR

11. COBERTURA DE PREEXISTENCIAS

La Compañía asumirá indemnizaciones originadas por enfermedades preexistentes en el amparo de fallecimiento, diagnosticadas con anterioridad al momento en que se inicie la cobertura de cada riesgo, para los deudores del Tomador cuya suma asegurada en uno o varios créditos sea inferior a 200.000.001, sin diligenciamiento de solicitud de seguro a partir de la fecha en que se reporte tal novedad en los registros del Tomador y reportado a la Compañía.

12. CONTINUIDAD DE AMPARO

Se otorga, hasta las sumas aseguradas que traía el asegurado con la anterior Compañía, en las condiciones de salud y edad alcanzada en las que se encuentran. Para lo anterior, deberán presentar certificación de la aseguradora anterior respecto a volumen asegurado, siniestralidad y condiciones de suscripción.

13. AVISO DEL SINIESTRO

El TOMADOR, el Asegurado o los Beneficiarios según el caso, deberán dar aviso a la Compañía, de toda lesión, pérdida o muerte que pueda dar origen a una reclamación comprendida en los términos de esta Póliza, dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer los hechos que dan lugar a la reclamación.

14. PRUEBA DE LA RECLAMACIÓN

Los documentos necesarios para la formalización del reclamo son:

14.1. MUERTE ACCIDENTAL

- Formulario de reclamación suministrado por Pan-American Life de Colombia S.A. debidamente diligenciados por el asegurado o sus beneficiarios u oficio del TOMADOR.
- Original o fotocopia del registro civil de defunción del asegurado fallecido.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado fallecido.
- Certificación del saldo de la deuda del asegurado fallecido, emitida por EL TOMADOR

14.2. DOCUMENTOS GENERALES QUE DEBEN SER PRESENTADOS POR LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS O BENEFICIARIOS DE LEY

- Formato de reclamación diligenciado por cada uno de los beneficiarios.
- Formulario de conocimiento del cliente
- Documentos que acrediten parentesco:
- Copia autentica de registro civil de nacimiento.
- Cédula de ciudadanía.
- Tarjeta de Identidad si es menor de 7 años.
- • Copia autentica del registro civil de matrimonio o declaración extra juicio en caso de unión marital de hecho.
- Declaración extra juicio debe ser rendida por uno o varios de los interesados dentro del proceso donde se establezca estado civil del fallecido, se indique quien era el compañero permanente o esposo, se identifiquen los beneficiarios que consideran tener derecho plenamente con nombres completos y números de cedula, se identifique plenamente a los hijos y se incluya la frase “no existen hijos matrimoniales, extramatrimoniales, adoptivos, reconocidos o por reconocer con más o mejor derecho a los ya mencionados anteriormente”.

14.3. DESEMPLEO INVOLUNTARIO E INCAPACIDAD TEMPORAL

El pago de la indemnización por desempleo inicia pasados los 30 días calendario (siempre y cuando ya haya transcurrido el periodo de gracia), contados a partir de la fecha que el empleador oficializa el despido por medio de la comunicación formal dirigida al empleado. La primera cuota a indemnizar será la que informa EL TOMADOR por medio de la certificación y que se deba pagar después de haber pasado el periodo de espera, Para formalizar la reclamación se deben enviar los siguientes documentos:

En caso de Desempleo Involuntario:

- Formulario de reclamación suministrado por Pan-American Life de Colombia S.A. debidamente diligenciados por el asegurado o sus beneficiarios.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía.
- Original ó Copia del documento en el que conste la terminación de la relación laboral, en la cual se especifique el tipo de contrato laboral y el motivo de la terminación del mismo o carta de despido donde se detalle la información citada anteriormente.
- Original o Copia del documento en el que conste la liquidación de salarios y prestaciones sociales.
- Copia del Contrato Laboral o Certificación laboral
- A partir del cuarto mes, por cada mes de Desempleo Involuntario y hasta el máximo periodo cubierto, una declaración (formato de Pan-American Life) en la que se deje constancia de continuar en tal situación.
- Certificación emitida por EL TOMADOR en donde se refleje las cuotas, fecha de desembolso / última utilización, las fechas de pago, fecha de desempleo y valores que deben ser indemnizados.

- Esta cobertura será efectiva de la siguiente manera: Primer Mes -Segundo Mes y tercer mes: Un solo instalamento - Se efectúa en un único pago. A partir del cuarto Mes: el asegurado deberá acreditar el estado de Incapacidad o desempleo, hasta el pago máximo de cuotas mensuales aceptada por el cliente según la oferta económica

En Caso de Incapacidad Temporal:

- Formulario de reclamación suministrado por Pan-American Life de Colombia S.A. debidamente diligenciados por el asegurado o sus beneficiarios.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía.
- Certificados, historia clínica y exámenes médicos originales que acrediten la incapacidad temporal por más de 15 días corrientes, expedidos por el médico afiliado a la EPS o ARL o médico especialista en medicina ocupacional.
- En caso de encontrarse realizando aportes al sistema de seguridad social como cotizante, adjuntar copia de la planilla de dichos aportes.
- Certificación emitida por EL TOMADOR en donde se refleje las cuotas, fecha de desembolso / última utilización, las fechas de pago, fecha de desempleo y valores que deben ser indemnizados.
- Esta cobertura será efectiva de la siguiente manera: Primer Mes -Segundo Mes y tercer mes: Un solo instalamento - Se efectúa en un único pago. A partir del cuarto Mes: el asegurado deberá acreditar el estado de Incapacidad o desempleo, hasta el pago máximo de cuotas mensuales aceptada por el cliente según la oferta económica

15. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

Pan-American Life de Colombia S.A. pagará directamente a los beneficiarios o por conducto del TOMADOR, la indemnización a que está obligada, dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que se acredite el siniestro.

Límite de Eventos a Indemnizar por asegurado bajo la cobertura de desempleo involuntario o incapacidad temporal: Se extiende máximo dos (2) eventos por vigencia anual, siempre y cuando entre el último pago del primer evento y la ocurrencia del segundo hayan transcurrido por lo menos 6 meses, máximo se pagaran 9 cuotas entre los dos eventos sin límite de eventos.

16. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El asegurado o beneficiario, en su caso, quedará privado de todo derecho procedente de la presente Póliza, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, o si en apoyo de ella se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos

17. PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones que se derivan del presente contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

18. CONDICIONES ECONÓMICAS

18.1. TABLAS RESUMEN

18.1.1. Vida e ITP, para todos los créditos colocados por el tomador

AMPARO	TASA MENSUAL
MUERTE E ITP	<p>\$700 (por millón) sobre el valor desembolsado para los 300 empleados que vienen con esta tasa.</p> <p>\$1.200 (por millón) sobre el valor desembolsado para el stock actual</p>

18.1.2. Desempleo para todos los nuevos, y que tomen el beneficio al momento de originarse el crédito, tendrán las siguientes tarifas

AMPARO	TASA MENSUAL
DESEMPLEO	4,1769% (por ciento), se calcula sobre el valor de la cuota mensual

Intermediario: Negocio Directo

18.2. FORMA DE COBRO

El cobro de la prima se efectuará de forma MENSUAL VENCIDA según el reporte de la entidad tomadora el cual deberá ser entregado en medio magnético.

18.3. PAGO DE LA PRIMA

El TOMADOR deberá pagar dentro de los sesenta (60) días contados a partir de la fecha de radicación en del documento de facturación expedido por la aseguradora.

En consecuencia, la cobertura otorgada terminará automáticamente sí al día 91 no se ha efectuado el pago de la prima correspondiente.

18.4. MODALIDAD DE COBRO.

Reporte y cobro mensual. La prima se calcula aplicando la tasa mensual sobre el pago mínimo facturado por el mes por todos los deudores, incluyendo los intereses de mora generados mensualmente, indicando igualmente el número total de obligaciones con corte del último día del mes inmediatamente anterior.

19. CLAUSULA DE CAUSALIDAD

El concepto de reticencia o inexactitud se aplicará respetando el principio de causalidad, es decir, se objetará el pago del seguro solamente en aquellos casos en que la muerte o la incapacidad se produzcan por casos relacionados directamente con los hechos materia de inexactitud o reticencia en la declaración de asegurabilidad.

20. ERRORES Y OMISIONES

El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos y circunstancias que determinen el estado del riesgo. La inexactitud sobre hechos o circunstancias que conocidos por la compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. Sin embargo, si se incurriere en errores, omisiones e inexactitudes no imputables al tomador o al asegurado, el contrato no será nulo ni habrá lugar a la aplicación del inciso 3o del artículo 1058 del Código de Comercio sobre reducción porcentual de la prestación asegurada, en este caso, se deducirá de la indemnización la diferencia de primas no cobradas durante el tiempo de vigencia del seguro. Los errores u omisiones involuntarios imputables al tomador en el reporte de la información, no afectarán los derechos derivados de la póliza.

21. INDEMNIZACIONES ESPECIALES “EX –GRATIA”

El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos y circunstancias que determinen Pan-American Life de Colombia S.A., procederá con la indemnización de siniestros “Ex-Gratia” (reclamaciones, cumplan o no con las condiciones de cobertura del anexo de desempleo involuntario / incapacidad temporal o demás amparos hasta el valor de \$100.000.000 (cien millones de pesos) para la vigencia anual, siempre y cuando el índice total de siniestros sea inferior al 10%.

Condiciones para todas las Indemnizaciones Especiales

- Lo anterior comprende a todas las pólizas del programa.
- Este límite indemnizatorio no podrá ser acumulado ni trasladado de una vigencia a otra y deberá ser utilizado durante la vigencia de la póliza.
- Este valor será utilizado para cualquier cálculo del resultado de la cuenta incluyendo Participación de Utilidades.
- En ningún caso las indemnizaciones especiales “Ex-Gratia”, podrán superar la suficiencia de primas
- El pago de indemnizaciones “Ex-Gratia”, no genera un precedente para futuros pagos o siniestros que no cuenten con cobertura de acuerdo a las condiciones de la póliza.

22. REVISIÓN DE SINIESTRALIDAD

LA COMPAÑÍA efectuará semestralmente una revisión y análisis del valor de la prima de seguro cobrada al tomador en función del resultado técnico y el comportamiento de siniestralidad del producto de seguro adquirido como resultado de lo cual, deberá informarse al asegurado en forma previa, los cambios que llegaren a realizarse en el valor de la prima de seguro.

Cuando el porcentaje de siniestralidad exceda los estándares normales de la compañía, se podrá; incrementar las Primas a los Tomadores, reducir los retornos de los tomadores y reducir la comisión de forma proporcional hasta que la siniestralidad llegue a porcentajes normales.

23. CLAUSULA OFAC

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente Póliza y sus Anexos, terminara cuando EL TOMADOR, sus administradores, asegurados y/o beneficiarios fueren vinculados a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo, lavado de activos, secuestro, enriquecimiento ilícito o sean incluidos en cualquier lista de lavado de activos controlada por cualquier autoridad Colombiana o extranjera como por ejemplo la Oficina de Lavado de Activos en el exterior OFAC del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de América o cualquier otra lista internacional vinculante para Colombia de acuerdo con el derecho internacional o hayan sido condenados en cualquier proceso judicial por la comisión de un delito o por el simple señalamiento público como autores o participantes de actividades ilícitas.



Compañía miembro de Pan-American Life Insurance Group

-/-

NOTA DE COBERTURA

SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDOR CON ANEXO DE DESEMPLEO E ITT

PÓLIZA 05234

TOMADOR: TOYOTA FINANCIAL SERVICES COLOMBIA

NIT: 900.839.702-9

ACTIVIDAD: Financiera

MODALIDAD: Deudor con anexo de Desempleo Involuntario e Incapacidad Total Temporal

TIPO DE CENSO: Nominado

ADHESIÓN: Voluntario

VIGENCIA: Julio 1 de 2023 a las 00:00 horas hasta el 30 de junio de 2024 a las 24:00 horas

CIA: 009

En relación a su amable solicitud de presentar términos de cotización para el negocio en referencia nos permitimos remitir la presente Nota de Cobertura. Este documento resume los términos y condiciones generales del producto cotizado. La validez de este documento está sujeta a la entrega de todos los documentos pertinentes y necesarios para la expedición de la póliza, incluyendo pero no limitado al cumplimiento de toda la documentación necesaria para las validaciones requeridas del Sistema de Prevención de Lavado de Activos, que en caso que se manifieste algún indicador positivo en esta evaluación, el presente documento perderá todo valor, aun cuando se hayan recibido primas en función del negocio, las cuales serán devueltas al Tomador.

El valor de la prima y las condiciones del seguro que se presentan en este documento están determinadas por la información suministrada por el Intermediario o el Tomador del seguro respecto del propuesto grupo asegurable, de manera que, si la información cambia, en términos del censo reportado para la cotización versus el censo actual, posiblemente genere algún cambio en las primas del seguro.

Por consiguiente, el presente documento no obliga a La Compañía a otorgar cobertura en caso de incumplimiento de la normativa de SARLAFT u OFAC. Tampoco reemplazará, las condiciones generales y particulares de la póliza de seguro y queda la Compañía sujeta a recibir, analizar y aprobar la información suministrada antes de la expedición de la póliza de seguros.

Los requisitos, parámetros y lineamientos exigidos por Pan-American Life se entenderán cumplidos mediante la expedición de una comunicación escrita, en la cual indicará el cumplimiento de dichos requisitos y su intención de asumir el riesgo. PALIG aceptará el riesgo cuando emita la póliza en la que se consignan los términos del contrato.

Esperamos que esta propuesta cumpla con sus expectativas, así mismo agradecemos al dar respuesta al presente documento.

CONDICIONES DEL NEGOCIO

Sin perjuicio de lo registrado en las condiciones generales de la Póliza de Vida Grupo de Pan-American Life o de sus anexos (CÓDIGO CLÁUSULADO: 01/12/2021-1416-P-34-VIDA_GRUPODEUDOR-DRCI, Anexo 01/12/2021-1416-A-34-AN_INC_TOTALPERM-DRCI, ANEXO: 01/12/2021-1416-A-34-AN_DESEMPLEO_ITT-DRCI) se deja con estas condiciones particulares expresa constancia de las Condiciones de Expedición por el periodo arriba indicado:

1. ALCANCE DE LA COBERTURA

La póliza otorga cobertura de Muerte por cualquier causa y Desempleo para el Titular reportado por el tomador.

El seguro solo será válido si efectivamente existe reporte por parte del tomador

2. GRUPO ASEGURADO

Están amparados todos los usuarios del crédito del Tomador, que desarrollen actividades y ocupaciones lícitas y no se encuentren al margen de la ley.

Estarán asegurados deudores principales y solidarios siempre y cuando cada uno diligencie declaración de asegurabilidad y se realice el pago de la prima correspondiente por cada uno de los riesgos independientemente. (Es decir el pago de primas se realizará por vida asegurada y no por crédito)

Todas las operaciones de compra de cartera que efectúe el tomador y que generen un cambio en el grupo asegurable de más del 10% de la suma asegurada total al momento del proceso de compra de cartera deberán ser notificadas a PALIG para su aprobación con 60 días de anterioridad al proceso de compra de cartera.

3. BENEFICIARIOS

Muerte Por Cualquier Causa e Incapacidad Total Y Permanente: El TOMADOR hasta el saldo insoluto de la deuda y en exceso los beneficiarios de ley o los que haya declarado el asegurado.

Desempleo o Incapacidad Temporal: el beneficiario será El TOMADOR hasta el máximo de cuotas y límite de eventos indicados y en todo caso sin superar el saldo insoluto de la deuda a la fecha de ocurrencia del evento asegurado

4. AMPAROS

4.1 AMPARO BÁSICO - FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA

El presente amparo cubre el fallecimiento del asegurado, cualquiera sea la causa, siempre y cuando se produzca dentro de la vigencia del amparo individual.

Pan-American Life de Colombia Compañía de Seguros S.A. pagará al TOMADOR beneficiario del seguro el valor asegurado en caso de fallecimiento por muerte natural o accidental de la persona asegurada bajo el presente contrato de seguro; incluyendo homicidio, suicidio, terrorismo y Sida.

4.2 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Entendiéndose por incapacidad Total y Permanente la sufrida por el asegurado como consecuencia de un accidente o enfermedad que se le califique durante la vigencia del seguro, que le produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales, la inhabilitación funcional total y definitiva de cualquier órgano o miembro lesionado que de por vida y le impidan desempeñar todas las ocupaciones o empleos remunerados para los cuales se encuentra razonablemente calificado en razón de su educación, entrenamiento o experiencia, la incapacidad será total y permanente cuando la calificación de la pérdida de capacidad laboral sea igual o superior al 50%, de conformidad con la fecha del dictamen de la respectiva ARL, AFP, Junta de Calificación u Organismo Equivalente tomando como base para la determinación de la pérdida el Manual Único de Calificación de Invalidez vigente en Colombia, el Dictamen deberá estar debidamente ejecutoriado y en firme. Siempre que dicha incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor de 120 días y no haya sido provocada por el asegurado.

Tratándose de regímenes especiales en los que el Dictamen no señale expresamente la fecha de estructuración de la Invalidez, se tomará como fecha de la Incapacidad Total y Permanente la fecha del Dictamen, el cual debe proferirse durante la vigencia de la póliza.

Este amparo no es acumulable con el amparo básico de muerte, por lo tanto una vez pagada la indemnización por incapacidad total y permanente, Pan-American Life de Colombia S.A. se libera de toda responsabilidad bajo esta póliza.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de Incapacidad Total y Permanente, se considerará como tal la pérdida total e irreparable de la visión de ambos ojos; la amputación de ambas manos o ambos pies; o de toda una mano y de todo un pie.

4.3 TELEMEDICINA

LA COMPAÑÍA se obliga a dar cobertura a los siguientes procedimientos de asistencia médica en un todo de acuerdo con las limitaciones, periodos de carencia, copagos y de acuerdo con la descripción del plan contratado.

4.3.1 Tele orientación médica.

Bajo esta cobertura se incluye el conjunto de acciones que desarrolla el prestador de referencia de telemedicina y sus médicos a través de la plataforma digital DEL TERCERO para direccionar al usuario o proporcionar información, consejería y asesoría en los componentes de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y diagnóstico. Este amparo debe estar contemplado en la descripción del plan contratado.

El teleorientador debe informar al usuario el alcance de la orientación y entregar copia o resumen de la comunicación si el paciente lo solicita

Telemedicina es la modalidad de atención en salud, realizada a distancia, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación para intercambiar datos, con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios de salud a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica.

4.4 DESEMPLEO INVOLUNTARIO E INCAPACIDAD TEMPORAL

Mediante el presente anexo y no obstante lo que se diga en contrario en las condiciones generales de la póliza de vida grupo, Pan-American Life de Colombia S.A. pagará el valor de la cuota mensual que se genere por cualquier tipo de crédito otorgado por EL TOMADOR, de las personas naturales, por alguno de los siguientes eventos la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza:

4.4.1. PÉRDIDA INVOLUNTARIA DEL EMPLEO

PALIG pagará la suma mensual asegurada en caso que un asegurado cubierto sea despedido sin justa causa, conforme con lo estipulado al respecto en la legislación laboral colombiana, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones de

- Periodo de Carencia: Sin periodo de carencia
- Periodo de Espera: 30 días
- Antigüedad laboral: seis meses con el mismo empleador.
- Trabajadores a término fijo, deberán tener al menos 6 meses de vigencia para la finalización de su contrato actual con el fin de ser elegibles para este programa.
- Esta cobertura será efectiva de la siguiente manera: Primer Mes -Segundo Mes y tercer mes: Un solo instalamento - Se efectúa en un único pago. A partir del cuarto Mes: el asegurado deberá acreditar el estado de Incapacidad o desempleo, hasta el pago máximo de cuotas mensuales aceptada por el cliente según la oferta económica será de 12 cuotas máximo.
- Para asegurados con contrato a término fijo deberán contar con un periodo superior a la suma periodo de carencia más el número de instalamentos en su contrato para calificar para este beneficio. (14 meses para el plan de 12 cuotas).

Las cuáles serán definidas en las condiciones particulares del negocio.

Esta cobertura será efectiva durante los meses de cobertura establecidos en las condiciones particulares siempre que persista la condición de desempleo, se pagarán las cuotas establecidas sin revisión del estado de desempleo

PERIODO DE CARENCIA: Corresponde al periodo mínimo de tiempo contado desde el inicio de vigencia de la cobertura, durante el cual el asegurado no tiene derecho alguno a la suma asegurada frente a la ocurrencia de un evento. El periodo máximo de carencia para esta cobertura se definirá en las condiciones particulares de la póliza.

PERIODO DE ESPERA: Corresponde al periodo mínimo de tiempo que debe transcurrir entre la fecha de ocurrencia del siniestro y el primer pago una vez tenga derecho a recibir la cobertura del beneficio, así como el periodo de tiempo que el asegurado deberá estar en estado de desempleo o Incapacitado Total y Permanentemente, para acceder al primer pago. El periodo de espera para esta cobertura definirá en las condiciones particulares de la póliza.

PERIODO ACTIVO MÍNIMO: Se refiere al tiempo que debe transcurrir durante el cual el asegurado que ya haya sido indemnizado en razón del seguro y que ha obtenido nuevamente un empleo o trabajo, debe mantenerse en éste para poder afectar nuevamente el seguro si incurre en desempleo involuntario otra vez. El periodo Activo Mínimo definido para esta cobertura es de seis (6) meses consecutivos con el mismo empleador.

ANTIGÜEDAD LABORAL: Se refiere al periodo de tiempo durante el cual el asegurado deberá depender de un mismo empleador para tener derecho a la cobertura de desempleo. El periodo de antigüedad laboral establecido para esta cobertura es de seis (6) meses.

PERÍODO DE REACTIVACIÓN PARA DESEMPLEO: Para esta cobertura es de ciento ochenta (180) días calendario continuos, durante los cuales el asegurado ya indemnizado por un primer evento debe permanecer en un nuevo empleo y, de esta manera, tener derecho a reclamación por un siguiente evento.

4.4.2. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL PARA INDEPENDIENTE

En caso de que un asegurado siendo trabajador independiente o empleado a cuenta propia cubierto, se incapacita de forma temporal como consecuencia de un mismo accidente o enfermedad corporal quedando inhabilitado para ejercer cualquier trabajo o labor profesional, sin perjuicio de que éste le genere un ingreso, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- a) La incapacidad esté debidamente certificada por un médico adscrito a la EPS o ARL a la cual se encuentre afiliado el asegurado o un médico especialista en medicina ocupacional.
- b) Que la incapacidad tenga una duración superior a quince (15) días corrientes continuos y no haya sido causada a voluntad del asegurado.
- c) Que previo al inicio de cobertura de ITT el asegurado no haya presentado una Incapacidad Total Temporal durante más de quince (15) días consecutivos, durante los doce (12) meses anteriores al inicio de vigencia

Si un asegurado presenta una nueva incapacidad de más de quince (15) días dentro de los sesenta (60) días siguientes al inicio de la primera incapacidad reportada, ésta se tomará como parte del primer evento y en consecuencia, se acumularán los pagos generados antes de la recaída y los que surjan como consecuencia de la misma.

INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL: Aplica solamente al asegurado que es trabajador independiente y empleado a cuenta propia (no devenga salario de un patrono) y que quede temporalmente incapacitado y por más de quince (15) días, para realizar sus labores debido a una lesión corporal accidental, enfermedad o una condición no excluida de la cobertura del seguro.

PERÍODO DE REACTIVACIÓN PARA ITT: Si la nueva incapacidad sucede después de transcurridos sesenta (60) días desde el inicio de la primera incapacidad temporal reportada, se constituirá como un nuevo evento y tendrá derecho a recibir hasta 4 pagos

PARÁGRAFO: ESTE ANEXO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO E INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL SERÁ VOLUNTARIO Y ANEXO AL AMPARO BÁSICO DE FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA. PARA ACCEDER AL ANEXO DE DESEMPLEO EL ASEGURADO DEBERÁ TENER LA PÓLIZA DE VIDA DEUDOR Y SU CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO EFECTIVAMENTE EXPEDIDA Y PAGADA CON PAN-AMERICAN LIFE.

5. EXCLUSIONES

Pan-American Life de Colombia S.A. quedará liberada de toda responsabilidad bajo el presente contrato de seguro cuando el siniestro se presente como consecuencia directa o indirecta de una condición preexistente.

5.1. EXCLUSIONES PARA EL AMPARO DE FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

PALIG no reconocerá indemnización alguna cuando el fallecimiento o la incapacidad total y permanente del asegurado sea consecuencia directa o indirecta de enfermedad o accidente preexistente o reticente a la fecha de inicio del amparo individual, que no haya sido declarada previamente a PALIG y autorizada por la compañía, como tampoco se cubrirá las lesiones provocadas por el mismo asegurado. Esta exclusión no aplicará para valores asegurados inferiores a Doscientos millones de pesos (\$200.000.000) y edad inferior a los 61 años.

5.2. EXCLUSIONES AL AMPARO DE ASISTENCIA MÉDICA

Esta cobertura no ampara los gastos relacionados con eventos que tengan origen o estén relacionados con alguna de las siguientes causas:

- a) Tratamientos y procedimientos estéticos para fines de embellecimiento y cualquier cirugía reconstructiva o tratamientos profilácticos o pre-protésicos no incluidos en el plan contratado.

- b) Tratamientos originados por enfermedades mentales y lesiones sufridas por el asegurado cuando éste se encuentre bajo efectos de sustancias sicotrópicas, alcohólicas o en estados de enajenación mental de cualquier etiología.
- c) Exámenes, procedimientos quirúrgicos y en general, el tratamiento de lesiones o afecciones de origen médico o dental no cubiertos por los amparos de la póliza, a menos que sean consecuencia de un accidente cuyo tratamiento odontológico y quirúrgico haya sido cubierto por ésta, en cuyo caso se excluyen los aparatos de prótesis oro-faciales, su implantación y restauración.
- d) Lesiones o enfermedades sufridas en guerra, declarada o no, rebelión, revolución, asonada, motín o conmoción civil cuando el asegurado sea partícipe de estas.
- e) Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- f) Hechos o actuaciones de las fuerzas armadas o de hechos de las fuerzas o cuerpos de seguridad.
- g) Los derivados de la energía nuclear radioactiva.
- h) Lesiones, accidentes o cualquier enfermedad derivada de la práctica profesional de deportes de alto riesgo, tales como: paracaidismo, alas delta, motocross, senderismo, motociclismo, automovilismo, aviación no comercial, montañismo y otros similares.
- i) Tratamientos médicos, odontológicos quirúrgicos u hospitalarios para pacientes en estado de muerte cerebral según los criterios éticos legales, clínicos y paraclínicos actuales para el diagnóstico de muerte cerebral.
- j) Lesiones autoinflingidas voluntarias o involuntarias y/o intento de suicidio.
- k) Procedimientos que exigen hospitalización o atención domiciliaria excepto cuando esta última hace parte de los amparos de la póliza.
- l) Los tratamientos hospitalarios y/o ambulatorios como consecuencia o complicación de un tratamiento no amparado por la póliza.
- m) Tratamientos experimentales y aplicación de medicamentos y/o material importado no reconocido en el plan de asistencia médica y/o odontológica;
- n) Así mismo, la compañía no se hace responsable de las consecuencias económicas que se deriven por los eventos que se detallan a continuación:
- o) Dolo o culpa grave de quien prestó al asegurado los servicios de asistencia, al ofrecer una asistencia médica.
- p) Reclamaciones en las que impida expresa o implícitamente, la debida tramitación del servicio, cuando el impedimento proceda de la víctima, de personas u órganos con poder público u otras personas grupos u órganos con el poder legal o coacción del hecho.
- q) Ninguna de las partes será responsable de los retrasos o incumplimiento de sus obligaciones o prestaciones en los casos de fuerza mayor que impidan tal cumplimiento.
- r) Se entiende por fuerza mayor las causas tales como, pero no limitadas a: guerra, invasiones, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), guerra civil, rebelión, insurrección, terrorismo o pronunciamiento, manifestaciones o movimientos populares, actos de gobiernos o de administración, fenómenos de la naturaleza y generalmente toda causa imprevisible y excesivamente gravosa que razonablemente impide a alguna de las partes cumplir sus obligaciones.
- s) Los servicios que el asegurado haya concertado por su cuenta sin el previo consentimiento de la compañía.

5.1. PERDIDA INVOLUNTARIA DEL EMPLEO

- a) Cuando el contrato de trabajo del asegurado termine por cualquiera de las siguientes causas:

- Por decisión unilateral del trabajador.
 - Por despido con justa causa, de acuerdo a la legislación laboral colombiana.
 - Por mutuo consentimiento entre el trabajador y el empleador sin que se efectúe pago alguno de bonificación o suma alguna, por decisión de parte del empleador.
 - Por expiración del término estipulado en los contratos a término fijo.
 - Por terminación de contratos obra o labor contratada.
 - Por no regresar el trabajador a su empleo, al desaparecer las causas de la suspensión del contrato.
 - Por muerte del trabajador.
- b) Cuando la terminación del contrato de trabajo se presente durante o a la finalización del período de prueba.
- c) Cuando el contrato de trabajo sea suspendido por cualquier causa.
- d) Cuando se trate de trabajadores empleados en su propia empresa.
- e) Cuando se trate de trabajadores Independientes o pensionados.
- f) Cuando el asegurado se encuentre empleado, incluso después de haber tenido un período sin empleo.
- g) Cuando la terminación del contrato de trabajo sea a consecuencia de una huelga general (una huelga contra todos los patrones de una industria o territorio) o de un paro laboral como medio para forzar a los empleadores a aceptar alguna demanda.
- h) Cuando la terminación del contrato de trabajo sea a consecuencia de una disputa laboral por sindicato (un paro laboral sindical para obtener concesiones del patrono en la cual estén envueltas más de una persona).
- i) Cuando la terminación del contrato de trabajo sea a consecuencia de un cierre (el cierre temporal de un lugar de trabajo o despido de empleados para desalentar actividades sindicales, o para obtener concesiones por parte del patrono y excluyendo cierres temporales normales).
- j) Cuando la terminación del contrato de trabajo sea a consecuencia de una conmoción civil, motín, insurrección, rebelión, o revolución.
- k) Cuando la terminación del contrato de trabajo sea a consecuencia de una guerra o acto de guerra, declarada o no.
- l) Cuando el contrato sea de tipo aprendizaje o prestación de servicios

5.2. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL PARA INDEPENDIENTE

- a) Accidentes originados por la participación del asegurado en:
- Tentativa de suicidio o lesiones causadas a sí mismo ya sea en estado de conciencia o inconciencia.
 - Lesiones causadas con arma de fuego, cortante, punzante y/o contundente, cuando el asegurado es sujeto activo (agresor).
 - Accidentes de aviación que sufra el asegurado cuando viaje como pasajero, salvo que viaje como pasajero de una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros.
 - Los accidentes causados por violación por parte del asegurado de cualquier norma de carácter legal.
 - Encontrarse el asegurado bajo influencia de bebidas embriagantes o de sustancias alucinógenas, drogas tóxicas o heroicas o cualquier otra sustancia que por su propia naturaleza produzca dependencia física o síquica.
 - Los accidentes que ocurran cuando el asegurado participe en competencias de velocidad o habilidad, o cuando el asegurado sea conductor o pasajero de motocicletas o motonetas o cuando participe en la práctica de deportes catalogados como de alto riesgo o extremos.

- Temblores de tierra, erupciones volcánicas, terremoto, tifón, huracán, tornado, ciclón, Inundaciones, rayo, marejada o cualquier otro fenómeno o convulsión de la naturaleza.
 - Lesiones inmediatas o tardías, causadas por energía atómica, reacción nuclear, radiación nuclear, contaminación radioactiva, química o bacteriológica.
 - Participación voluntaria en cualquier clase de riña o pelea.
- b) Alguno de los siguientes eventos:
- El estado de embarazo o los periodos de licencia por maternidad o paternidad.
 - Padecimiento de enfermedad mental de cualquier tipo y sus consecuencias, tales como estrés, ansiedad, depresión y desordenes nerviosos.
 - Enfermedades preexistentes por las que el asegurado haya sido atendido y tratado médicamente dentro de los seis (6) meses anteriores a la fecha de inicio de vigencia de la póliza individual de seguro.
 - Pandemias o epidemias declaradas por organismos competentes a nivel local o internacional
- c) No se incluyen bajo esta cobertura personas que se encuentren amparadas bajo la cobertura de desempleo.
- d) No se incluyen bajo esta cobertura a:
- Los pensionados.
 - Los miembros de las fuerzas militares o de la Policía Nacional.
 - Las personas que trabajan con instituciones gubernamentales o del estado.
 -
 - Las personas con contrato de trabajo.

6. EDADES

TIPO	INGRESO	PERMANENCIA
Muerte Por Cualquier Causa	De 18 años a 80 años no cumplidos	Hasta finalizar la deuda
Incapacidad Total y Permanente	De 18 años a 75 años y 364 días	Hasta finalizar la deuda
Pérdida Involuntaria Del Empleo	De 18 años a 65 años y 364 días	Hasta los 69 años y 364 días
Incapacidad Total Temporal Para Independiente	De 18 años a 65 años y 364 días	Hasta los 69 años y 364 días

7. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

7.1. CRÉDITOS INFERIORES A 200.000.000

Con sujeción a los límites y requisitos establecidos en las condiciones particulares y generales de la póliza, los ingresos de asegurados cuyo valor asegurado sea igual o inferior a \$200.000.000 y 61 años, no deberán diligenciar solicitud de seguro.

7.2. EXTRAPRIMAS

Para los asegurados con valores inferiores a \$200.000.000 y 61 años se podrán otorgar extraprimas automáticas de acuerdo a la siguiente tabla:

EXTRAPRIMA	%
HIPERTENSION ARTERIAL	25
TABAQUISMO MAS DE 10 CIGARRILLOS DIARIOS	25
INDICE DE MASA CORPORAL ENTRE 30 Y 34	25
INDICE DE MASA CORPORAL ENTRE 35 Y 39	50

OBSERVACIONES :
Enfermedades diferentes a las mencionadas, se deben consultar con Suscripción.
En caso de presentarse varios factores, ejemplo sobrepeso e Hipertensión Arterial, la extraprima debe sumarse
En caso de que la extraprima total sea superior a 150%, se debe consultar con Suscripción la viabilidad de aceptación.
En caso de que el resultado del IMC sea igual o superior a 40, se debe consultar con Suscripción

NO REQUIERE EXTRAPRIMA	REQUIERE HISTORIA CLÍNICA Y/O INFORME MÉDICO
VERTIGO	HIPOACUSIA
PRESBICIA	HEPATITIS B Y C
SEPTOPLASTIA	CIRUGIA DE RODILLA ARTROSCOPIA
VARICOCELE	INSUFICIENCIA RENAL
MIOPIA	TUBERCULOSIS
VENA VARICE	SINDROME DE SJORGEN
HERNIA INGUINAL Y/O UMBILICAL	TUMORES
HIPERMETROPIA	MIOMAS DIAGNÓSTICADOS MENOS DE 3 AÑOS
ASTIGMATISMO	ENFERMEDAD CARDIOVASCULARES
CORNETES	ARTRITIS REMATOIDEA
GASTRITIS	ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR
HIPOTIROIDISMO	INSUFICIENCIA CORONARIA
ASMA	EPILEPSIA
HIPOGLICEMIA	CANCER
HEPATITIS A	DISLIPIDEMIA
HISTERECTOMIA	HIPERCOLESTEROLEMIA
QUERATOCONO	HIPERGLICEMIA
RINITIS	HIPERTRIGLICERIDEMIA
SINUSITIS	ENFERMEDADES PULMONARES
FRACTURAS DE MAS DE 5 AÑOS	GLAUCOMA
CALCULOS RENALES	DIABETES
QUISTES BENIGNOS	ESCLEROSIS MÚLTIPLE
MIOMAS OPERADOS MAS DE 3 AÑOS	ANTECEDENTES DE CIRUGIAS INFERIORES A 5 AÑOS
	DIAGNÓSTICO DE VIH

7.3. CONDICIONES GENERALES

De \$1 a \$200.000.000	No diligenciamiento
De \$200.000.001 a \$500.000.000	Menores de 61 años: Formato Solicitud Individual de Seguro - Declaración de Asegurabilidad Personas con edades mayores o iguales a 61 años: Formato Solicitud Individual de Seguro - Declaración de Asegurabilidad , Examen médico y Prueba de orina
De \$500.000.001 a \$600.000.000	Menores de 46 años: Formato Solicitud Individual de Seguro - Declaración de Asegurabilidad, Examen médico y Prueba de orina. Personas con edades entre 46-61 años: Formato Solicitud Individual de Seguro - Declaración de Asegurabilidad, examen médico, Examen de orina completo, EKG, HIV, RX de Tórax y Perfil Bioquímica. Personas con edades mayores o iguales a 61 años: Formato Solicitud Individual de Seguro - Declaración de Asegurabilidad Examen médico, Examen de orina completo, EKG, HIV, RX de Tórax y Perfil Bioquímica,

	certificado médico donde se indique que no padecen ninguna enfermedad terminal.
De \$600.000.001 en adelante	Formato Solicitud Individual de Seguro - Declaración de Asegurabilidad, Examen médico, Examen de orina completo, EKG, HIV, RX de Tórax y Perfil Bioquímica, certificado médico donde se indique que no padecen ninguna enfermedad terminal.

8. PROCEDIMIENTOS

8.1. EXPEDICIÓN, MANEJO Y COBRO

El Tomador remitirá a La Aseguradora, mensualmente los listados con los valores asegurados vigentes por deudor, dicho reporte deberá realizarlo dentro de los primeros 10 días de cada mes del presente condicionado particular.

La Compañía efectuará la revisión correspondiente y expedirá y enviara la factura o certificado de seguro dentro de los tres (3) días hábiles al Tomador.

El tomador se compromete a suministrar la siguiente información a través de medio magnético:

- Número del crédito
- Tipo de documento
- Número de documento
- Primer Apellido
- Segundo Apellido
- Nombres
- Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)
- Género (F/M)
- Tipo de contrato laboral (termino fijo/Indefinido)
- Valor cuota mensual de amortización del crédito.
- Fecha de Desembolso
- Número de cuotas de amortización o plazo del crédito
- Altura del crédito en número de cuotas
- Valor asegurado individual (valor inicial del crédito)

8.2. EXÁMENES MÉDICOS

Para aquellos asegurados que por su valor asegurado o edad requieran de examen médico deberá seguirse el siguiente procedimiento:

- El Tomador tramitará la cita previa con el médico que sea elegido, de acuerdo con el Directorio Médico vigente.
- El Tomador diligenciará la carta remisora vigente, para el examen médico y complementario.
- El cliente deberá entregar al médico la carta remisora en el momento de la cita médica.
- El médico examinador practicará el examen físico y solicitará los exámenes complementarios que considere necesarios basados en los que la Compañía exige, debiendo remitir los resultados a la Unidad de Vida de la Compañía.

- La Compañía analizará y se emitirá la calificación mediante comunicación escrita acerca de las condiciones de aceptación o rechazo del riesgo.

Nota: la Compañía asume para el ingreso el costo de los exámenes médicos descritos, en caso de ser necesario exámenes diferentes a los relacionados estos deberán ser sufragados por el Asegurado.

8.3. VIGENCIA DE LOS EXÁMENES MÉDICOS

Pan-American Life de Colombia Compañía de Seguros S.A. establece como vigencia máxima para los exámenes médicos practicados por los médicos adscritos a la Compañía un plazo de 364 días calendario, con las mismas calificaciones y/o limitaciones.

9. COBERTURA INDIVIDUAL

9.1. DURACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

La duración de la cobertura individual de seguro inicia desde el momento en que el Tomador desembolse el crédito, sujeta a la facturación y pago de la primera prima y estará vigente hasta la cancelación total de la deuda incluyendo eventuales prórrogas autorizadas por EL TOMADOR, extendiéndose también a la duración de procesos judiciales que se inicien para hacer efectivo el pago en casos de mora, con sujeción a la vigencia de la póliza.

Se ampara de manera automática y sin ningún tipo de requisitos, ni limitantes de edad, ni valor, cualquier tipo de reestructuración y/o Financiación a los créditos otorgados, siempre y cuando el incremento sobre el valor asegurado actual (en uno o varios créditos) no supere el 35%, superado este monto deberá cumplir con requisitos de asegurabilidad.

9.2. TERMINACIÓN DEL SEGURO:

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente Póliza y sus anexos termina por las siguientes causas:

- Por el no pago de la prima una vez pasado el periodo de 30 días.
- A la terminación de la vigencia del Seguro, si éste no se renueva.
- Por el pago de indemnización igual al 100% del valor asegurado por cualquiera de los amparos contratados
- Cuando el TOMADOR revoque por escrito la póliza.

9.3. AMPARO AUTOMÁTICO

Pan-American Life de Colombia Compañía de Seguros S.A., concede amparo automático para personas menores de 76 años de edad cuyo valor asegurado sea menor o igual a \$200.000.000 por persona en uno o varios créditos siempre y cuando diligencien la correspondiente solicitud de seguro, manifiesten estar en buen estado de salud y/o no indiquen padecer alguna de las enfermedades indicadas en la solicitud de seguro/declaración de salud.

Cuando el deudor solicite un nuevo crédito o un desembolso adicional al crédito actual, la compañía aseguradora aceptará la última calificación médica realizada, siempre y cuando tenga menos de un (1) año de vigencia.

El amparo automático hace referencia a las sumas iniciales para otorgar cobertura con el diligenciamiento y firma del formato de declaración de asegurabilidad, en consecuencia si un deudor toma un crédito por el límite del amparo automático, tendrá cobertura automáticamente independientemente que luego, por efecto de intereses crezca el valor de la deuda; por lo tanto en caso de siniestro la verificación del cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad se efectuará con respecto al valor del desembolso.

10. SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL

- Para asegurados cuyo ingreso sea anterior a 1 de enero del año 2020 será el saldo insoluto de la deuda.
- Para asegurados con fecha posterior al de enero del año 2020 será valor de desembolso.
- Para la cartera que tiene como valor asegurado el Saldo Insoluto, Palig lo tomará como valor de desembolso a partir del inicio de la vigencia.
- Para asegurados con fecha posterior a la fecha de inicio de vigencia con Palig (a ser determinada) será el 110% del valor de desembolso. La cobertura de desempleo e ITT será voluntaria.

MUERTE POR CUALQUIER CAUSA E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

El valor asegurado máximo en uno o múltiples créditos por fallecimiento o la incapacidad total y permanente del asegurado es de máximo mil millones de pesos (\$1.000'000.000).

Los amparos de muerte e incapacidad total y permanente son excluyentes entre sí.

DESEMPLEO / INCAPACIDAD TEMPORAL

En caso de siniestro la aseguradora indemnizará el valor certificado por EL TOMADOR para el deudor, hasta un máximo de DOCE (12) cuotas, con un máximo de \$4.500.000 por cuota, como pago mínimo mensual a la fecha donde ocurrió el siniestro, el cual incluye las cuotas e intereses que se encuentren en mora y así sucesivamente se continúa con la indemnización mensual hasta por el número de cuotas aseguradas, de acuerdo con los valores certificados mensualmente por EL TOMADOR

11. COBERTURA DE PREEXISTENCIAS

La Compañía asumirá indemnizaciones originadas por enfermedades preexistentes en el amparo de fallecimiento, diagnosticadas con anterioridad al momento en que se inicie la cobertura de cada riesgo, para los deudores del Tomador cuya suma asegurada en uno o varios créditos sea inferior a 200.000.001, sin diligenciamiento de solicitud de seguro a partir de la fecha en que se reporte tal novedad en los registros del Tomador y reportado a la Compañía.

12. CONTINUIDAD DE AMPARO

Se otorga, hasta las sumas aseguradas que traía el asegurado con la anterior Compañía, en las condiciones de salud y edad alcanzada en las que se encuentran. Para lo anterior, deberán presentar certificación de la aseguradora anterior respecto a volumen asegurado, siniestralidad y condiciones de suscripción.

13. AVISO DEL SINIESTRO

El TOMADOR, el Asegurado o los Beneficiarios según el caso, deberán dar aviso a la Compañía, de toda lesión, pérdida o muerte que pueda dar origen a una reclamación comprendida en los términos de esta Póliza, dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer los hechos que dan lugar a la reclamación.

14. PRUEBA DE LA RECLAMACIÓN

Los documentos necesarios para la formalización del reclamo son:

14.1. MUERTE ACCIDENTAL

- Formulario de reclamación suministrado por Pan-American Life de Colombia S.A. debidamente diligenciados por el asegurado o sus beneficiarios u oficio del TOMADOR.
- Original o fotocopia del registro civil de defunción del asegurado fallecido.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado fallecido.
- Certificación del saldo de la deuda del asegurado fallecido, emitida por EL TOMADOR

14.2. DOCUMENTOS GENERALES QUE DEBEN SER PRESENTADOS POR LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS O BENEFICIARIOS DE LEY

- Formato de reclamación diligenciado por cada uno de los beneficiarios.
- Formulario de conocimiento del cliente
- Documentos que acrediten parentesco:
- Copia autentica de registro civil de nacimiento.
- Cédula de ciudadanía.
- Tarjeta de Identidad si es menor de 7 años.
- • Copia autentica del registro civil de matrimonio o declaración extra juicio en caso de unión marital de hecho.
- Declaración extra juicio debe ser rendida por uno o varios de los interesados dentro del proceso donde se establezca estado civil del fallecido, se indique quien era el compañero permanente o esposo, se identifiquen los beneficiarios que consideran tener derecho plenamente con nombres completos y números de cedula, se identifique plenamente a los hijos y se incluya la frase “no existen hijos matrimoniales, extramatrimoniales, adoptivos, reconocidos o por reconocer con más o mejor derecho a los ya mencionados anteriormente”.

14.3. DESEMPLEO INVOLUNTARIO E INCAPACIDAD TEMPORAL

El pago de la indemnización por desempleo inicia pasados los 30 días calendario (siempre y cuando ya haya transcurrido el periodo de carencia), contados a partir de la fecha que el empleador oficializa el despido por medio de la comunicación formal dirigida al empleado. La primera cuota a indemnizar será la que informa EL TOMADOR por medio de la certificación y que se deba pagar después de haber pasado el periodo de espera, Para formalizar la reclamación se deben enviar los siguientes documentos:

En caso de Desempleo Involuntario:

- Formulario de reclamación suministrado por Pan-American Life de Colombia S.A. debidamente diligenciados por el asegurado o sus beneficiarios.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía.
- Original ó Copia del documento en el que conste la terminación de la relación laboral, en la cual se especifique el tipo de contrato laboral y el motivo de la terminación del mismo o carta de despido donde se detalle la información citada anteriormente.
- Original o Copia del documento en el que conste la liquidación de salarios y prestaciones sociales.
- Copia del Contrato Laboral o Certificación laboral
- A partir del cuarto mes, por cada mes de Desempleo Involuntario y hasta el máximo periodo cubierto, una declaración (formato de Pan-American Life) en la que se deje constancia de continuar en tal situación.

- Certificación emitida por EL TOMADOR en donde se refleje las cuotas, fecha de desembolso / última utilización, las fechas de pago, fecha de desempleo y valores que deben ser indemnizados.
- Esta cobertura será efectiva de la siguiente manera: Primer Mes -Segundo Mes y tercer mes: Un solo instalamento - Se efectúa en un único pago. A partir del cuarto Mes: el asegurado deberá acreditar el estado de Incapacidad o desempleo, hasta el pago máximo de cuotas mensuales aceptada por el cliente según la oferta económica

En Caso de Incapacidad Temporal:

- Formulario de reclamación suministrado por Pan-American Life de Colombia S.A. debidamente diligenciados por el asegurado o sus beneficiarios.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía.
- Certificados, historia clínica y exámenes médicos originales que acrediten la incapacidad temporal por más de 15 días corrientes, expedidos por el médico afiliado a la EPS o ARL o médico especialista en medicina ocupacional.
- En caso de encontrarse realizando aportes al sistema de seguridad social como cotizante, adjuntar copia de la planilla de dichos aportes.
- Certificación emitida por EL TOMADOR en donde se refleje las cuotas, fecha de desembolso / última utilización, las fechas de pago, fecha de desempleo y valores que deben ser indemnizados.
- Esta cobertura será efectiva de la siguiente manera: Primer Mes -Segundo Mes y tercer mes: Un solo instalamento - Se efectúa en un único pago. A partir del cuarto Mes: el asegurado deberá acreditar el estado de Incapacidad o desempleo, hasta el pago máximo de cuotas mensuales aceptada por el cliente según la oferta económica.

15. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

Pan-American Life de Colombia S.A. pagará directamente a los beneficiarios o por conducto del TOMADOR, la indemnización a que está obligada, dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que se acredite el siniestro.

Límite de Eventos a Indemnizar por asegurado bajo la cobertura de desempleo involuntario o incapacidad temporal: Se extiende máximo dos (2) eventos por vigencia anual, siempre y cuando entre el último pago del primer evento y la ocurrencia del segundo hayan transcurrido por lo menos 6 meses, máximo se pagaran 9 cuotas entre los dos eventos sin límite de eventos.

16. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El asegurado o beneficiario, en su caso, quedará privado de todo derecho procedente de la presente Póliza, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, o si en apoyo de ella se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos

17. PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones que se derivan del presente contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

18. CONDICIONES ECONÓMICAS

18.1. TABLAS RESUMEN

18.1.1. Vida e ITP, para todos los créditos colocados por el tomador

AMPARO	TASA MENSUAL
MUERTE E ITP	\$1.500 (por millón) sobre el valor desembolsado para todos los nuevos desembolsos

18.1.2. Desempleo para todos los nuevos, y que tomen el beneficio al momento de originarse el crédito, tendrán las siguientes tarifas

AMPARO	TASA MENSUAL
DESEMPLEO	5,2003% (por ciento), se calcula sobre el valor de la cuota mensual

Intermediario: Negocio Directo

18.2. FORMA DE COBRO

El cobro de la prima se efectuará de forma MENSUAL VENCIDA según el reporte de la entidad tomadora el cual deberá ser entregado en medio magnético.

18.3. PAGO DE LA PRIMA

El TOMADOR deberá pagar dentro de los sesenta (60) días contados a partir de la fecha de radicación en del documento de facturación expedido por la aseguradora.

En consecuencia, la cobertura otorgada terminará automáticamente sí al día 91 no se ha efectuado el pago de la prima correspondiente.

18.4. MODALIDAD DE COBRO.

Reporte y cobro mensual. La prima se calcula aplicando la tasa mensual sobre el pago mínimo facturado por el mes por todos los deudores, incluyendo los intereses de mora generados mensualmente, indicando igualmente el número total de obligaciones con corte del último día del mes inmediatamente anterior.

19. CLAUSULA DE CAUSALIDAD

El concepto de reticencia o inexactitud se aplicará respetando el principio de causalidad, es decir, se objetará el pago del seguro solamente en aquellos casos en que la muerte o la incapacidad se produzcan por casos relacionados directamente con los hechos materia de inexactitud o reticencia en la declaración de asegurabilidad.

20. ERRORES Y OMISIONES

El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos y circunstancias que determinen el estado del riesgo. La inexactitud sobre hechos o circunstancias que conocidos por la compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. Sin embargo, si se incurriere en errores, omisiones e inexactitudes no imputables al tomador o al asegurado, el contrato no será nulo ni habrá lugar a la aplicación del inciso 3o del artículo 1058 del Código de Comercio sobre reducción porcentual de la prestación asegurada, en este caso, se deducirá de la indemnización la diferencia de primas no cobradas durante el tiempo de vigencia del seguro. Los errores u omisiones involuntarios imputables al tomador en el reporte de la información, no afectarán los derechos derivados de la póliza.

21. INDEMNIZACIONES ESPECIALES “EX –GRATIA”

El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos y circunstancias que determinen Pan-American Life de Colombia S.A., procederá con la indemnización de siniestros “Ex-Gratia” (reclamaciones, cumplan o no con las condiciones de cobertura del anexo de desempleo involuntario / incapacidad temporal o demás amparos hasta el valor de \$100.000.000 (cien millones de pesos) para la vigencia anual, siempre y cuando el índice total de siniestros sea inferior al 10%.

Condiciones para todas las Indemnizaciones Especiales

- Lo anterior comprende a todas las pólizas del programa.
- Este límite indemnizatorio no podrá ser acumulado ni trasladado de una vigencia a otra y deberá ser utilizado durante la vigencia de la póliza.
- Este valor será utilizado para cualquier cálculo del resultado de la cuenta incluyendo Participación de Utilidades.
- En ningún caso las indemnizaciones especiales “Ex-Gratia”, podrán superar la suficiencia de primas
- El pago de indemnizaciones “Ex-Gratia”, no genera un precedente para futuros pagos o siniestros que no cuenten con cobertura de acuerdo a las condiciones de la póliza.

22. REVISIÓN DE SINIESTRALIDAD

LA COMPAÑÍA efectuará semestralmente una revisión y análisis del valor de la prima de seguro cobrada al tomador en función del resultado técnico y el comportamiento de siniestralidad del producto de seguro adquirido como resultado de lo cual, deberá informarse al asegurado en forma previa, los cambios que llegaren a realizarse en el valor de la prima de seguro.

Cuando el porcentaje de siniestralidad exceda los estándares normales de la compañía, se podrá; incrementar las Primas a los Tomadores, reducir los retornos de los tomadores y reducir la comisión de forma proporcional hasta que la siniestralidad llegue a porcentajes normales.

23. CLAUSULA OFAC

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente Póliza y sus Anexos, terminara cuando EL TOMADOR, sus administradores, asegurados y/o beneficiarios fueren vinculados a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo, lavado de activos, secuestro, enriquecimiento ilícito o sean incluidos en cualquier lista de lavado de activos controlada por cualquier autoridad Colombiana o extranjera como por ejemplo la Oficina de Lavado de Activos en el exterior OFAC del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de América o cualquier otra lista internacional vinculante para Colombia de acuerdo con el derecho internacional o hayan sido condenados en cualquier proceso judicial por la comisión de un delito o por el simple señalamiento público como autores o participantes de actividades ilícitas.

NOTA DE COBERTURA

SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDOR CON ANEXO DE DESEMPLEO E ITT

PÓLIZA 05268

TOMADOR: TOYOTA FINANCIAL SERVICES COLOMBIA

NIT: 900.839.702-9

ACTIVIDAD: Financiera

MODALIDAD: Deudor con anexo de Desempleo Involuntario e Incapacidad Total Temporal

TIPO DE CENSO: Nominado

ADHESIÓN: Voluntario

VIGENCIA: Julio 1 de 2023 a las 00:00 horas hasta el 30 de junio de 2024 a las 24:00 horas

CIA: 009

En relación con su amable solicitud de presentar términos de cotización para el negocio en referencia nos permitimos remitir la presente Nota de Cobertura. Este documento resume los términos y condiciones generales del producto cotizado. La validez de este documento está sujeta a la entrega de todos los documentos pertinentes y necesarios para la expedición de la póliza, incluyendo pero no limitado al cumplimiento de toda la documentación necesaria para las validaciones requeridas del Sistema de Prevención de Lavado de Activos, que en caso que se manifieste algún indicador positivo en esta evaluación, el presente documento perderá todo valor, aun cuando se hayan recibido primas en función del negocio, las cuales serán devueltas al Tomador.

El valor de la prima y las condiciones del seguro que se presentan en este documento están determinadas por la información suministrada por el Intermediario o el Tomador del seguro respecto del propuesto grupo asegurable, de manera que, si la información cambia, en términos del censo reportado para la cotización versus el censo actual, posiblemente genere algún cambio en las primas del seguro.

Por consiguiente, el presente documento no obliga a La Compañía a otorgar cobertura en caso de incumplimiento de la normativa de SARLAFT u OFAC. Tampoco reemplazará, las condiciones generales y particulares de la póliza de seguro y queda la Compañía sujeta a recibir, analizar y aprobar la información suministrada antes de la expedición de la póliza de seguros.

Los requisitos, parámetros y lineamientos exigidos por Pan-American Life se entenderán cumplidos mediante la expedición de una comunicación escrita, en la cual indicará el cumplimiento de dichos requisitos y su intención de asumir el riesgo. PALIG aceptará el riesgo cuando emita la póliza en la que se consignan los términos del contrato.

Esperamos que esta propuesta cumpla con sus expectativas, así mismo agradecemos al dar respuesta al presente documento.

CONDICIONES DEL NEGOCIO

Sin perjuicio de lo registrado en las condiciones generales de la Póliza de Vida Grupo de Pan-American Life o de sus anexos (CÓDIGO CLÁUSULADO: 01/12/2021-1416-P-34-VIDA_GRUPODEUDOR-DRCI, Anexo 01/12/2021-1416-A-34-AN_INC_TOTALPERM-DRCI, ANEXO: 01/12/2021-1416-A-34-AN_DESEMPLEO_ITT-DRCI) se deja con estas condiciones particulares expresa constancia de las Condiciones de Expedición por el periodo arriba indicado:

1. ALCANCE DE LA COBERTURA

La póliza otorga cobertura de Muerte por cualquier causa y Desempleo para el Titular reportado por el tomador.

El seguro solo será válido si efectivamente existe reporte por parte del tomador

2. GRUPO ASEGURADO

Están amparados todos los usuarios del crédito del Tomador, que desarrollen actividades y ocupaciones lícitas y no se encuentren al margen de la ley.

Estarán asegurados deudores principales y solidarios siempre y cuando cada uno diligencie declaración de asegurabilidad y se realice el pago de la prima correspondiente por cada uno de los riesgos independientemente. (Es decir el pago de primas se realizará por vida asegurada y no por crédito)

Todas las operaciones de compra de cartera que efectúe el tomador y que generen un cambio en el grupo asegurable de más del 10% de la suma asegurada total al momento del proceso de compra de cartera deberán ser notificadas a PALIG para su aprobación con 60 días de anterioridad al proceso de compra de cartera.

3. BENEFICIARIOS

Muerte Por Cualquier Causa e Incapacidad Total Y Permanente: El TOMADOR hasta el saldo insoluto de la deuda y en exceso los beneficiarios de ley o los que haya declarado el asegurado.

Desempleo o Incapacidad Temporal: el beneficiario será El TOMADOR hasta el máximo de cuotas y límite de eventos indicados y en todo caso sin superar el saldo insoluto de la deuda a la fecha de ocurrencia del evento asegurado

4. AMPAROS

4.1 AMPARO BÁSICO - FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA

El presente amparo cubre el fallecimiento del asegurado, cualquiera sea la causa, siempre y cuando se produzca dentro de la vigencia del amparo individual.

Pan-American Life de Colombia Compañía de Seguros S.A. pagará al TOMADOR beneficiario del seguro el valor asegurado en caso de fallecimiento por muerte natural o accidental de la persona asegurada bajo el presente contrato de seguro; incluyendo homicidio, suicidio, terrorismo y Sida.

4.2 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Entendiéndose por incapacidad Total y Permanente la sufrida por el asegurado como consecuencia de un accidente o enfermedad que se le califique durante la vigencia del seguro, que le produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales, la inhabilitación funcional total y definitiva de cualquier órgano o miembro lesionado que de por vida y le impidan desempeñar todas las ocupaciones o empleos remunerados para los cuales se encuentra razonablemente calificado en razón de su educación, entrenamiento o experiencia, la incapacidad será total y permanente cuando la calificación de la pérdida de capacidad laboral sea igual o superior al 50%, de conformidad con la fecha del dictamen de la respectiva ARL, AFP, Junta de Calificación u Organismo Equivalente tomando como base para la determinación de la pérdida el Manual Único de Calificación de Invalidez vigente en Colombia, el Dictamen deberá estar debidamente ejecutoriado y en firme. Siempre que dicha incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor de 120 días y no haya sido provocada por el asegurado.

Tratándose de regímenes especiales en los que el Dictamen no señale expresamente la fecha de estructuración de la Invalidez, se tomará como fecha de la Incapacidad Total y Permanente la fecha del Dictamen, el cual debe proferirse durante la vigencia de la póliza.

Este amparo no es acumulable con el amparo básico de muerte, por lo tanto una vez pagada la indemnización por incapacidad total y permanente, Pan-American Life de Colombia S.A. se libera de toda responsabilidad bajo esta póliza.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de Incapacidad Total y Permanente, se considerará como tal la pérdida total e irreparable de la visión de ambos ojos; la amputación de ambas manos o ambos pies; o de toda una mano y de todo un pie.

4.3 TELEMEDICINA

LA COMPAÑÍA se obliga a dar cobertura a los siguientes procedimientos de asistencia médica en un todo de acuerdo con las limitaciones, periodos de carencia, copagos y de acuerdo con la descripción del plan contratado.

4.3.1 Tele orientación médica.

Bajo esta cobertura se incluye el conjunto de acciones que desarrolla el prestador de referencia de telemedicina y sus médicos a través de la plataforma digital DEL TERCERO para direccionar al usuario o proporcionar información, consejería y asesoría en los componentes de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y diagnóstico. Este amparo debe estar contemplado en la descripción del plan contratado.

El teleorientador debe informar al usuario el alcance de la orientación y entregar copia o resumen de la comunicación si el paciente lo solicita

Telemedicina es la modalidad de atención en salud, realizada a distancia, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación para intercambiar datos, con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios de salud a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica.

4.4 DESEMPLEO INVOLUNTARIO E INCAPACIDAD TEMPORAL

Mediante el presente anexo y no obstante lo que se diga en contrario en las condiciones generales de la póliza de vida grupo, Pan-American Life de Colombia S.A. pagará el valor de la cuota mensual que se genere por cualquier tipo de crédito otorgado por EL TOMADOR, de las personas naturales, por alguno de los siguientes eventos la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza:

4.4.1. PÉRDIDA INVOLUNTARIA DEL EMPLEO

PALIG pagará la suma mensual asegurada en caso que un asegurado cubierto sea despedido sin justa causa, conforme con lo estipulado al respecto en la legislación laboral colombiana, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones de

- Periodo de Carencia: Sin periodo de carencia
- Periodo de Espera: 30 días
- Antigüedad laboral: seis meses con el mismo empleador.
- Trabajadores a término fijo, deberán tener al menos 6 meses de vigencia para la finalización de su contrato actual con el fin de ser elegibles para este programa.
- Esta cobertura será efectiva de la siguiente manera: Primer Mes -Segundo Mes y tercer mes: Un solo instalamento - Se efectúa en un único pago. A partir del cuarto Mes: el asegurado deberá acreditar el estado de Incapacidad o desempleo, hasta el pago máximo de cuotas mensuales aceptada por el cliente según la oferta económica será de 12 cuotas máximo.
- Para asegurados con contrato a término fijo deberán contar con un periodo superior a la suma periodo de carencia más el número de instalamentos en su contrato para calificar para este beneficio. (14 meses para el plan de 12 cuotas).

Las cuáles serán definidas en las condiciones particulares del negocio.

Esta cobertura será efectiva durante los meses de cobertura establecidos en las condiciones particulares siempre que persista la condición de desempleo, se pagarán las cuotas establecidas sin revisión del estado de desempleo

PERIODO DE CARENCIA: Corresponde al periodo mínimo de tiempo contado desde el inicio de vigencia de la cobertura, durante el cual el asegurado no tiene derecho alguno a la suma asegurada frente a la ocurrencia de un evento. El periodo máximo de carencia para esta cobertura se definirá en las condiciones particulares de la póliza.

PERIODO DE ESPERA: Corresponde al periodo mínimo de tiempo que debe transcurrir entre la fecha de ocurrencia del siniestro y el primer pago una vez tenga derecho a recibir la cobertura del beneficio, así como el periodo de tiempo que el asegurado deberá estar en estado de desempleo o Incapacitado Total y Permanentemente, para acceder al primer pago. El periodo de espera para esta cobertura definirá en las condiciones particulares de la póliza.

PERIODO ACTIVO MÍNIMO: Se refiere al tiempo que debe transcurrir durante el cual el asegurado que ya haya sido indemnizado en razón del seguro y que ha obtenido nuevamente un empleo o trabajo, debe mantenerse en éste para poder afectar nuevamente el seguro si incurre en desempleo involuntario otra vez. El periodo Activo Mínimo definido para esta cobertura es de seis (6) meses consecutivos con el mismo empleador.

ANTIGÜEDAD LABORAL: Se refiere al periodo de tiempo durante el cual el asegurado deberá depender de un mismo empleador para tener derecho a la cobertura de desempleo. El periodo de antigüedad laboral establecido para esta cobertura es de seis (6) meses.

PERÍODO DE REACTIVACIÓN PARA DESEMPLEO: Para esta cobertura es de ciento ochenta (180) días calendario continuos, durante los cuales el asegurado ya indemnizado por un primer evento debe permanecer en un nuevo empleo y, de esta manera, tener derecho a reclamación por un siguiente evento.

4.4.2. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL PARA INDEPENDIENTE

En caso de que un asegurado siendo trabajador independiente o empleado a cuenta propia cubierto, se incapacita de forma temporal como consecuencia de un mismo accidente o enfermedad corporal quedando inhabilitado para ejercer cualquier trabajo o labor profesional, sin perjuicio de que éste le genere un ingreso, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- a) La incapacidad esté debidamente certificada por un médico adscrito a la EPS o ARL a la cual se encuentre afiliado el asegurado o un médico especialista en medicina ocupacional.
- b) Que la incapacidad tenga una duración superior a quince (15) días corrientes continuos y no haya sido causada a voluntad del asegurado.
- c) Que previo al inicio de cobertura de ITT el asegurado no haya presentado una Incapacidad Total Temporal durante más de quince (15) días consecutivos, durante los doce (12) meses anteriores al inicio de vigencia

Si un asegurado presenta una nueva incapacidad de más de quince (15) días dentro de los sesenta (60) días siguientes al inicio de la primera incapacidad reportada, ésta se tomará como parte del primer evento y en consecuencia, se acumularán los pagos generados antes de la recaída y los que surjan como consecuencia de la misma.

INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL: Aplica solamente al asegurado que es trabajador independiente y empleado a cuenta propia (no devenga salario de un patrono) y que quede temporalmente incapacitado y por más de quince (15) días, para realizar sus labores debido a una lesión corporal accidental, enfermedad o una condición no excluida de la cobertura del seguro.

PERÍODO DE REACTIVACIÓN PARA ITT: Si la nueva incapacidad sucede después de transcurridos sesenta (60) días desde el inicio de la primera incapacidad temporal reportada, se constituirá como un nuevo evento y tendrá derecho a recibir hasta 4 pagos

PARÁGRAFO: ESTE ANEXO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO E INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL SERÁ VOLUNTARIO Y ANEXO AL AMPARO BÁSICO DE FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA. PARA ACCEDER AL ANEXO DE DESEMPLEO EL ASEGURADO DEBERÁ TENER LA PÓLIZA DE VIDA DEUDOR Y SU CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO EFECTIVAMENTE EXPEDIDA Y PAGADA CON PAN-AMERICAN LIFE.

5. EXCLUSIONES

Pan-American Life de Colombia S.A. quedará liberada de toda responsabilidad bajo el presente contrato de seguro cuando el siniestro se presente como consecuencia directa o indirecta de una condición preexistente.

5.1. EXCLUSIONES PARA EL AMPARO DE FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

PALIG no reconocerá indemnización alguna cuando el fallecimiento o la incapacidad total y permanente del asegurado sea consecuencia directa o indirecta de enfermedad o accidente preexistente o reticente a la fecha de inicio del amparo individual, que no haya sido declarada previamente a PALIG y autorizada por la compañía, como tampoco se cubrirá las lesiones provocadas por el mismo asegurado. Esta exclusión no aplicará para valores asegurados inferiores a Doscientos millones de pesos (\$200.000.000) y edad inferior a los 61 años.

5.2. EXCLUSIONES AL AMPARO DE ASISTENCIA MÉDICA

Esta cobertura no ampara los gastos relacionados con eventos que tengan origen o estén relacionados con alguna de las siguientes causas:

- a) Tratamientos y procedimientos estéticos para fines de embellecimiento y cualquier cirugía reconstructiva o tratamientos profilácticos o pre-protésicos no incluidos en el plan contratado.

- b) Tratamientos originados por enfermedades mentales y lesiones sufridas por el asegurado cuando éste se encuentre bajo efectos de sustancias sicotrópicas, alcohólicas o en estados de enajenación mental de cualquier etiología.
- c) Exámenes, procedimientos quirúrgicos y en general, el tratamiento de lesiones o afecciones de origen médico o dental no cubiertos por los amparos de la póliza, a menos que sean consecuencia de un accidente cuyo tratamiento odontológico y quirúrgico haya sido cubierto por ésta, en cuyo caso se excluyen los aparatos de prótesis oro-faciales, su implantación y restauración.
- d) Lesiones o enfermedades sufridas en guerra, declarada o no, rebelión, revolución, asonada, motín o conmoción civil cuando el asegurado sea partícipe de estas.
- e) Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- f) Hechos o actuaciones de las fuerzas armadas o de hechos de las fuerzas o cuerpos de seguridad.
- g) Los derivados de la energía nuclear radioactiva.
- h) Lesiones, accidentes o cualquier enfermedad derivada de la práctica profesional de deportes de alto riesgo, tales como: paracaidismo, alas delta, motocross, senderismo, motociclismo, automovilismo, aviación no comercial, montañismo y otros similares.
- i) Tratamientos médicos, odontológicos quirúrgicos u hospitalarios para pacientes en estado de muerte cerebral según los criterios éticos legales, clínicos y paraclínicos actuales para el diagnóstico de muerte cerebral.
- j) Lesiones autoinflingidas voluntarias o involuntarias y/o intento de suicidio.
- k) Procedimientos que exigen hospitalización o atención domiciliaria excepto cuando esta última hace parte de los amparos de la póliza.
- l) Los tratamientos hospitalarios y/o ambulatorios como consecuencia o complicación de un tratamiento no amparado por la póliza.
- m) Tratamientos experimentales y aplicación de medicamentos y/o material importado no reconocido en el plan de asistencia médica y/o odontológica;
- n) Así mismo, la compañía no se hace responsable de las consecuencias económicas que se deriven por los eventos que se detallan a continuación:
- o) Dolo o culpa grave de quien prestó al asegurado los servicios de asistencia, al ofrecer una asistencia médica.
- p) Reclamaciones en las que impida expresa o implícitamente, la debida tramitación del servicio, cuando el impedimento proceda de la víctima, de personas u órganos con poder público u otras personas grupos u órganos con el poder legal o coacción del hecho.
- q) Ninguna de las partes será responsable de los retrasos o incumplimiento de sus obligaciones o prestaciones en los casos de fuerza mayor que impidan tal cumplimiento.
- r) Se entiende por fuerza mayor las causas tales como, pero no limitadas a: guerra, invasiones, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), guerra civil, rebelión, insurrección, terrorismo o pronunciamiento, manifestaciones o movimientos populares, actos de gobiernos o de administración, fenómenos de la naturaleza y generalmente toda causa imprevisible y excesivamente gravosa que razonablemente impide a alguna de las partes cumplir sus obligaciones.
- s) Los servicios que el asegurado haya concertado por su cuenta sin el previo consentimiento de la compañía.

5.1. PERDIDA INVOLUNTARIA DEL EMPLEO

- a) Cuando el contrato de trabajo del asegurado termine por cualquiera de las siguientes causas:

- Por decisión unilateral del trabajador.
 - Por despido con justa causa, de acuerdo a la legislación laboral colombiana.
 - Por mutuo consentimiento entre el trabajador y el empleador sin que se efectúe pago alguno de bonificación o suma alguna, por decisión de parte del empleador.
 - Por expiración del término estipulado en los contratos a término fijo.
 - Por terminación de contratos obra o labor contratada.
 - Por no regresar el trabajador a su empleo, al desaparecer las causas de la suspensión del contrato.
 - Por muerte del trabajador.
- b) Cuando la terminación del contrato de trabajo se presente durante o a la finalización del período de prueba.
- c) Cuando el contrato de trabajo sea suspendido por cualquier causa.
- d) Cuando se trate de trabajadores empleados en su propia empresa.
- e) Cuando se trate de trabajadores Independientes o pensionados.
- f) Cuando el asegurado se encuentre empleado, incluso después de haber tenido un período sin empleo.
- g) Cuando la terminación del contrato de trabajo sea a consecuencia de una huelga general (una huelga contra todos los patrones de una industria o territorio) o de un paro laboral como medio para forzar a los empleadores a aceptar alguna demanda.
- h) Cuando la terminación del contrato de trabajo sea a consecuencia de una disputa laboral por sindicato (un paro laboral sindical para obtener concesiones del patrono en la cual estén envueltas más de una persona).
- i) Cuando la terminación del contrato de trabajo sea a consecuencia de un cierre (el cierre temporal de un lugar de trabajo o despido de empleados para desalentar actividades sindicales, o para obtener concesiones por parte del patrono y excluyendo cierres temporales normales).
- j) Cuando la terminación del contrato de trabajo sea a consecuencia de una conmoción civil, motín, insurrección, rebelión, o revolución.
- k) Cuando la terminación del contrato de trabajo sea a consecuencia de una guerra o acto de guerra, declarada o no.
- l) Cuando el contrato sea de tipo aprendizaje o prestación de servicios

5.2. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL PARA INDEPENDIENTE

- a) Accidentes originados por la participación del asegurado en:
- Tentativa de suicidio o lesiones causadas a sí mismo ya sea en estado de conciencia o inconciencia.
 - Lesiones causadas con arma de fuego, cortante, punzante y/o contundente, cuando el asegurado es sujeto activo (agresor).
 - Accidentes de aviación que sufra el asegurado cuando viaje como pasajero, salvo que viaje como pasajero de una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros.
 - Los accidentes causados por violación por parte del asegurado de cualquier norma de carácter legal.
 - Encontrarse el asegurado bajo influencia de bebidas embriagantes o de sustancias alucinógenas, drogas tóxicas o heroicas o cualquier otra sustancia que por su propia naturaleza produzca dependencia física o síquica.
 - Los accidentes que ocurran cuando el asegurado participe en competencias de velocidad o habilidad, o cuando el asegurado sea conductor o pasajero de motocicletas o motonetas o cuando participe en la práctica de deportes catalogados como de alto riesgo o extremos.

- Temblores de tierra, erupciones volcánicas, terremoto, tifón, huracán, tornado, ciclón, Inundaciones, rayo, marejada o cualquier otro fenómeno o convulsión de la naturaleza.
 - Lesiones inmediatas o tardías, causadas por energía atómica, reacción nuclear, radiación nuclear, contaminación radioactiva, química o bacteriológica.
 - Participación voluntaria en cualquier clase de riña o pelea.
- b) Alguno de los siguientes eventos:
- El estado de embarazo o los periodos de licencia por maternidad o paternidad.
 - Padecimiento de enfermedad mental de cualquier tipo y sus consecuencias, tales como estrés, ansiedad, depresión y desordenes nerviosos.
 - Enfermedades preexistentes por las que el asegurado haya sido atendido y tratado médicamente dentro de los seis (6) meses anteriores a la fecha de inicio de vigencia de la póliza individual de seguro.
 - Pandemias o epidemias declaradas por organismos competentes a nivel local o internacional
- c) No se incluyen bajo esta cobertura personas que se encuentren amparadas bajo la cobertura de desempleo.
- d) No se incluyen bajo esta cobertura a:
- Los pensionados.
 - Los miembros de las fuerzas militares o de la Policía Nacional.
 - Las personas que trabajan con instituciones gubernamentales o del estado.
 -
 - Las personas con contrato de trabajo.

6. EDADES

TIPO	INGRESO	PERMANENCIA
Muerte Por Cualquier Causa	De 18 años a 80 años no cumplidos	Hasta finalizar la deuda
Incapacidad Total y Permanente	De 18 años a 75 años y 364 días	Hasta finalizar la deuda
Pérdida Involuntaria Del Empleo	De 18 años a 65 años y 364 días	Hasta los 69 años y 364 días
Incapacidad Total Temporal Para Independiente	De 18 años a 65 años y 364 días	Hasta los 69 años y 364 días

7. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

7.1. CRÉDITOS INFERIORES A 200.000.000

Con sujeción a los límites y requisitos establecidos en las condiciones particulares y generales de la póliza, los ingresos de asegurados cuyo valor asegurado sea igual o inferior a \$200.000.000 y 61 años, no deberán diligenciar solicitud de seguro.

7.2. EXTRAPRIMAS

Para los asegurados con valores inferiores a \$200.000.000 y 61 años se podrán otorgar extraprimas automáticas de acuerdo a la siguiente tabla:

EXTRAPRIMA	%
HIPERTENSION ARTERIAL	25
TABAQUISMO MAS DE 10 CIGARRILLOS DIARIOS	25
INDICE DE MASA CORPORAL ENTRE 30 Y 34	25
INDICE DE MASA CORPORAL ENTRE 35 Y 39	50

OBSERVACIONES :
Enfermedades diferentes a las mencionadas, se deben consultar con Suscripción.
En caso de presentarse varios factores, ejemplo sobrepeso e Hipertensión Arterial, la extraprima debe sumarse
En caso de que la extraprima total sea superior a 150%, se debe consultar con Suscripción la viabilidad de aceptación.
En caso de que el resultado del IMC sea igual o superior a 40, se debe consultar con Suscripción

NO REQUIERE EXTRAPRIMA	REQUIERE HISTORIA CLÍNICA Y/O INFORME MÉDICO
VERTIGO	HIPOACUSIA
PRESBICIA	HEPATITIS B Y C
SEPTOPLASTIA	CIRUGIA DE RODILLA ARTROSCOPIA
VARICOCELE	INSUFICIENCIA RENAL
MIOPIA	TUBERCULOSIS
VENA VARICE	SINDROME DE SJORGEN
HERNIA INGUINAL Y/O UMBILICAL	TUMORES
HIPERMETROPIA	MIOMAS DIAGNÓSTICADOS MENOS DE 3 AÑOS
ASTIGMATISMO	ENFERMEDAD CARDIOVASCULARES
CORNETES	ARTRITIS REMATOIDEA
GASTRITIS	ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR
HIPOTIROIDISMO	INSUFICIENCIA CORONARIA
ASMA	EPILEPSIA
HIPOGLICEMIA	CANCER
HEPATITIS A	DISLIPIDEMIA
HISTERECTOMIA	HIPERCOLESTEROLEMIA
QUERATOCONO	HIPERGLICEMIA
RINITIS	HIPERTRIGLICERIDEMIA
SINUSITIS	ENFERMEDADES PULMONARES
FRACTURAS DE MAS DE 5 AÑOS	GLAUCOMA
CALCULOS RENALES	DIABETES
QUISTES BENIGNOS	ESCLEROSIS MÚLTIPLE
MIOMAS OPERADOS MAS DE 3 AÑOS	ANTECEDENTES DE CIRUGIAS INFERIORES A 5 AÑOS
	DIAGNÓSTICO DE VIH

7.3. CONDICIONES GENERALES

De \$1 a \$200.000.000	No diligenciamiento
De \$200.000.001 a \$500.000.000	Menores de 61 años: Formato Solicitud Individual de Seguro - Declaración de Asegurabilidad Personas con edades mayores o iguales a 61 años: Formato Solicitud Individual de Seguro - Declaración de Asegurabilidad , Examen médico y Prueba de orina
De \$500.000.001 a \$600.000.000	Menores de 46 años: Formato Solicitud Individual de Seguro - Declaración de Asegurabilidad, Examen médico y Prueba de orina. Personas con edades entre 46-61 años: Formato Solicitud Individual de Seguro - Declaración de Asegurabilidad, examen médico, Examen de orina completo, EKG, HIV, RX de Tórax y Perfil Bioquímica.

	Personas con edades mayores o iguales a 61 años: Formato Solicitud Individual de Seguro - Declaración de Asegurabilidad Examen médico, Examen de orina completo, EKG, HIV, RX de Tórax y Perfil Bioquímica, certificado médico donde se indique que no padecen ninguna enfermedad terminal.
De \$600.000.001 en adelante	Formato Solicitud Individual de Seguro - Declaración de Asegurabilidad, Examen médico, Examen de orina completo, EKG, HIV, RX de Tórax y Perfil Bioquímica, certificado médico donde se indique que no padecen ninguna enfermedad terminal.

8. PROCEDIMIENTOS

8.1. EXPEDICIÓN, MANEJO Y COBRO

El Tomador remitirá a La Aseguradora, mensualmente los listados con los valores asegurados vigentes por deudor, dicho reporte deberá realizarlo dentro de los primeros 10 días de cada mes del presente condicionado particular.

La Compañía efectuara la revisión correspondiente y expedirá y enviara la factura o certificado de seguro dentro de los tres (3) días hábiles al Tomador.

El tomador se compromete a suministrar la siguiente información a través de medio magnético:

- Número del crédito
- Tipo de documento
- Número de documento
- Primer Apellido
- Segundo Apellido
- Nombres
- Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)
- Género (F/M)
- Tipo de contrato laboral (termino fijo/Indefinido)
- Valor cuota mensual de amortización del crédito.
- Fecha de Desembolso
- Número de cuotas de amortización o plazo del crédito
- Altura del crédito en número de cuotas
- Valor asegurado individual (valor inicial del crédito)

8.2. EXÁMENES MÉDICOS

Para aquellos asegurados que por su valor asegurado o edad requieran de examen médico deberá seguirse el siguiente procedimiento:

- El Tomador tramitara la cita previa con el medico que sea elegido, de acuerdo con el Directorio Medico vigente.
- El Tomador diligenciará la carta remisora vigente, para el examen médico y complementario.
- El cliente deberá entregar al médico la carta remisoria en el momento de la cita médica.
- El medico examinador practicará el examen físico y solicitará los exámenes complementarios que considere necesarios basados en los que la Compañía exige, debiendo remitir los resultados a la Unidad de Vida de la Compañía.
- La Compañía analizará y se emitirá la calificación mediante comunicación escrita acerca de las condiciones de aceptación o rechazo del riesgo.

Nota: la Compañía asume para el ingreso el costo de los exámenes médicos descritos, en caso de ser necesario exámenes diferentes a los relacionados estos deberán ser sufragados por el Asegurado.

8.3. VIGENCIA DE LOS EXÁMENES MÉDICOS

Pan-American Life de Colombia Compañía de Seguros S.A. establece como vigencia máxima para los exámenes médicos practicados por los médicos adscritos a la Compañía un plazo de 364 días calendario, con las mismas calificaciones y/o limitaciones.

9. COBERTURA INDIVIDUAL

9.1. DURACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

La duración de la cobertura individual de seguro inicia desde el momento en que el Tomador desembolse el crédito, sujeta a la facturación y pago de la primera prima y estará vigente hasta la cancelación total de la deuda incluyendo eventuales prórrogas autorizadas por EL TOMADOR, extendiéndose también a la duración de procesos judiciales que se inicien para hacer efectivo el pago en casos de mora, con sujeción a la vigencia de la póliza.

Se ampara de manera automática y sin ningún tipo de requisitos, ni limitantes de edad, ni valor, cualquier tipo de reestructuración y/o Financiación a los créditos otorgados, siempre y cuando el incremento sobre el valor asegurado actual (en uno o varios créditos) no supere el 35%, superado este monto deberá cumplir con requisitos de asegurabilidad.

9.2. TERMINACIÓN DEL SEGURO:

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente Póliza y sus anexos termina por las siguientes causas:

- Por el no pago de la prima una vez pasado el periodo de 30 días.
- A la terminación de la vigencia del Seguro, si éste no se renueva.
- Por el pago de indemnización igual al 100% del valor asegurado por cualquiera de los amparos contratados
- Cuando el TOMADOR revoque por escrito la póliza.

9.3. AMPARO AUTOMÁTICO

Pan-American Life de Colombia Compañía de Seguros S.A., concede amparo automático para personas menores de 76 años de edad cuyo valor asegurado sea menor o igual a \$200.000.000 por persona en uno o varios créditos siempre y cuando diligencien la

correspondiente solicitud de seguro, manifiesten estar en buen estado de salud y/o no indiquen padecer alguna de las enfermedades indicadas en la solicitud de seguro/declaración de salud.

Cuando el deudor solicite un nuevo crédito o un desembolso adicional al crédito actual, la compañía aseguradora aceptará la última calificación médica realizada, siempre y cuando tenga menos de un (1) año de vigencia.

El amparo automático hace referencia a las sumas iniciales para otorgar cobertura con el diligenciamiento y firma del formato de declaración de asegurabilidad, en consecuencia si un deudor toma un crédito por el límite del amparo automático, tendrá cobertura automáticamente independientemente que luego, por efecto de intereses crezca el valor de la deuda; por lo tanto en caso de siniestro la verificación del cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad se efectuará con respecto al valor del desembolso.

10. SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL

- Para asegurados cuyo ingreso sea anterior a 1 de enero del año 2020 será el saldo insoluto de la deuda.
- Para asegurados con fecha posterior al de enero del año 2020 será valor de desembolso.
- Para la cartera que tiene como valor asegurado el Saldo Insoluto, Palig lo tomará como valor de desembolso a partir del inicio de la vigencia.
- Para asegurados con fecha posterior a la fecha de inicio de vigencia con Palig (a ser determinada) será el 110% del valor de desembolso. La cobertura de desempleo e ITT será voluntaria.

MUERTE POR CUALQUIER CAUSA E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

El valor asegurado máximo en uno o múltiples créditos por fallecimiento o la incapacidad total y permanente del asegurado es de máximo mil millones de pesos (\$1.000'000.000).

Los amparos de muerte e incapacidad total y permanente son excluyentes entre sí.

DESEMPLEO / INCAPACIDAD TEMPORAL

En caso de siniestro la aseguradora indemnizará el valor certificado por EL TOMADOR para el deudor, hasta un máximo de DOCE (12) cuotas, con un máximo de \$4.500.000 por cuota, como pago mínimo mensual a la fecha donde ocurrió el siniestro, el cual incluye las cuotas e intereses que se encuentren en mora y así sucesivamente se continúa con la indemnización mensual hasta por el número de cuotas aseguradas, de acuerdo con los valores certificados mensualmente por EL TOMADOR

11. COBERTURA DE PREEXISTENCIAS

La Compañía asumirá indemnizaciones originadas por enfermedades preexistentes en el amparo de fallecimiento, diagnosticadas con anterioridad al momento en que se inicie la cobertura de cada riesgo, para los deudores del Tomador cuya suma asegurada en uno o varios créditos sea inferior a 200.000.001, sin diligenciamiento de solicitud de seguro a partir de la fecha en que se reporte tal novedad en los registros del Tomador y reportado a la Compañía.

12. CONTINUIDAD DE AMPARO

Se otorga, hasta las sumas aseguradas que traía el asegurado con la anterior Compañía, en las condiciones de salud y edad alcanzada en las que se encuentran. Para lo anterior, deberán presentar certificación de la aseguradora anterior respecto a volumen asegurado, siniestralidad y condiciones de suscripción.

13. AVISO DEL SINIESTRO

El TOMADOR, el Asegurado o los Beneficiarios según el caso, deberán dar aviso a la Compañía, de toda lesión, pérdida o muerte que pueda dar origen a una reclamación comprendida en los términos de esta Póliza, dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer los hechos que dan lugar a la reclamación.

14. PRUEBA DE LA RECLAMACIÓN

Los documentos necesarios para la formalización del reclamo son:

14.1. MUERTE ACCIDENTAL

- Formulario de reclamación suministrado por Pan-American Life de Colombia S.A. debidamente diligenciados por el asegurado o sus beneficiarios u oficio del TOMADOR.
- Original o fotocopia del registro civil de defunción del asegurado fallecido.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado fallecido.
- Certificación del saldo de la deuda del asegurado fallecido, emitida por EL TOMADOR

14.2. DOCUMENTOS GENERALES QUE DEBEN SER PRESENTADOS POR LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS O BENEFICIARIOS DE LEY

- Formato de reclamación diligenciado por cada uno de los beneficiarios.
- Formulario de conocimiento del cliente
- Documentos que acrediten parentesco:
- Copia autentica de registro civil de nacimiento.
- Cédula de ciudadanía.
- Tarjeta de Identidad si es menor de 7 años.
- Copia autentica del registro civil de matrimonio o declaración extra juicio en caso de unión marital de hecho.
- Declaración extra juicio debe ser rendida por uno o varios de los interesados dentro del proceso donde se establezca estado civil del fallecido, se indique quien era el compañero permanente o esposo, se identifiquen los beneficiarios que consideran tener derecho plenamente con nombres completos y números de cedula, se identifique plenamente a los hijos y se incluya la frase "no existen hijos matrimoniales, extramatrimoniales, adoptivos, reconocidos o por reconocer con más o mejor derecho a los ya mencionados anteriormente".

14.3. DESEMPLEO INVOLUNTARIO E INCAPACIDAD TEMPORAL

El pago de la indemnización por desempleo inicia pasados los 30 días calendario (siempre y cuando ya haya transcurrido el periodo de carencia), contados a partir de la fecha que el empleador oficializa el despido por medio de la comunicación formal dirigida al empleado. La primera cuota a indemnizar será la que informa EL TOMADOR por medio de la certificación y que se deba pagar después de haber pasado el periodo de espera, Para formalizar la reclamación se deben enviar los siguientes documentos:

En caso de Desempleo Involuntario:

- Formulario de reclamación suministrado por Pan-American Life de Colombia S.A. debidamente diligenciados por el asegurado o sus beneficiarios.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía.

- Original ó Copia del documento en el que conste la terminación de la relación laboral, en la cual se especifique el tipo de contrato laboral y el motivo de la terminación del mismo o carta de despido donde se detalle la información citada anteriormente.
- Original o Copia del documento en el que conste la liquidación de salarios y prestaciones sociales.
- Copia del Contrato Laboral o Certificación laboral
- A partir del cuarto mes, por cada mes de Desempleo Involuntario y hasta el máximo periodo cubierto, una declaración (formato de Pan-American Life) en la que se deje constancia de continuar en tal situación.
- Certificación emitida por EL TOMADOR en donde se refleje las cuotas, fecha de desembolso / última utilización, las fechas de pago, fecha de desempleo y valores que deben ser indemnizados.
- Esta cobertura será efectiva de la siguiente manera: Primer Mes -Segundo Mes y tercer mes: Un solo instalamento - Se efectúa en un único pago. A partir del cuarto Mes: el asegurado deberá acreditar el estado de Incapacidad o desempleo, hasta el pago máximo de cuotas mensuales aceptada por el cliente según la oferta económica

En Caso de Incapacidad Temporal:

- Formulario de reclamación suministrado por Pan-American Life de Colombia S.A. debidamente diligenciados por el asegurado o sus beneficiarios.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía.
- Certificados, historia clínica y exámenes médicos originales que acrediten la incapacidad temporal por más de 15 días corrientes, expedidos por el médico afiliado a la EPS o ARL o médico especialista en medicina ocupacional.
- En caso de encontrarse realizando aportes al sistema de seguridad social como cotizante, adjuntar copia de la planilla de dichos aportes.
- Certificación emitida por EL TOMADOR en donde se refleje las cuotas, fecha de desembolso / última utilización, las fechas de pago, fecha de desempleo y valores que deben ser indemnizados.
- Esta cobertura será efectiva de la siguiente manera: Primer Mes -Segundo Mes y tercer mes: Un solo instalamento - Se efectúa en un único pago. A partir del cuarto Mes: el asegurado deberá acreditar el estado de Incapacidad o desempleo, hasta el pago máximo de cuotas mensuales aceptada por el cliente según la oferta económica.

15. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

Pan-American Life de Colombia S.A. pagará directamente a los beneficiarios o por conducto del TOMADOR, la indemnización a que está obligada, dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que se acredite el siniestro.

Límite de Eventos a Indemnizar por asegurado bajo la cobertura de desempleo involuntario o incapacidad temporal: Se extiende máximo dos (2) eventos por vigencia anual, siempre y cuando entre el último pago del primer evento y la ocurrencia del segundo hayan transcurrido por lo menos 6 meses, máximo se pagaran 9 cuotas entre los dos eventos sin límite de eventos.

16. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El asegurado o beneficiario, en su caso, quedará privado de todo derecho procedente de la presente Póliza, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, o si en apoyo de ella se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos

17. PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones que se derivan del presente contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

18. CONDICIONES ECONÓMICAS

18.1. TABLAS RESUMEN

18.1.1. Vida e ITP, para todos los créditos colocados por el tomador

AMPARO	TASA MENSUAL
MUERTE E ITP	\$700 (por millón) sobre el valor desembolsado para los 300 empleados que vienen con esta tasa. \$1.200 (por millón) sobre el valor desembolsado para el stock actual

18.1.2. Desempleo para todos los nuevos, y que tomen el beneficio al momento de originarse el crédito, tendrán las siguientes tarifas

AMPARO	TASA MENSUAL
DESEMPLEO	5,2003% (por ciento), se calcula sobre el valor de la cuota mensual

Intermediario: Negocio Directo

18.2. FORMA DE COBRO

El cobro de la prima se efectuará de forma MENSUAL VENCIDA según el reporte de la entidad tomadora el cual deberá ser entregado en medio magnético.

18.3. PAGO DE LA PRIMA

El TOMADOR deberá pagar dentro de los sesenta (60) días contados a partir de la fecha de radicación en del documento de facturación expedido por la aseguradora.

En consecuencia, la cobertura otorgada terminará automáticamente sí al día 91 no se ha efectuado el pago de la prima correspondiente.

18.4. MODALIDAD DE COBRO.

Reporte y cobro mensual. La prima se calcula aplicando la tasa mensual sobre el pago mínimo facturado por el mes por todos los deudores, incluyendo los intereses de mora generados mensualmente, indicando igualmente el número total de obligaciones con corte del último día del mes inmediatamente anterior.

19. CLAUSULA DE CAUSALIDAD

El concepto de reticencia o inexactitud se aplicará respetando el principio de causalidad, es decir, se objetará el pago del seguro solamente en aquellos casos en que la muerte o la incapacidad se produzcan por casos relacionados directamente con los hechos materia de inexactitud o reticencia en la declaración de asegurabilidad.

20. ERRORES Y OMISIONES

El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos y circunstancias que determinen el estado del riesgo. La inexactitud sobre hechos o circunstancias que conocidos por la compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. Sin embargo, si se incurriere en errores, omisiones e inexactitudes no imputables al tomador o al asegurado, el contrato no será nulo ni habrá lugar a la aplicación del inciso 3o del artículo 1058 del Código de Comercio sobre reducción porcentual de la prestación asegurada, en este caso, se deducirá de la indemnización la diferencia de primas no cobradas durante el tiempo de vigencia del seguro. Los errores u omisiones involuntarios imputables al tomador en el reporte de la información, no afectarán los derechos derivados de la póliza.

21. INDEMNIZACIONES ESPECIALES “EX –GRATIA”

El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos y circunstancias que determinen Pan-American Life de Colombia S.A., procederá con la indemnización de siniestros “Ex-Gratia” (reclamaciones, cumplan o no con las condiciones de cobertura del anexo de desempleo involuntario / incapacidad temporal o demás amparos hasta el valor de \$100.000.000 (cien millones de pesos) para la vigencia anual, siempre y cuando el índice total de siniestros sea inferior al 10%.

Condiciones para todas las Indemnizaciones Especiales

- Lo anterior comprende a todas las pólizas del programa.
- Este límite indemnizatorio no podrá ser acumulado ni trasladado de una vigencia a otra y deberá ser utilizado durante la vigencia de la póliza.
- Este valor será utilizado para cualquier cálculo del resultado de la cuenta incluyendo Participación de Utilidades.
- En ningún caso las indemnizaciones especiales “Ex-Gratia”, podrán superar la suficiencia de primas
- El pago de indemnizaciones “Ex-Gratia”, no genera un precedente para futuros pagos o siniestros que no cuenten con cobertura de acuerdo a las condiciones de la póliza.

22. REVISIÓN DE SINIESTRALIDAD

LA COMPAÑÍA efectuará semestralmente una revisión y análisis del valor de la prima de seguro cobrada al tomador en función del resultado técnico y el comportamiento de siniestralidad del producto de seguro adquirido como resultado de lo cual, deberá informarse al asegurado en forma previa, los cambios que llegaren a realizarse en el valor de la prima de seguro.

Cuando el porcentaje de siniestralidad exceda los estándares normales de la compañía, se podrá; incrementar las Primas a los Tomadores, reducir los retornos de los tomadores y reducir la comisión de forma proporcional hasta que la siniestralidad llegue a porcentajes normales.

23. CLAUSULA OFAC

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente Póliza y sus Anexos, terminara cuando EL TOMADOR, sus administradores, asegurados y/o beneficiarios fueren vinculados a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo, lavado de activos, secuestro, enriquecimiento ilícito o sean incluidos en cualquier lista de lavado de activos controlada por cualquier autoridad Colombiana o extranjera como por ejemplo la Oficina de Lavado de Activos en el exterior OFAC del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de América o cualquier otra lista internacional vinculante para Colombia de acuerdo con el derecho internacional o hayan sido condenados en cualquier proceso judicial por la comisión de un delito o por el simple señalamiento público como autores o participantes de actividades ilícitas.

-/-

NOTA DE COBERTURA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDOR PÓLIZA 05235

TOMADOR: TOYOTA FINANCIAL SERVICES COLOMBIA

NIT: 900.839.702-9

ACTIVIDAD: Financiera

MODALIDAD: Deudor

TIPO DE CENSO: Nominado

ADHESIÓN: Voluntario

VIGENCIA: Julio 1 de 2023 a las 00:00 horas hasta el 30 de junio de 2024 a las 24:00 horas

CIA: 009

En relación a su amable solicitud de presentar términos de cotización para el negocio en referencia nos permitimos remitir la presente Nota de Cobertura. Este documento resume los términos y condiciones generales del producto cotizado. La validez de este documento está sujeta a la entrega de todos los documentos pertinentes y necesarios para la expedición de la póliza, incluyendo pero no limitado al cumplimiento de toda la documentación necesaria para las validaciones requeridas del Sistema de Prevención de Lavado de Activos, que en caso que se manifieste algún indicador positivo en esta evaluación, el presente documento perderá todo valor, aun cuando se hayan recibido primas en función del negocio, las cuales serán devueltas al Tomador.

El valor de la prima y las condiciones del seguro que se presentan en este documento están determinadas por la información suministrada por el Intermediario o el Tomador del seguro respecto del propuesto grupo asegurable, de manera que, si la información cambia, en términos del censo reportado para la cotización versus el censo actual, posiblemente genere algún cambio en las primas del seguro.

Por consiguiente, el presente documento no obliga a La Compañía a otorgar cobertura en caso de incumplimiento de la normativa de SARLAFT u OFAC. Tampoco reemplazará, las condiciones generales y particulares de la póliza de seguro y queda la Compañía sujeta a recibir, analizar y aprobar la información suministrada antes de la expedición de la póliza de seguros.

Los requisitos, parámetros y lineamientos exigidos por Pan-American Life se entenderán cumplidos mediante la expedición de una comunicación escrita, en la cual indicará el cumplimiento de dichos requisitos y su intención de asumir el riesgo. PALIG aceptará el riesgo cuando emita la póliza en la que se consignan los términos del contrato.

Esperamos que esta propuesta cumpla con sus expectativas, así mismo agradecemos al dar respuesta al presente documento.

CONDICIONES DEL NEGOCIO

Sin perjuicio de lo registrado en las condiciones generales de la Póliza de Vida Grupo de Pan-American Life o de sus anexos (CÓDIGO CLÁUSULADO: 01/12/2021-1416-P-34-VIDA_GRUPODEUDOR-DRCI, Anexo 01/12/2021-1416-A-34-AN_INC_TOTALPERM-DRCI) se deja con estas condiciones particulares expresa constancia de las Condiciones de Expedición por el periodo arriba indicado:

1. ALCANCE DE LA COBERTURA

La póliza otorga cobertura de Muerte por cualquier causa para el Titular reportado por el tomador.

El seguro solo será válido si efectivamente existe reporte por parte del tomador

2. GRUPO ASEGURADO

Están amparados todos los usuarios del crédito del Tomador, que desarrollen actividades y ocupaciones lícitas y no se encuentren al margen de la ley.

Estarán asegurados deudores principales y solidarios siempre y cuando cada uno diligencie declaración de asegurabilidad y se realice el pago de la prima correspondiente por cada uno de los riesgos independientemente. (Es decir el pago de primas se realizará por vida asegurada y no por crédito)

Todas las operaciones de compra de cartera que efectúe el tomador y que generen un cambio en el grupo asegurable de más del 10% de la suma asegurada total al momento del proceso de compra de cartera deberán ser notificadas a PALIG para su aprobación con 60 días de anterioridad al proceso de compra de cartera.

3. BENEFICIARIOS

Muerte Por Cualquier Causa e Incapacidad Total Y Permanente: El TOMADOR hasta el saldo insoluto de la deuda y en exceso los beneficiarios de ley o los que haya declarado el asegurado.

4. AMPAROS

4.1 AMPARO BÁSICO - FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA

El presente amparo cubre el fallecimiento del asegurado, cualquiera sea la causa, siempre y cuando se produzca dentro de la vigencia del amparo individual.

Pan-American Life de Colombia Compañía de Seguros S.A. pagará al TOMADOR beneficiario del seguro el valor asegurado en caso de fallecimiento por muerte natural o accidental de la persona asegurada bajo el presente contrato de seguro; incluyendo homicidio, suicidio, terrorismo y Sida.

4.2 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Entendiéndose por incapacidad Total y Permanente la sufrida por el asegurado como consecuencia de un accidente o enfermedad que se le califique durante la vigencia del seguro, que le produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales, la inhabilitación

funcional total y definitiva de cualquier órgano o miembro lesionado que de por vida y le impidan desempeñar todas las ocupaciones o empleos remunerados para los cuales se encuentra razonablemente calificado en razón de su educación, entrenamiento o experiencia, la incapacidad será total y permanente cuando la calificación de la pérdida de capacidad laboral sea igual o superior al 50%, de conformidad con la fecha del dictamen de la respectiva ARL, AFP, Junta de Calificación u Organismo Equivalente tomando como base para la determinación de la pérdida el Manual Único de Calificación de Invalidez vigente en Colombia, el Dictamen deberá estar debidamente ejecutoriado y en firme. Siempre que dicha incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor de 120 días y no haya sido provocada por el asegurado.

Tratándose de regímenes especiales en los que el Dictamen no señale expresamente la fecha de estructuración de la Invalidez, se tomará como fecha de la Incapacidad Total y Permanente la fecha del Dictamen, el cual debe proferirse durante la vigencia de la póliza.

Este amparo no es acumulable con el amparo básico de muerte, por lo tanto una vez pagada la indemnización por incapacidad total y permanente, Pan-American Life de Colombia S.A. se libera de toda responsabilidad bajo esta póliza.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de Incapacidad Total y Permanente, se considerará como tal la pérdida total e irreparable de la visión de ambos ojos; la amputación de ambas manos o ambos pies; o de toda una mano y de todo un pie.

4.3 TELEMEDICINA

LA COMPAÑÍA se obliga a dar cobertura a los siguientes procedimientos de asistencia médica en un todo de acuerdo con las limitaciones, periodos de carencia, copagos y de acuerdo con la descripción del plan contratado.

4.3.1 Tele orientación médica.

Bajo esta cobertura se incluye el conjunto de acciones que desarrolla el prestador de referencia de telemedicina y sus médicos a través de la plataforma digital DEL TERCERO para direccionar al usuario o proporcionar información, consejería y asesoría en los componentes de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y diagnóstico. Este amparo debe estar contemplado en la descripción del plan contratado.

El teleorientador debe informar al usuario el alcance de la orientación y entregar copia o resumen de la comunicación si el paciente lo solicita

Telemedicina es la modalidad de atención en salud, realizada a distancia, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación para intercambiar datos, con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios de salud a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica.

5. EXCLUSIONES

Pan-American Life de Colombia S.A. quedará liberada de toda responsabilidad bajo el presente contrato de seguro cuando el siniestro se presente como consecuencia directa o indirecta de una condición preexistente.

5.1. EXCLUSIONES PARA EL AMPARO DE FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

PALIG no reconocerá indemnización alguna cuando el fallecimiento o la incapacidad total y permanente del asegurado sea consecuencia directa o indirecta de enfermedad o accidente preexistente o reticente a la fecha de inicio del amparo individual, que no haya sido declarada previamente a PALIG y autorizada por la compañía, como tampoco se cubrirá las lesiones provocadas por el mismo asegurado. Esta exclusión no aplicará para valores asegurados inferiores a Doscientos millones de pesos (\$200.000.000) y edad inferior a los 61 años.

5.2. EXCLUSIONES AL AMPARO DE ASISTENCIA MÉDICA

Esta cobertura no ampara los gastos relacionados con eventos que tengan origen o estén relacionados con alguna de las siguientes causas:

- a) Tratamientos y procedimientos estéticos para fines de embellecimiento y cualquier cirugía reconstructiva o tratamientos profilácticos o pre-protésicos no incluidos en el plan contratado.
- b) Tratamientos originados por enfermedades mentales y lesiones sufridas por el asegurado cuando éste se encuentre bajo efectos de sustancias sicotrópicas, alcohólicas o en estados de enajenación mental de cualquier etiología.
- c) Exámenes, procedimientos quirúrgicos y en general, el tratamiento de lesiones o afecciones de origen médico o dental no cubiertos por los amparos de la póliza, a menos que sean consecuencia de un accidente cuyo tratamiento odontológico y quirúrgico haya sido cubierto por ésta, en cuyo caso se excluyen los aparatos de prótesis oro-faciales, su implantación y restauración.
- d) Lesiones o enfermedades sufridas en guerra, declarada o no, rebelión, revolución, asonada, motín o conmoción civil cuando el asegurado sea partícipe de estas.
- e) Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- f) Hechos o actuaciones de las fuerzas armadas o de hechos de las fuerzas o cuerpos de seguridad.
- g) Los derivados de la energía nuclear radioactiva.
- h) Lesiones, accidentes o cualquier enfermedad derivada de la práctica profesional de deportes de alto riesgo, tales como: paracaidismo, alas delta, motocross, senderismo, motociclismo, automovilismo, aviación no comercial, montañismo y otros similares.
- i) Tratamientos médicos, odontológicos quirúrgicos u hospitalarios para pacientes en estado de muerte cerebral según los criterios éticos legales, clínicos y paraclínicos actuales para el diagnóstico de muerte cerebral.
- j) Lesiones autoinflingidas voluntarias o involuntarias y/o intento de suicidio.
- k) Procedimientos que exigen hospitalización o atención domiciliaria excepto cuando esta última hace parte de los amparos de la póliza.
- l) Los tratamientos hospitalarios y/o ambulatorios como consecuencia o complicación de un tratamiento no amparado por la póliza.
- m) Tratamientos experimentales y aplicación de medicamentos y/o material importado no reconocido en el plan de asistencia médica y/o odontológica;
- n) Así mismo, la compañía no se hace responsable de las consecuencias económicas que se deriven por los eventos que se detallan a continuación:
 - o) Dolo o culpa grave de quien prestó al asegurado los servicios de asistencia, al ofrecer una asistencia médica.
 - p) Reclamaciones en las que impida expresa o implícitamente, la debida tramitación del servicio, cuando el impedimento proceda de la víctima, de personas u órganos con poder público u otras personas grupos u órganos con el poder legal o coacción del hecho.
 - q) Ninguna de las partes será responsable de los retrasos o incumplimiento de sus obligaciones o prestaciones en los casos de fuerza mayor que impidan tal cumplimiento.
- r) Se entiende por fuerza mayor las causas tales como, pero no limitadas a: guerra, invasiones, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), guerra civil, rebelión, insurrección, terrorismo o pronunciamiento, manifestaciones o movimientos populares, actos de gobiernos o de administración, fenómenos de la naturaleza y

generalmente toda causa imprevisible y excesivamente gravosa que razonablemente impide a alguna de las partes cumplir sus obligaciones.

- s) Los servicios que el asegurado haya concertado por su cuenta sin el previo consentimiento de la compañía.

5. EDADES

TIPO	INGRESO	PERMANENCIA
Muerte Por Cualquier Causa	De 18 años a 80 años no cumplidos	Hasta finalizar la deuda
Incapacidad Total y Permanente	De 18 años a 75 años y 364 días	Hasta finalizar la deuda

6. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

6.1. CRÉDITOS INFERIORES A 200.000.000

Con sujeción a los límites y requisitos establecidos en las condiciones particulares y generales de la póliza, los ingresos de asegurados cuyo valor asegurado sea igual o inferior a \$200.000.000 y 61 años, no deberán diligenciar solicitud de seguro.

6.2. EXTRAPRIMAS

Para los asegurados con valores inferiores a \$200.000.000 y 61 años se podrán otorgar extraprimas automáticas de acuerdo a la siguiente tabla:

EXTRAPRIMA	%
HIPERTENSION ARTERIAL	25
TABAQUISMO MAS DE 10 CIGARRILLOS DIARIOS	25
INDICE DE MASA CORPORAL ENTRE 30 Y 34	25
INDICE DE MASA CORPORAL ENTRE 35 Y 39	50

OBSERVACIONES :
Enfermedades diferentes a las mencionadas, se deben consultar con Suscripción.
En caso de presentarse varios factores, ejemplo sobrepeso e Hipertensión Arterial, la extraprima debe sumarse
En caso de que la extraprima total sea superior a 150%, se debe consultar con Suscripción la viabilidad de aceptación.
En caso de que el resultado del IMC sea igual o superior a 40, se debe consultar con Suscripción

NO REQUIERE EXTRAPRIMA	REQUIERE HISTORIA CLÍNICA Y/O INFORME MÉDICO
VERTIGO	HIPOACUSIA
PRESBICIA	HEPATITIS B Y C
SEPTOPLASTIA	CIRUGIA DE RODILLA ARTROSCOPIA
VARICOCELE	INSUFICIENCIA RENAL
MIOPIA	TUBERCULOSIS
VENA VARICE	SINDROME DE SJORGEN
HERNIA INGUINAL Y/O UMBILICAL	TUMORES
HIPERMETROPIA	MIOMAS DIAGNÓSTICADOS MENOS DE 3 AÑOS
ASTIGMATISMO	ENFERMEDAD CARDIOVASCULARES
CORNETES	ARTRITIS REMATOIDEA
GASTRITIS	ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR
HIPOTIROIDISMO	INSUFICIENCIA CORONARIA
ASMA	EPILEPSIA
HIPOGLICEMIA	CANCER
HEPATITIS A	DISLIPIDEMIA
HISTERECTOMIA	HIPERCOLESTEROLEMIA
QUERATOCONO	HIPERGLICEMIA
RINITIS	HIPERTRIGLICERIDEMIA
SINUSITIS	ENFERMEDADES PULMONARES
FRACTURAS DE MAS DE 5 AÑOS	GLAUCOMA
CALCULOS RENALES	DIABETES
QUISTES BENIGNOS	ESCLEROSIS MÚLTIPLE
MIOMAS OPERADOS MAS DE 3 AÑOS	ANTECEDENTES DE CIRUGIAS INFERIORES A 5 AÑOS
	DIAGNÓSTICO DE VIH

6.3. CONDICIONES GENERALES

De \$1 a \$200.000.000	No diligenciamiento
De \$200.000.001 a \$500.000.000	Menores de 61 años: Formato Solicitud Individual de Seguro - Declaración de Asegurabilidad Personas con edades mayores o iguales a 61 años: Formato Solicitud Individual de Seguro - Declaración de Asegurabilidad , Examen médico y Prueba de orina
De \$500.000.001 a \$600.000.000	Menores de 46 años: Formato Solicitud Individual de Seguro - Declaración de Asegurabilidad, Examen médico y Prueba de orina. Personas con edades entre 46-61 años: Formato Solicitud Individual de Seguro - Declaración de Asegurabilidad, examen médico, Examen de orina completo, EKG, HIV, RX de Tórax y Perfil Bioquímica. Personas con edades mayores o iguales a 61 años: Formato Solicitud Individual de Seguro - Declaración de Asegurabilidad Examen médico, Examen de orina completo, EKG, HIV, RX de Tórax y Perfil Bioquímica, certificado médico donde se indique que no padecen ninguna enfermedad terminal.
De \$600.000.001 en adelante	Formato Solicitud Individual de Seguro - Declaración de Asegurabilidad, Examen médico, Examen de orina completo, EKG, HIV, RX de Tórax y Perfil Bioquímica, certificado médico donde se indique que no padecen ninguna enfermedad terminal.

7. PROCEDIMIENTOS

7.1. EXPEDICIÓN, MANEJO Y COBRO

El Tomador remitirá a La Aseguradora, mensualmente los listados con los valores asegurados vigentes por deudor, dicho reporte deberá realizarlo dentro de los primeros 10 días de cada mes del presente condicionado particular.

La Compañía efectuara la revisión correspondiente y expedirá y enviara la factura o certificado de seguro dentro de los tres (3) días hábiles al Tomador.

El tomador se compromete a suministrar la siguiente información a través de medio magnético:

- Número del crédito
- Tipo de documento
- Número de documento
- Primer Apellido
- Segundo Apellido
- Nombres
- Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)
- Género (F/M)
- Tipo de contrato laboral (termino fijo/Indefinido)
- Valor cuota mensual de amortización del crédito.
- Fecha de Desembolso
- Número de cuotas de amortización o plazo del crédito
- Altura del crédito en número de cuotas
- Valor asegurado individual (valor inicial del crédito)

7.2. EXÁMENES MÉDICOS

Para aquellos asegurados que por su valor asegurado o edad requieran de examen médico deberá seguirse el siguiente procedimiento:

- El Tomador tramitara la cita previa con el medico que sea elegido, de acuerdo con el Directorio Medico vigente.
- El Tomador diligenciará la carta remisora vigente, para el examen médico y complementario.
- El cliente deberá entregar al médico la carta remisoria en el momento de la cita médica.
- El medico examinador practicará el examen físico y solicitará los exámenes complementarios que considere necesarios basados en los que la Compañía exige, debiendo remitir los resultados a la Unidad de Vida de la Compañía.
- La Compañía analizará y se emitirá la calificación mediante comunicación escrita acerca de las condiciones de aceptación o rechazo del riesgo.

Nota: la Compañía asume para el ingreso el costo de los exámenes médicos descritos, en caso de ser necesario exámenes diferentes a los relacionados estos deberán ser sufragados por el Asegurado.

7.3. VIGENCIA DE LOS EXÁMENES MÉDICOS

Pan-American Life de Colombia Compañía de Seguros S.A. establece como vigencia máxima para los exámenes médicos practicados por los médicos adscritos a la Compañía un plazo de 364 días calendario, con las mismas calificaciones y/o limitaciones.

8. COBERTURA INDIVIDUAL

8.1. DURACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

La duración de la cobertura individual de seguro inicia desde el momento en que el Tomador desembolse el crédito, sujeta a la facturación y pago de la primera prima y estará vigente hasta la cancelación total de la deuda incluyendo eventuales prórrogas autorizadas por EL TOMADOR, extendiéndose también a la duración de procesos judiciales que se inicien para hacer efectivo el pago en casos de mora, con sujeción a la vigencia de la póliza.

Se ampara de manera automática y sin ningún tipo de requisitos, ni limitantes de edad, ni valor, cualquier tipo de reestructuración y/o Financiación a los créditos otorgados, siempre y cuando el incremento sobre el valor asegurado actual (en uno o varios créditos) no supere el 35%, superado este monto deberá cumplir con requisitos de asegurabilidad.

8.2. TERMINACIÓN DEL SEGURO:

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente Póliza y sus anexos termina por las siguientes causas:

- Por el no pago de la prima una vez pasado el periodo de 30 días.
- A la terminación de la vigencia del Seguro, si éste no se renueva.
- Por el pago de indemnización igual al 100% del valor asegurado por cualquiera de los amparos contratados
- Cuando el TOMADOR revoque por escrito la póliza.

8.3. AMPARO AUTOMÁTICO

Pan-American Life de Colombia Compañía de Seguros S.A., concede amparo automático para personas menores de 76 años de edad cuyo valor asegurado sea menor o igual a \$200.000.000 por persona en uno o varios créditos siempre y cuando diligencien la correspondiente solicitud de seguro, manifiesten estar en buen estado de salud y/o no indiquen padecer alguna de las enfermedades indicadas en la solicitud de seguro/declaración de salud.

Cuando el deudor solicite un nuevo crédito o un desembolso adicional al crédito actual, la compañía aseguradora aceptará la última calificación médica realizada, siempre y cuando tenga menos de un (1) año de vigencia.

El amparo automático hace referencia a las sumas iniciales para otorgar cobertura con el diligenciamiento y firma del formato de declaración de asegurabilidad, en consecuencia si un deudor toma un crédito por el límite del amparo automático, tendrá cobertura automáticamente independientemente que luego, por efecto de intereses crezca el valor de la deuda; por lo tanto en caso de siniestro la verificación del cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad se efectuará con respecto al valor del desembolso.

9. SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL

- Para asegurados cuyo ingreso sea anterior a 1 de enero del año 2020 será el saldo insoluto de la deuda.
- Para asegurados con fecha posterior al de enero del año 2020 será valor de desembolso.

- Para la cartera que tiene como valor asegurado el Saldo Insoluto, Palig lo tomará como valor de desembolso a partir del inicio de la vigencia.
- Para asegurados con fecha posterior a la fecha de inicio de vigencia con Palig (a ser determinada) será el 110% del valor de desembolso. La cobertura de desempleo e ITT será voluntaria.

MUERTE POR CUALQUIER CAUSA E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

El valor asegurado máximo en uno o múltiples créditos por fallecimiento o la incapacidad total y permanente del asegurado es de máximo mil millones de pesos (\$1.000'000.000).

Los amparos de muerte e incapacidad total y permanente son excluyentes entre sí.

10. COBERTURA DE PREEXISTENCIAS

La Compañía asumirá indemnizaciones originadas por enfermedades preexistentes en el amparo de fallecimiento, diagnosticadas con anterioridad al momento en que se inicie la cobertura de cada riesgo, para los deudores del Tomador cuya suma asegurada en uno o varios créditos sea inferior a 200.000.001, sin diligenciamiento de solicitud de seguro a partir de la fecha en que se reporte tal novedad en los registros del Tomador y reportado a la Compañía.

11. CONTINUIDAD DE AMPARO

Se otorga, hasta las sumas aseguradas que traía el asegurado con la anterior Compañía, en las condiciones de salud y edad alcanzada en las que se encuentran. Para lo anterior, deberán presentar certificación de la aseguradora anterior respecto a volumen asegurado, siniestralidad y condiciones de suscripción.

12. AVISO DEL SINIESTRO

El TOMADOR, el Asegurado o los Beneficiarios según el caso, deberán dar aviso a la Compañía, de toda lesión, pérdida o muerte que pueda dar origen a una reclamación comprendida en los términos de esta Póliza, dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer los hechos que dan lugar a la reclamación.

13. PRUEBA DE LA RECLAMACIÓN

Los documentos necesarios para la formalización del reclamo son:

13.1. MUERTE ACCIDENTAL

- Formulario de reclamación suministrado por Pan-American Life de Colombia S.A. debidamente diligenciados por el asegurado o sus beneficiarios u oficio del TOMADOR.
- Original o fotocopia del registro civil de defunción del asegurado fallecido.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado fallecido.
- Certificación del saldo de la deuda del asegurado fallecido, emitida por EL TOMADOR

13.2. DOCUMENTOS GENERALES QUE DEBEN SER PRESENTADOS POR LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS O BENEFICIARIOS DE LEY

- Formato de reclamación diligenciado por cada uno de los beneficiarios.
- Formulario de conocimiento del cliente
- Documentos que acrediten parentesco:
- Copia autentica de registro civil de nacimiento.
- Cédula de ciudadanía.
- Tarjeta de Identidad si es menor de 7 años.
- • Copia autentica del registro civil de matrimonio o declaración extra juicio en caso de unión marital de hecho.
- Declaración extra juicio debe ser rendida por uno o varios de los interesados dentro del proceso donde se establezca estado civil del fallecido, se indique quien era el compañero permanente o esposo, se identifiquen los beneficiarios que consideran tener derecho plenamente con nombres completos y números de cedula, se identifique plenamente a los hijos y se incluya la frase “no existen hijos matrimoniales, extramatrimoniales, adoptivos, reconocidos o por reconocer con más o mejor derecho a los ya mencionados anteriormente”.

14. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

Pan-American Life de Colombia S.A. pagará directamente a los beneficiarios o por conducto del TOMADOR, la indemnización a que está obligada, dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que se acredite el siniestro.

Límite de Eventos a Indemnizar por asegurado bajo la cobertura de desempleo involuntario o incapacidad temporal: Se extiende máximo dos (2) eventos por vigencia anual, siempre y cuando entre el último pago del primer evento y la ocurrencia del segundo hayan transcurrido por lo menos 6 meses, máximo se pagaran 9 cuotas entre los dos eventos sin límite de eventos.

15. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El asegurado o beneficiario, en su caso, quedará privado de todo derecho procedente de la presente Póliza, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, o si en apoyo de ella se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos

16. PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones que se derivan del presente contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

17. CONDICIONES ECONÓMICAS

17.1. TABLAS RESUMEN

17.1.1. Vida e ITP, para todos los créditos colocados por el tomador

AMPARO	TASA MENSUAL
MUERTE E ITP	\$700 (por millón) sobre el valor desembolsado para los 300 empleados que vienen con esta tasa. \$1.200 (por millón) sobre el valor desembolsado para el stock actual

Intermediario: Negocio Directo

17.2. FORMA DE COBRO

El cobro de la prima se efectuará de forma MENSUAL VENCIDA según el reporte de la entidad tomadora el cual deberá ser entregado en medio magnético.

17.3. PAGO DE LA PRIMA

El TOMADOR deberá pagar dentro de los sesenta (60) días contados a partir de la fecha de radicación en del documento de facturación expedido por la aseguradora.

En consecuencia, la cobertura otorgada terminará automáticamente sí al día 91 no se ha efectuado el pago de la prima correspondiente.

17.4. MODALIDAD DE COBRO.

Reporte y cobro mensual. La prima se calcula aplicando la tasa mensual sobre el pago mínimo facturado por el mes por todos los deudores, incluyendo los intereses de mora generados mensualmente, indicando igualmente el número total de obligaciones con corte del último día del mes inmediatamente anterior.

18. CLAUSULA DE CAUSALIDAD

El concepto de reticencia o inexactitud se aplicará respetando el principio de causalidad, es decir, se objetará el pago del seguro solamente en aquellos casos en que la muerte o la incapacidad se produzcan por casos relacionados directamente con los hechos materia de inexactitud o reticencia en la declaración de asegurabilidad.

19. ERRORES Y OMISIONES

El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos y circunstancias que determinen el estado del riesgo. La inexactitud sobre hechos o circunstancias que conocidos por la compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. Sin embargo, si se incurriere en errores, omisiones e inexactitudes no imputables al tomador o al asegurado, el contrato no será nulo ni habrá lugar a la aplicación del inciso 3o del artículo 1058 del Código de Comercio sobre reducción porcentual de la prestación asegurada, en este caso, se deducirá de la indemnización la diferencia de primas no cobradas durante el tiempo de vigencia del seguro. Los errores u omisiones involuntarios imputables al tomador en el reporte de la información, no afectarán los derechos derivados de la póliza.

20. INDEMNIZACIONES ESPECIALES “EX –GRATIA”

El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos y circunstancias que determinen Pan-American Life de Colombia S.A., procederá con la indemnización de siniestros “Ex-Gratia” (reclamaciones, cumplan o no con las condiciones de cobertura del anexo de desempleo involuntario / incapacidad temporal o demás amparos hasta el valor de \$100.000.000 (cien millones de pesos) para la vigencia anual, siempre y cuando el índice total de siniestros sea inferior al 10%.

Condiciones para todas las Indemnizaciones Especiales

- Lo anterior comprende a todas las pólizas del programa.
- Este límite indemnizatorio no podrá ser acumulado ni trasladado de una vigencia a otra y deberá ser utilizado durante la vigencia de la póliza.
- Este valor será utilizado para cualquier cálculo del resultado de la cuenta incluyendo Participación de Utilidades.
- En ningún caso las indemnizaciones especiales “Ex-Gratia”, podrán superar la suficiencia de primas
- El pago de indemnizaciones “Ex-Gratia”, no genera un precedente para futuros pagos o siniestros que no cuenten con cobertura de acuerdo a las condiciones de la póliza.

21. REVISIÓN DE SINIESTRALIDAD

LA COMPAÑÍA efectuará semestralmente una revisión y análisis del valor de la prima de seguro cobrada al tomador en función del resultado técnico y el comportamiento de siniestralidad del producto de seguro adquirido como resultado de lo cual, deberá informarse al asegurado en forma previa, los cambios que llegaren a realizarse en el valor de la prima de seguro.

Cuando el porcentaje de siniestralidad exceda los estándares normales de la compañía, se podrá; incrementar las Primas a los Tomadores, reducir los retornos de los tomadores y reducir la comisión de forma proporcional hasta que la siniestralidad llegue a porcentajes normales.

22. CLAUSULA OFAC

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente Póliza y sus Anexos, terminara cuando EL TOMADOR, sus administradores, asegurados y/o beneficiarios fueren vinculados a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo, lavado de activos, secuestro, enriquecimiento ilícito o sean incluidos en cualquier lista de lavado de activos controlada por cualquier autoridad Colombiana o extranjera como por ejemplo la Oficina de Lavado de Activos en el exterior OFAC del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de América o cualquier otra lista internacional vinculante para Colombia de acuerdo con el derecho internacional o hayan sido condenados en cualquier proceso judicial por la comisión de un delito o por el simple señalamiento público como autores o participantes de actividades ilícitas.

NOTA DE COBERTURA

SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDOR

PÓLIZA 05230

TOMADOR: TOYOTA FINANCIAL SERVICES COLOMBIA

NIT: 900.839.702-9

ACTIVIDAD: Financiera

MODALIDAD: Deudor

TIPO DE CENSO: Nominado

ADHESIÓN: Voluntario

VIGENCIA: Julio 1 de 2023 a las 00:00 horas hasta el 30 de junio de 2024 a las 24:00 horas

CIA: 009

En relación a su amable solicitud de presentar términos de cotización para el negocio en referencia nos permitimos remitir la presente Nota de Cobertura. Este documento resume los términos y condiciones generales del producto cotizado. La validez de este documento está sujeta a la entrega de todos los documentos pertinentes y necesarios para la expedición de la póliza, incluyendo pero no limitado al cumplimiento de toda la documentación necesaria para las validaciones requeridas del Sistema de Prevención de Lavado de Activos, que en caso que se manifieste algún indicador positivo en esta evaluación, el presente documento perderá todo valor, aun cuando se hayan recibido primas en función del negocio, las cuales serán devueltas al Tomador.

El valor de la prima y las condiciones del seguro que se presentan en este documento están determinadas por la información suministrada por el Intermediario o el Tomador del seguro respecto del propuesto grupo asegurable, de manera que, si la información cambia, en términos del censo reportado para la cotización versus el censo actual, posiblemente genere algún cambio en las primas del seguro.

Por consiguiente, el presente documento no obliga a La Compañía a otorgar cobertura en caso de incumplimiento de la normativa de SARLAFT u OFAC. Tampoco reemplazará, las condiciones generales y particulares de la póliza de seguro y queda la Compañía sujeta a recibir, analizar y aprobar la información suministrada antes de la expedición de la póliza de seguros.

Los requisitos, parámetros y lineamientos exigidos por Pan-American Life se entenderán cumplidos mediante la expedición de una comunicación escrita, en la cual indicará el cumplimiento de dichos requisitos y su intención de asumir el riesgo. PALIG aceptará el riesgo cuando emita la póliza en la que se consignan los términos del contrato.

Esperamos que esta propuesta cumpla con sus expectativas, así mismo agradecemos al dar respuesta al presente documento.

CONDICIONES DEL NEGOCIO

Sin perjuicio de lo registrado en las condiciones generales de la Póliza de Vida Grupo de Pan-American Life o de sus anexos (CÓDIGO CLÁUSULADO: 01/12/2021-1416-P-34-VIDA_GRUPODEUDOR-DRCI, Anexo 01/12/2021-1416-A-34-AN_INC_TOTALPERM-DRCI) se deja con estas condiciones particulares expresa constancia de las Condiciones de Expedición por el periodo arriba indicado:

1. ALCANCE DE LA COBERTURA

La póliza otorga cobertura de Muerte por cualquier causa para el Titular reportado por el tomador.

El seguro solo será válido si efectivamente existe reporte por parte del tomador

2. GRUPO ASEGURADO

Están amparados todos los usuarios del crédito del Tomador, que desarrollen actividades y ocupaciones lícitas y no se encuentren al margen de la ley.

Estarán asegurados deudores principales y solidarios siempre y cuando cada uno diligencie declaración de asegurabilidad y se realice el pago de la prima correspondiente por cada uno de los riesgos independientemente. (Es decir el pago de primas se realizará por vida asegurada y no por crédito)

Todas las operaciones de compra de cartera que efectúe el tomador y que generen un cambio en el grupo asegurable de más del 10% de la suma asegurada total al momento del proceso de compra de cartera deberán ser notificadas a PALIG para su aprobación con 60 días de anterioridad al proceso de compra de cartera.

3. BENEFICIARIOS

Muerte Por Cualquier Causa e Incapacidad Total Y Permanente: El TOMADOR hasta el saldo insoluto de la deuda y en exceso los beneficiarios de ley o los que haya declarado el asegurado.

4. AMPAROS

4.1 AMPARO BÁSICO - FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA

El presente amparo cubre el fallecimiento del asegurado, cualquiera sea la causa, siempre y cuando se produzca dentro de la vigencia del amparo individual.

Pan-American Life de Colombia Compañía de Seguros S.A. pagará al TOMADOR beneficiario del seguro el valor asegurado en caso de fallecimiento por muerte natural o accidental de la persona asegurada bajo el presente contrato de seguro; incluyendo homicidio, suicidio, terrorismo y Sida.

4.2 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Entendiéndose por incapacidad Total y Permanente la sufrida por el asegurado como consecuencia de un accidente o enfermedad que se le califique durante la vigencia del seguro, que le produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales, la inhabilitación funcional total y definitiva de cualquier órgano o miembro lesionado que de por vida y le impidan desempeñar todas las ocupaciones

o empleos remunerados para los cuales se encuentra razonablemente calificado en razón de su educación, entrenamiento o experiencia, la incapacidad será total y permanente cuando la calificación de la pérdida de capacidad laboral sea igual o superior al 50%, de conformidad con la fecha del dictamen de la respectiva ARL, AFP, Junta de Calificación u Organismo Equivalente tomando como base para la determinación de la pérdida el Manual Único de Calificación de Invalidez vigente en Colombia, el Dictamen deberá estar debidamente ejecutoriado y en firme. Siempre que dicha incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor de 120 días y no haya sido provocada por el asegurado.

Tratándose de regímenes especiales en los que el Dictamen no señale expresamente la fecha de estructuración de la Invalidez, se tomará como fecha de la Incapacidad Total y Permanente la fecha del Dictamen, el cual debe proferirse durante la vigencia de la póliza.

Este amparo no es acumulable con el amparo básico de muerte, por lo tanto una vez pagada la indemnización por incapacidad total y permanente, Pan-American Life de Colombia S.A. se libera de toda responsabilidad bajo esta póliza.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de Incapacidad Total y Permanente, se considerará como tal la pérdida total e irreparable de la visión de ambos ojos; la amputación de ambas manos o ambos pies; o de toda una mano y de todo un pie.

4.3 TELEMEDICINA

LA COMPAÑÍA se obliga a dar cobertura a los siguientes procedimientos de asistencia médica en un todo de acuerdo con las limitaciones, periodos de carencia, copagos y de acuerdo con la descripción del plan contratado.

4.3.1 Tele orientación médica.

Bajo esta cobertura se incluye el conjunto de acciones que desarrolla el prestador de referencia de telemedicina y sus médicos a través de la plataforma digital DEL TERCERO para direccionar al usuario o proporcionar información, consejería y asesoría en los componentes de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y diagnóstico. Este amparo debe estar contemplado en la descripción del plan contratado.

El teleorientador debe informar al usuario el alcance de la orientación y entregar copia o resumen de la comunicación si el paciente lo solicita

Telemedicina es la modalidad de atención en salud, realizada a distancia, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación para intercambiar datos, con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios de salud a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica.

5. EXCLUSIONES

Pan-American Life de Colombia S.A. quedará liberada de toda responsabilidad bajo el presente contrato de seguro cuando el siniestro se presente como consecuencia directa o indirecta de una condición preexistente.

5.1. EXCLUSIONES PARA EL AMPARO DE FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

PALIG no reconocerá indemnización alguna cuando el fallecimiento o la incapacidad total y permanente del asegurado sea consecuencia directa o indirecta de enfermedad o accidente preexistente o reticente a la fecha de inicio del amparo individual, que no haya sido declarada previamente a PALIG y autorizada por la compañía, como tampoco se cubrirá las lesiones provocadas por el mismo asegurado. Esta exclusión no aplicará para valores asegurados inferiores a Doscientos millones de pesos (\$200.000.000) y edad inferior a los 61 años.

5.2. EXCLUSIONES AL AMPARO DE ASISTENCIA MÉDICA

Esta cobertura no ampara los gastos relacionados con eventos que tengan origen o estén relacionados con alguna de las siguientes causas:

- a) Tratamientos y procedimientos estéticos para fines de embellecimiento y cualquier cirugía reconstructiva o tratamientos profilácticos o pre-protésicos no incluidos en el plan contratado.
- b) Tratamientos originados por enfermedades mentales y lesiones sufridas por el asegurado cuando éste se encuentre bajo efectos de sustancias sicotrópicas, alcohólicas o en estados de enajenación mental de cualquier etiología.
- c) Exámenes, procedimientos quirúrgicos y en general, el tratamiento de lesiones o afecciones de origen médico o dental no cubiertos por los amparos de la póliza, a menos que sean consecuencia de un accidente cuyo tratamiento odontológico y quirúrgico haya sido cubierto por ésta, en cuyo caso se excluyen los aparatos de prótesis oro-faciales, su implantación y restauración.
- d) Lesiones o enfermedades sufridas en guerra, declarada o no, rebelión, revolución, asonada, motín o conmoción civil cuando el asegurado sea partícipe de estas.
- e) Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- f) Hechos o actuaciones de las fuerzas armadas o de hechos de las fuerzas o cuerpos de seguridad.
- g) Los derivados de la energía nuclear radioactiva.
- h) Lesiones, accidentes o cualquier enfermedad derivada de la práctica profesional de deportes de alto riesgo, tales como: paracaidismo, alas delta, motocross, senderismo, motociclismo, automovilismo, aviación no comercial, montañismo y otros similares.
- i) Tratamientos médicos, odontológicos quirúrgicos u hospitalarios para pacientes en estado de muerte cerebral según los criterios éticos legales, clínicos y paraclínicos actuales para el diagnóstico de muerte cerebral.
- j) Lesiones autoinflingidas voluntarias o involuntarias y/o intento de suicidio.
- k) Procedimientos que exigen hospitalización o atención domiciliaria excepto cuando esta última hace parte de los amparos de la póliza.
- l) Los tratamientos hospitalarios y/o ambulatorios como consecuencia o complicación de un tratamiento no amparado por la póliza.
- m) Tratamientos experimentales y aplicación de medicamentos y/o material importado no reconocido en el plan de asistencia médica y/o odontológica;
- n) Así mismo, la compañía no se hace responsable de las consecuencias económicas que se deriven por los eventos que se detallan a continuación:
- o) Dolo o culpa grave de quien prestó al asegurado los servicios de asistencia, al ofrecer una asistencia médica.
- p) Reclamaciones en las que impida expresa o implícitamente, la debida tramitación del servicio, cuando el impedimento proceda de la víctima, de personas u órganos con poder público u otras personas grupos u órganos con el poder legal o coacción del hecho.
- q) Ninguna de las partes será responsable de los retrasos o incumplimiento de sus obligaciones o prestaciones en los casos de fuerza mayor que impidan tal cumplimiento.
- r) Se entiende por fuerza mayor las causas tales como, pero no limitadas a: guerra, invasiones, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), guerra civil, rebelión, insurrección, terrorismo o pronunciamiento, manifestaciones o movimientos populares, actos de gobiernos o de administración, fenómenos de la naturaleza y generalmente toda causa imprevisible y excesivamente gravosa que razonablemente impide a alguna de las partes cumplir sus obligaciones.

- s) Los servicios que el asegurado haya concertado por su cuenta sin el previo consentimiento de la compañía.

5. EDADES

TIPO	INGRESO	PERMANENCIA
Muerte Por Cualquier Causa	De 18 años a 80 años no cumplidos	Hasta finalizar la deuda
Incapacidad Total y Permanente	De 18 años a 75 años y 364 días	Hasta finalizar la deuda

6. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

6.1. CRÉDITOS INFERIORES A 200.000.000

Con sujeción a los límites y requisitos establecidos en las condiciones particulares y generales de la póliza, los ingresos de asegurados cuyo valor asegurado sea igual o inferior a \$200.000.000 y 61 años, no deberán diligenciar solicitud de seguro.

6.2. EXTRAPRIMAS

Para los asegurados con valores inferiores a \$200.000.000 y 61 años se podrán otorgar extraprimas automáticas de acuerdo a la siguiente tabla:

EXTRAPRIMA	%
HIPERTENSION ARTERIAL	25
TABAQUISMO MAS DE 10 CIGARRILLOS DIARIOS	25
INDICE DE MASA CORPORAL ENTRE 30 Y 34	25
INDICE DE MASA CORPORAL ENTRE 35 Y 39	50

OBSERVACIONES :
Enfermedades diferentes a las mencionadas, se deben consultar con Suscripción.
En caso de presentarse varios factores, ejemplo sobrepeso e Hipertensión Arterial, la extraprima debe sumarse
En caso de que la extraprima total sea superior a 150%, se debe consultar con Suscripción la viabilidad de aceptación.
En caso de que el resultado del IMC sea igual o superior a 40, se debe consultar con Suscripción

NO REQUIERE EXTRAPRIMA	REQUIERE HISTORIA CLÍNICA Y/O INFORME MÉDICO
VERTIGO	HIPOACUSIA
PRESBICIA	HEPATITIS B Y C
SEPTOPLASTIA	CIRUGIA DE RODILLA ARTROSCOPIA
VARICOCELE	INSUFICIENCIA RENAL
MIOPIA	TUBERCULOSIS
VENA VARICE	SINDROME DE SJORGEN
HERNIA INGUINAL Y/O UMBILICAL	TUMORES
HIPERMETROPIA	MIOMAS DIAGNÓSTICADOS MENOS DE 3 AÑOS
ASTIGMATISMO	ENFERMEDAD CARDIOVASCULARES
CORNETES	ARTRITIS REMATOIDEA
GASTRITIS	ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR
HIPOTIROIDISMO	INSUFICIENCIA CORONARIA
ASMA	EPILEPSIA
HIPOGLICEMIA	CANCER
HEPATITIS A	DISLIPIDEMIA
HISTERECTOMIA	HIPERCOLESTEROLEMIA
QUERATOCONO	HIPERGLICEMIA
RINITIS	HIPERTRIGLICERIDEMIA
SINUSITIS	ENFERMEDADES PULMONARES
FRACTURAS DE MAS DE 5 AÑOS	GLAUCOMA
CALCULOS RENALES	DIABETES
QUISTES BENIGNOS	ESCLEROSIS MÚLTIPLE
MIOMAS OPERADOS MAS DE 3 AÑOS	ANTECEDENTES DE CIRUGIAS INFERIORES A 5 AÑOS
	DIAGNÓSTICO DE VIH

6.3. CONDICIONES GENERALES

De \$1 a \$200.000.000	No diligenciamiento
De \$200.000.001 a \$500.000.000	Menores de 61 años: Formato Solicitud Individual de Seguro - Declaración de Asegurabilidad Personas con edades mayores o iguales a 61 años: Formato Solicitud Individual de Seguro - Declaración de Asegurabilidad , Examen médico y Prueba de orina
De \$500.000.001 a \$600.000.000	Menores de 46 años: Formato Solicitud Individual de Seguro - Declaración de Asegurabilidad, Examen médico y Prueba de orina. Personas con edades entre 46-61 años: Formato Solicitud Individual de Seguro - Declaración de Asegurabilidad, examen médico, Examen de orina completo, EKG, HIV, RX de Tórax y Perfil Bioquímica. Personas con edades mayores o iguales a 61 años: Formato Solicitud Individual de Seguro - Declaración de Asegurabilidad Examen médico, Examen de orina completo, EKG, HIV, RX de Tórax y Perfil Bioquímica, certificado médico donde se indique que no padecen ninguna enfermedad terminal.
De \$600.000.001 en adelante	Formato Solicitud Individual de Seguro - Declaración de Asegurabilidad, Examen médico, Examen de orina completo, EKG, HIV, RX de Tórax y Perfil Bioquímica, certificado médico donde se indique que no padecen ninguna enfermedad terminal.

7. PROCEDIMIENTOS

7.1. EXPEDICIÓN, MANEJO Y COBRO

El Tomador remitirá a La Aseguradora, mensualmente los listados con los valores asegurados vigentes por deudor, dicho reporte deberá realizarlo dentro de los primeros 10 días de cada mes del presente condicionado particular.

La Compañía efectuara la revisión correspondiente y expedirá y enviara la factura o certificado de seguro dentro de los tres (3) días hábiles al Tomador.

El tomador se compromete a suministrar la siguiente información a través de medio magnético:

- Número del crédito
- Tipo de documento
- Número de documento
- Primer Apellido
- Segundo Apellido
- Nombres
- Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)
- Género (F/M)
- Tipo de contrato laboral (termino fijo/Indefinido)
- Valor cuota mensual de amortización del crédito.
- Fecha de Desembolso
- Número de cuotas de amortización o plazo del crédito
- Altura del crédito en número de cuotas
- Valor asegurado individual (valor inicial del crédito)

7.2. EXÁMENES MÉDICOS

Para aquellos asegurados que por su valor asegurado o edad requieran de examen médico deberá seguirse el siguiente procedimiento:

- El Tomador tramitara la cita previa con el medico que sea elegido, de acuerdo con el Directorio Medico vigente.
- El Tomador diligenciará la carta remisoro vigente, para el examen médico y complementario.
- El cliente deberá entregar al médico la carta remisoro en el momento de la cita médica.
- El medico examinador practicará el examen físico y solicitará los exámenes complementarios que considere necesarios basados en los que la Compañía exige, debiendo remitir los resultados a la Unidad de Vida de la Compañía.
- La Compañía analizará y se emitirá la calificación mediante comunicación escrita acerca de las condiciones de aceptación o rechazo del riesgo.

Nota: la Compañía asume para el ingreso el costo de los exámenes médicos descritos, en caso de ser necesario exámenes diferentes a los relacionados estos deberán ser sufragados por el Asegurado.

7.3. VIGENCIA DE LOS EXÁMENES MÉDICOS

Pan-American Life de Colombia Compañía de Seguros S.A. establece como vigencia máxima para los exámenes médicos practicados por los médicos adscritos a la Compañía un plazo de 364 días calendario, con las mismas calificaciones y/o limitaciones.

8. COBERTURA INDIVIDUAL

8.1. DURACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

La duración de la cobertura individual de seguro inicia desde el momento en que el Tomador desembolse el crédito, sujeta a la facturación y pago de la primera prima y estará vigente hasta la cancelación total de la deuda incluyendo eventuales prórrogas autorizadas por EL TOMADOR, extendiéndose también a la duración de procesos judiciales que se inicien para hacer efectivo el pago en casos de mora, con sujeción a la vigencia de la póliza.

Se ampara de manera automática y sin ningún tipo de requisitos, ni limitantes de edad, ni valor, cualquier tipo de reestructuración y/o Financiación a los créditos otorgados, siempre y cuando el incremento sobre el valor asegurado actual (en uno o varios créditos) no supere el 35%, superado este monto deberá cumplir con requisitos de asegurabilidad.

8.2. TERMINACIÓN DEL SEGURO:

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente Póliza y sus anexos termina por las siguientes causas:

- Por el no pago de la prima una vez pasado el periodo de 30 días.
- A la terminación de la vigencia del Seguro, si éste no se renueva.
- Por el pago de indemnización igual al 100% del valor asegurado por cualquiera de los amparos contratados
- Cuando el TOMADOR revoque por escrito la póliza.

8.3. AMPARO AUTOMÁTICO

Pan-American Life de Colombia Compañía de Seguros S.A., concede amparo automático para personas menores de 76 años de edad cuyo valor asegurado sea menor o igual a \$200.000.000 por persona en uno o varios créditos siempre y cuando diligencien la correspondiente solicitud de seguro, manifiesten estar en buen estado de salud y/o no indiquen padecer alguna de las enfermedades indicadas en la solicitud de seguro/declaración de salud.

Cuando el deudor solicite un nuevo crédito o un desembolso adicional al crédito actual, la compañía aseguradora aceptará la última calificación médica realizada, siempre y cuando tenga menos de un (1) año de vigencia.

El amparo automático hace referencia a las sumas iniciales para otorgar cobertura con el diligenciamiento y firma del formato de declaración de asegurabilidad, en consecuencia si un deudor toma un crédito por el límite del amparo automático, tendrá cobertura automáticamente independientemente que luego, por efecto de intereses crezca el valor de la deuda; por lo tanto en caso de siniestro la verificación del cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad se efectuará con respecto al valor del desembolso.

9. SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL

- Para asegurados cuyo ingreso sea anterior a 1 de enero del año 2020 será el saldo insoluto de la deuda.
- Para asegurados con fecha posterior al de enero del año 2020 será valor de desembolso.

- Para la cartera que tiene como valor asegurado el Saldo Insoluto, Palig lo tomará como valor de desembolso a partir del inicio de la vigencia.
- Para asegurados con fecha posterior a la fecha de inicio de vigencia con Palig (a ser determinada) será el 110% del valor de desembolso. La cobertura de desempleo e ITT será voluntaria.

MUERTE POR CUALQUIER CAUSA E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

El valor asegurado máximo en uno o múltiples créditos por fallecimiento o la incapacidad total y permanente del asegurado es de máximo mil millones de pesos (\$1.000'000.000).

Los amparos de muerte e incapacidad total y permanente son excluyentes entre sí.

10. COBERTURA DE PREEXISTENCIAS

La Compañía asumirá indemnizaciones originadas por enfermedades preexistentes en el amparo de fallecimiento, diagnosticadas con anterioridad al momento en que se inicie la cobertura de cada riesgo, para los deudores del Tomador cuya suma asegurada en uno o varios créditos sea inferior a 200.000.001, sin diligenciamiento de solicitud de seguro a partir de la fecha en que se reporte tal novedad en los registros del Tomador y reportado a la Compañía.

11. CONTINUIDAD DE AMPARO

Se otorga, hasta las sumas aseguradas que traía el asegurado con la anterior Compañía, en las condiciones de salud y edad alcanzada en las que se encuentran. Para lo anterior, deberán presentar certificación de la aseguradora anterior respecto a volumen asegurado, siniestralidad y condiciones de suscripción.

12. AVISO DEL SINIESTRO

El TOMADOR, el Asegurado o los Beneficiarios según el caso, deberán dar aviso a la Compañía, de toda lesión, pérdida o muerte que pueda dar origen a una reclamación comprendida en los términos de esta Póliza, dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer los hechos que dan lugar a la reclamación.

13. PRUEBA DE LA RECLAMACIÓN

Los documentos necesarios para la formalización del reclamo son:

13.1. MUERTE ACCIDENTAL

- Formulario de reclamación suministrado por Pan-American Life de Colombia S.A. debidamente diligenciados por el asegurado o sus beneficiarios u oficio del TOMADOR.
- Original o fotocopia del registro civil de defunción del asegurado fallecido.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado fallecido.
- Certificación del saldo de la deuda del asegurado fallecido, emitida por EL TOMADOR

13.2. DOCUMENTOS GENERALES QUE DEBEN SER PRESENTADOS POR LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS O BENEFICIARIOS DE LEY

- Formato de reclamación diligenciado por cada uno de los beneficiarios.
- Formulario de conocimiento del cliente
- Documentos que acrediten parentesco:
- Copia autentica de registro civil de nacimiento.
- Cédula de ciudadanía.
- Tarjeta de Identidad si es menor de 7 años.
- • Copia autentica del registro civil de matrimonio o declaración extra juicio en caso de unión marital de hecho.
- Declaración extra juicio debe ser rendida por uno o varios de los interesados dentro del proceso donde se establezca estado civil del fallecido, se indique quien era el compañero permanente o esposo, se identifiquen los beneficiarios que consideran tener derecho plenamente con nombres completos y números de cedula, se identifique plenamente a los hijos y se incluya la frase “no existen hijos matrimoniales, extramatrimoniales, adoptivos, reconocidos o por reconocer con más o mejor derecho a los ya mencionados anteriormente”.

14. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

Pan-American Life de Colombia S.A. pagará directamente a los beneficiarios o por conducto del TOMADOR, la indemnización a que está obligada, dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que se acredite el siniestro.

Límite de Eventos a Indemnizar por asegurado bajo la cobertura de desempleo involuntario o incapacidad temporal: Se extiende máximo dos (2) eventos por vigencia anual, siempre y cuando entre el último pago del primer evento y la ocurrencia del segundo hayan transcurrido por lo menos 6 meses, máximo se pagaran 9 cuotas entre los dos eventos sin límite de eventos.

15. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El asegurado o beneficiario, en su caso, quedará privado de todo derecho procedente de la presente Póliza, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, o si en apoyo de ella se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos

16. PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones que se derivan del presente contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

17. CONDICIONES ECONÓMICAS

17.1. TABLAS RESUMEN

17.1.1. Vida e ITP, para todos los créditos colocados por el tomador

AMPARO	TASA MENSUAL
MUERTE E ITP	\$1.500 (por millón) sobre el valor desembolsado para todos los nuevos desembolsos

Intermediario: Negocio Directo

17.2. FORMA DE COBRO

El cobro de la prima se efectuará de forma MENSUAL VENCIDA según el reporte de la entidad tomadora el cual deberá ser entregado en medio magnético.

17.3. PAGO DE LA PRIMA

El TOMADOR deberá pagar dentro de los sesenta (60) días contados a partir de la fecha de radicación en del documento de facturación expedido por la aseguradora.

En consecuencia, la cobertura otorgada terminará automáticamente sí al día 91 no se ha efectuado el pago de la prima correspondiente.

17.4. MODALIDAD DE COBRO.

Reporte y cobro mensual. La prima se calcula aplicando la tasa mensual sobre el pago mínimo facturado por el mes por todos los deudores, incluyendo los intereses de mora generados mensualmente, indicando igualmente el número total de obligaciones con corte del último día del mes inmediatamente anterior.

18. CLAUSULA DE CAUSALIDAD

El concepto de reticencia o inexactitud se aplicará respetando el principio de causalidad, es decir, se objetará el pago del seguro solamente en aquellos casos en que la muerte o la incapacidad se produzcan por casos relacionados directamente con los hechos materia de inexactitud o reticencia en la declaración de asegurabilidad.

19. ERRORES Y OMISIONES

El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos y circunstancias que determinen el estado del riesgo. La inexactitud sobre hechos o circunstancias que conocidos por la compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. Sin embargo, si se incurriere en errores, omisiones e inexactitudes no imputables al tomador o al asegurado, el contrato no será nulo ni habrá lugar a la aplicación del inciso 3o del artículo 1058 del Código de Comercio sobre reducción porcentual de la prestación asegurada, en este caso, se deducirá de la indemnización la diferencia de primas no cobradas durante el tiempo de vigencia del seguro. Los errores u omisiones involuntarios imputables al tomador en el reporte de la información, no afectarán los derechos derivados de la póliza.

20. INDEMNIZACIONES ESPECIALES “EX –GRATIA”

El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos y circunstancias que determinen Pan-American Life de Colombia S.A., procederá con la indemnización de siniestros “Ex-Gratia” (reclamaciones, cumplan o no con las condiciones de cobertura del anexo de desempleo involuntario / incapacidad temporal o demás amparos hasta el valor de \$100.000.000 (cien millones de pesos) para la vigencia anual, siempre y cuando el índice total de siniestros sea inferior al 10%.

Condiciones para todas las Indemnizaciones Especiales

- Lo anterior comprende a todas las pólizas del programa.
- Este límite indemnizatorio no podrá ser acumulado ni trasladado de una vigencia a otra y deberá ser utilizado durante la vigencia de la póliza.
- Este valor será utilizado para cualquier cálculo del resultado de la cuenta incluyendo Participación de Utilidades.
- En ningún caso las indemnizaciones especiales “Ex-Gratia”, podrán superar la suficiencia de primas
- El pago de indemnizaciones “Ex-Gratia”, no genera un precedente para futuros pagos o siniestros que no cuenten con cobertura de acuerdo a las condiciones de la póliza.

21. REVISIÓN DE SINIESTRALIDAD

LA COMPAÑÍA efectuará semestralmente una revisión y análisis del valor de la prima de seguro cobrada al tomador en función del resultado técnico y el comportamiento de siniestralidad del producto de seguro adquirido como resultado de lo cual, deberá informarse al asegurado en forma previa, los cambios que llegaren a realizarse en el valor de la prima de seguro.

Cuando el porcentaje de siniestralidad exceda los estándares normales de la compañía, se podrá; incrementar las Primas a los Tomadores, reducir los retornos de los tomadores y reducir la comisión de forma proporcional hasta que la siniestralidad llegue a porcentajes normales.

22. CLAUSULA OFAC

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente Póliza y sus Anexos, terminara cuando EL TOMADOR, sus administradores, asegurados y/o beneficiarios fueren vinculados a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo, lavado de activos, secuestro, enriquecimiento ilícito o sean incluidos en cualquier lista de lavado de activos controlada por cualquier autoridad Colombiana o extranjera como por ejemplo la Oficina de Lavado de Activos en el exterior OFAC del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de América o cualquier otra lista internacional vinculante para Colombia de acuerdo con el derecho internacional o hayan sido condenados en cualquier proceso judicial por la comisión de un delito o por el simple señalamiento público como autores o participantes de actividades ilícitas.