

CONDICIONES TECNICAS Y ECONOMICAS

SEGURO DE VIDA GRUPO

San Juan de Pasto 12 de Agosto de 2019

Señores: MI CREDITO YA MICROFINANCIERA SAS
Ciudad: Pasto

Para Positiva Compañía de Seguros S.A. es un gusto presentar las condiciones del seguro de Vida Grupo, el cual tiene como objetivo proteger en caso de que Ud. falte.

Las condiciones ofrecidas para este seguro de Vida Grupo son las siguientes:

TOMADOR:	MICREDITOYA MICROFINANCIERA SAS
ACTIVIDAD:	FINANCIERA
ASEGURADOS:	787
BENEFICIARIOS:	Los de ley.
VIGENCIA:	Un (1) año.

Asegurados: Clientes vinculado a la microfinanciera con o sin su grupo familiar y bajo las condiciones pactadas en esta oferta.

Beneficiario: Para el caso de muerte y auxilio funerario, el designado libremente por cada asegurado, para el caso de Incapacidad Total y Permanente, Enfermedades graves, gastos médicos por accidente, renta diaria por hospitalización será el mismo asegurado.

En el caso de no haber expresa asignación de beneficiarios, serán asignados los beneficiarios de ley.

1. Amparos Cotizados:

AMPAROS

BASICO DE VIDA: POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A, se compromete a pagar a los beneficiarios en caso de fallecimiento legalmente comprobado de cualquiera de las personas aseguradas, bajo la vigencia de la póliza, el valor asegurado por los amparos expresamente contratados en el certificado de seguro, con sujeción a las condiciones generales, especiales y particulares de esta póliza y las declaraciones que aparecen en la solicitud de seguro, exámenes médicos y complementarios, por parte de los asegurados como por el tomador, declaraciones que hacen parte integral del contrato de seguro

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A, quien en adelante se denominará positiva, pagará salvo las exclusiones indicadas en las condiciones generales de la póliza y las particulares del presente amparo, la suma asegurada contratada indicada en el certificado de seguro para este amparo si durante la vigencia de la póliza y antes de cumplir el asegurado la edad de 65 años, quedare incapacitado en forma total y permanente.

Para efectos de este beneficio se entiende por incapacidad total y permanente, la sufrida por el asegurado como resultado de una lesión o enfermedad, que le impida total y permanentemente realizar su ocupación habitual u otra cualquiera compatible con su educación, formación o experiencia.

En todos los casos se ampara la incapacidad total y permanente cuando ésta, así como el evento que da origen a la misma, se produzca dentro de la vigencia de este amparo. La incapacidad total y permanente deberá ser calificada por positiva, con base en el manual único de calificación definido por el gobierno nacional donde el porcentaje de pérdida de capacidad laboral del asegurado deberá ser mayor o igual al 50%.

Una vez pagada la suma asegurada por incapacidad total y permanente el seguro termina y positiva quedará liberada de toda obligación frente al contrato de seguro.

ENFERMEDADES GRAVES: POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A, pagará como anticipo del amparo básico de muerte por cualquier causa, la suma asegurada contratada para este amparo, establecida en el certificado de seguro, si durante su vigencia, un médico legalmente autorizado para ejercer la profesión, le descubre y diagnostica por primera vez, con base en pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, la presencia o padecimiento de cualquiera de las siguientes enfermedades: cáncer, infarto del miocardio, falla renal (enfermedad renal en etapa final), esclerosis múltiple, derrame e infarto cerebral, cirugía de arterias coronarias (bypass) y trasplante de órganos, siempre y cuando hayan transcurrido noventa (90) días desde el inicio de la vigencia del presente amparo.

Para todos los efectos del presente amparo, las afecciones citadas quedan definidas así:

Cáncer: Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y expansión incontrolada de células malignas e invasión de tejidos. El diagnóstico debe ser evidenciado por una histología claramente definida. el término cáncer también incluye las leucemias y las enfermedades malignas del sistema linfático como la enfermedad de hodgkin

Excepto cáncer de próstata etapa 0 o t1b, (tumor, nódulo), cáncer in situ no invasivo (incluido el melanoma maligno en estado in situ), los tumores malignos de piel (excepto melanoma maligno invasivo).

Infarto del miocardio: Muerte de una parte del músculo cardíaco como resultado de un flujo sanguíneo insuficiente hacia el área comprometida. el diagnóstico debe ser confirmado por especialista y evidenciado por todos los siguientes criterios: una historia de dolor torácico típico, nuevos cambios característicos de infarto en el ECG elevación de las enzimas específicas de infarto, troponinas u otros marcadores bioquímicos.

Falla renal (enfermedad renal en etapa final): Etapa final de enfermedad renal que se manifiesta por una falla crónica e irreversible de la función de ambos riñones, como resultado de lo cual se hace necesario realizar regularmente diálisis renal (hemodiálisis o diálisis peritoneal) ó requirió de un trasplante renal. El diagnóstico debe ser confirmado por especialista

Esclerosis múltiple: Diagnóstico inequívoco de esclerosis múltiple establecido por un especialista en neurología. La enfermedad debe ser evidenciada por síntomas clínicos típicos de desmielinización, deterioro de las funciones motoras y sensoriales y además por hallazgos típicos en la resonancia nuclear magnética.

Para probar el diagnóstico, el asegurado debe exhibir anomalías neurológicas que hayan existido por un período continuo de por lo menos seis (6) meses o haber tenido al menos dos (2) episodios clínicamente documentados con un intervalo de un mes entre ellos o un episodio clínicamente documentado junto con hallazgos característicos en el fluido cerebrospinal, como así también lesiones cerebrales específicas detectadas en la resonancia nuclear magnética.

Derrame e infarto cerebral: Cualquier incidente cerebro-vascular que produce secuelas neurológicas permanentes y que incluye infarto de tejido cerebral, hemorragia y embolización originada en una fuente extra craneal. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por síntomas clínicos típicos como así también hallazgos típicos en la tac (tomografía axial computarizada) de cerebro y RNM (resonancia nuclear magnética) de cerebro. Deben documentarse pruebas de deficiencia neurológica de por lo menos tres (3) meses a partir de la fecha de diagnóstico.

Cirugía de arterias coronarias (bypass): La realización de cirugía a tórax abierto para la corrección de dos o más arterias coronarias, que están estrechadas u ocluidas, por el implante de un puente arterial coronario. La necesidad de tal cirugía debe haber sido probada por angiografía coronaria y la realización de la cirugía debe ser confirmada por un especialista.

Trasplante de órganos: La intervención quirúrgica mediante la cual se trasplanta un órgano (o parte de un órgano), proveniente de un donante humano fallecido o vivo. Los únicos trasplantes de órganos que están cubiertos bajo este anexo son:

- ▶ Corazón
- ▶ Pulmón
- ▶ Páncreas
- ▶ Riñón
- ▶ Hígado
- ▶ Médula ósea
- ▶ Alguna combinación de éstos, siempre que sea médicamente necesario

Gran quemado: Positiva, reconocerá el valor de la suma contratada si como consecuencia de una quemadura de segundo grado (o mayor) superficial o profunda se presenta compromiso de más del 70% de la superficie corporal de la piel

AUXILIO FUNERARIO: POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A pagará a los beneficiarios, el valor asegurado contratado e indicado en el certificado de seguro para este amparo, en el evento en que ocurra el fallecimiento del asegurado.

BENEFICIO ADICIONAL POR MUERTE O DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL: POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A, pagará salvo las exclusiones indicadas en las condiciones generales de la póliza y las particulares del presente amparo, en caso de fallecimiento de un asegurado de forma accidental, la suma asegurada indicada en el certificado de seguro o en caso de presentarse una desmembración como consecuencia de un accidente, positiva pagará el porcentaje de la suma asegurada de acuerdo con la tabla establecida en el numeral 3 del presente amparo.

Para efectos de este amparo, toda lesión corporal causada por accidente que tenga como consecuencia directa e independientemente de otra causa cualquiera de las pérdidas enumeradas en la tabla establecida en el numeral 3 del presente amparo o cualquier otra pérdida no enumerada, será pagada con el porcentaje de calificación que se determine con el manual único de calificación de invalidez, en lo referente a las deficiencias contempladas dentro de la normatividad vigente, siempre que la pérdida ocurra dentro de los 365 días comunes siguientes a la fecha del accidente, y antes de los 65 años del asegurado.

GASTOS MEDICOS POR TRATAMIENTO DEL SIDA, (opera por reembolso).

Se reconocerá el valor asegurado contratado, en cualquier evento en que el asegurado incurra en un gasto derivado de un tratamiento por el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), diagnosticado durante la vigencia de la Póliza. No ampara pre-existencias

2. Irreductibilidad:

Transcurridos dos (2) años en vida del Asegurado, desde la fecha del perfeccionamiento del contrato, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad.

3. Inexactitud en la declaración de edad:

Si respecto a la edad del Asegurado se comprobará inexactitud en la declaración de asegurabilidad, se aplicarán la siguiente norma, toda vez que este programa se tarifa con base en tasa promedio:

- a) Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa Positiva Compañía de Seguros, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio.

4. Exclusiones y limitaciones de Cobertura

4.1. Exclusiones para el Amparo Básico de Vida.

Este amparo no tiene exclusiones

4.2. Exclusiones para el Amparo de Incapacidad Total y Permanente.

No estarán cubiertas las incapacidades cuando sean consecuencia directa, indirecta, total o parcial de los siguientes hechos:

- a) las ocasionadas por los accidentes que sobrevengan de lesiones inmediatas o tardías causadas por energía atómica.
- b) Las que ocurran cuando el asegurado participe en competencias de velocidad o habilidad, o practique deportes o actividades tales como: espeleología, buceo, alpinismo o escalamiento de montañas, paracaidismo, vuelo en planeadores, cometa, motociclismo, rafting, puenting, bungee jumping, ciclomontañismo, rappel, canotaje, cualquier modalidad de esquí, patinaje sobre hielo, hockey y la práctica o entrenamiento de deportes a nivel profesional.
- c) Las ocasionadas por violación de cualquier norma legal por parte del asegurado.
- d) Las ocasionadas por el uso por parte del asegurado de aeronaves y artefactos aéreos en calidad de pasajero, piloto o tripulante, estudiante de pilotaje o mecánico de aviación, salvo que se encuentre en una línea comercial legalmente establecida o autorizada para el transporte regular de pasajeros.
- e) Los accidentes ocurridos cuando el asegurado se encuentre bajo influencia de bebidas embriagantes o de drogas tóxicas, heróicas o alucinógenas, cuya utilización no haya sido requerida por prescripción médica.

4.3. Exclusiones para el Amparo de Enfermedades graves.

No están cubiertas las enfermedades cuando sean consecuencia directa, indirecta, total o parcial de los siguientes hechos:

- a) Enfermedades derivadas o relacionadas con el virus de síndrome de inmunodeficiencia humana (VIH) o el virus de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
- b) Lesiones pre malignas, cáncer de próstata etapa 0 o t1b, (tumor, nódulo), cáncer in situ no invasivo (incluido el melanoma maligno en estado in situ), los tumores malignos de piel (excepto melanoma maligno invasivo), enfermedad de hokgkin, y los tumores en presencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
- c) las enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas y/o preexistentes al inicio del seguro, de las cuales el asegurado tenga conocimiento al momento de tomar el seguro.
- d) Angioplastia y/o cualquier otra intervención intra-arterial, así como el tratamiento laser, operaciones de válvula, operaciones por tumoración intracardiaca o alteración congénita.

9.4 Exclusiones para el Amparo de Auxilio funerario.

Este amparo no tiene exclusiones.

9.5 Exclusiones para el beneficio adicional por muerte o desmembración accidental.

No están cubiertas la muerte, desmembraciones o pérdidas, cuando sean consecuencia directa, indirecta, total o parcial de los siguientes hechos:

- a) Las ocasionadas por el uso por parte del asegurado de aeronaves y artefactos aéreos en calidad de pasajero, piloto o tripulante, estudiante de pilotaje o mecánico de aviación, salvo que se encuentre en una línea comercial legalmente establecida o autorizada para el transporte regular de pasajeros.
- b) Las que ocurran cuando el asegurado participe en competencias de velocidad o habilidad, o practique deportes o actividades tales como espeleología, buceo, alpinismo o escalamiento de montañas, paracaidismo, vuelo en planeadores, cometa, motociclismo, rafting, puenting, bungee jumping, ciclomontañismo, rappel, canotaje, cualquier modalidad de esquí, patinaje sobre hielo, hockey y la práctica o entrenamiento de deportes a nivel profesional.
- c) Las ocasionadas por los accidentes que sobrevengan de lesiones inmediatas o tardías causadas por energía atómica.

- d) Los accidentes ocurridos cuando el asegurado se encuentre bajo influencia de bebidas embriagantes o de drogas tóxicas, heróicas o alucinógenas, cuya utilización no haya sido requerida por prescripción médica.
- e) Envenenamientos de cualquier origen o naturaleza no accidental.

9.6 Exclusiones para el Amparo de Gastos Médicos por Accidente.

Este anexo no cubre los gastos médicos ocasionados como consecuencia directa o indirecta de los siguientes hechos:

- a) Los accidentes sufridos por el asegurado, durante intervenciones quirúrgicas o como consecuencia de ellas o los causados por tratamientos médicos de rayos equis o choques eléctricos, salvo que obedezcan a la curación de lesiones producidas por un accidente amparado.
- b) Los accidentes ocasionados por el uso por parte del asegurado de aeronaves y artefactos aéreos en calidad de piloto, pasajero o tripulante, estudiante de pilotaje o mecánico de aviación, salvo que se encuentre en una línea comercial legalmente establecida o autorizada para el transporte regular de pasajeros.
- c) Hechos de la naturaleza de cualquier clase, fisión, fusión nuclear o radioactividad.
- d) Los accidentes ocurridos cuando el asegurado se encuentre bajo influencia de bebidas embriagantes o de drogas tóxicas, heróicas o alucinógenas, cuya utilización no haya sido requerida por prescripción médica.
- e) Los accidentes causados por violación por parte del asegurado de cualquier norma legal. f) Culpa grave del asegurado, así como los derivados de actos delictivos y riñas.
- g) Los accidentes que ocurran cuando el asegurado participe en competencias de velocidad o habilidad, o practique deportes o actividades tales como: paleología, buceo, alpinismo o escalamiento de montañas, paracaidismo, vuelo en planeadores, o ciclismo, rafting, puenting, bungee jumping, ciclomontañismo, rappel, canotaje, torrentismo, cualquier modalidad de esquí, patinaje sobre hielo, hockey y la práctica o entrenamiento de deportes a nivel profesional.
- h) Envenenamientos de cualquier origen o naturaleza no accidental.
- i) Enfermedades físicas o mentales del asegurado, cualquier clase de hernias y várices.
- j) Tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean necesarios en razón de accidentes amparados por esta póliza, ni para los efectos psíquicos o estéticos de cualquier accidente o enfermedad.
- k) Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquiconerviosa, neurosis, psicosis, cualesquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.
- l) Tratamientos e intervenciones quirúrgicas, de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten a consecuencia de un accidente cubierto.
- m) Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un accidente cubierto y que originen lesiones en dientes naturales.
- n) Las lesiones como consecuencia del secuestro del asegurado y su tentativa.
- o) Curas de reposo o exámenes médicos generales para la comprobación de estado de salud. los gastos médicos en que se incurra como consecuencia de cirugía estética o plástica con fines de embellecimiento, prótesis dental, cirugía o tratamiento odontológico, refracciones visuales y suministro de anteojos o lentes de contacto, a no ser que sean consecuencia directa de un accidente amparado por esta póliza.
- p) Los gastos médicos ocasionados por un accidente de tránsito cubierto por el SOAT y el fosalga hasta el valor establecido en salarios diarios mínimos legales vigentes.
- q) Los gastos médicos ocasionados por accidentes de trabajo.
- r) Los gastos médicos por intento de suicidio, o las lesiones causadas intencionalmente a sí mismo por el asegurado, estando éste o no en uso normal de sus facultades mentales.
- s) Los gastos médicos ocasionados por lesiones producidas por otra persona intencionalmente con arma de fuego, cortante, punzante o contundente.

9.7 Exclusiones para el Amparo de Renta Diaria Por Hospitalización.

No se pagará el valor asegurado objeto de este amparo, cuando la hospitalización sea consecuencia directa, indirecta, total o parcial de los siguientes hechos:

- a) Hospitalización como resultado del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), tal como fue reconocido por la organización mundial de la salud o cualquier síndrome o enfermedad de tipo similar bajo cualquier nombre que tenga y que haya sido diagnosticado por un médico o establecimiento hospitalario legalmente constituido.
- b) Hospitalización para chequeos médicos de rutina u otros exámenes previos a los cuales no existan indicaciones de trastornos de salud.
- c) Hospitalizaciones y/o cirugías a consecuencia de enfermedades y/o padecimientos congénitos y/o preexistentes al ingreso del asegurado a la póliza.
- d) Hospitalización del asegurado en un centro hospitalario, que no cumpla con los requisitos especificados en el numeral 1 de este amparo, o que el asegurado no se encuentre bajo la atención y cuidado de un médico autorizado para el ejercicio de su profesión.
- e) Todo cuidado ambulatorio provisto en el consultorio de un médico.

5. Requisitos de Asegurabilidad

Requisito			
	Hasta 45 años	De 46 a 60 años	De 60 años en adelante
1	Hasta \$200.000.000	Hasta \$150.000.000	Hasta \$50.000.000
2	Entre \$200.000.001 y \$300.000.000	Entre \$150.000.001 y \$250.000.000	Entre \$50.000.001 y \$150.000.000

1. Declaración de Asegurabilidad
2. Examen médico, análisis de orina

6. Terminación del seguro individual:

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por el presente contrato y sus amparos adicionales termina por las siguientes causas:

- Por mora en el pago de la prima, vencido el término señalado en el Código de Comercio, o el plazo que se haya pactado en las condiciones particulares de la póliza.
- Cuando el Tomador o el Asegurado solicite por escrito la exclusión del seguro.
- A la terminación o revocación del contrato por parte del Tomador o Asegurado.
- A la terminación del período anual en que el asegurado cumpla la edad de 72 años para los colaboradores y/o cónyuge y los mayores de 26 años en el caso de los hijos.
- Al momento en que a un asegurado se le pague el 100 % de la suma asegurada contemplada en el amparo básico o en el amparo de Incapacidad Total y Permanente Pago Capital.

7. Convertibilidad

Los asegurados menores de 70 años de edad que se separen del grupo después de haber permanecido en él por lo menos durante un año continuo, tendrán derecho a asegurarse por el amparo de vida sin nuevos requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo este seguro, pero sin beneficios ni amparos adicionales, en cualquiera de los planes de seguro individual de los que emite POSITIVA, con excepción de los planes temporales o crecientes, siempre y cuando lo solicite dentro de un mes contado a partir de su retiro del grupo asegurado. El seguro individual se emitirá con las condiciones de admisión de riesgo que traía, pero con los ajustes en la tarifa del plan que se tome a la edad alcanzada por el asegurado y su ocupación en la fecha de esta solicitud.

8. Amparo Automático.

La Compañía concede 30 días de amparo automático (contados a partir de la fecha de registro de la novedad en los archivos internos del Tomador), para todos los nuevos asegurados menores de 60 años de edad que

ingresen a formar parte del grupo asegurable y/o por aumentos de valor asegurado, hasta el valor indicado en la carátula de la presente póliza, siempre y cuando en la Declaración de Asegurabilidad expresen gozar de buen estado de salud, mientras el asegurado se practica los exámenes médicos y completa los requisitos de asegurabilidad exigidos por la Compañía.

El presente amparo se extiende también para cubrir automáticamente todo asegurado que por error u omisión del tomador no se haya informado al inicio del seguro, obligándose el tomador a informar a la Compañía dentro de la vigencia de la póliza; por lo tanto la prima adicional se liquidará con base en las tasas contratadas a partir de la fecha de ingreso de los asegurados.

Para asegurados mayores de 60 años de edad y/o para aquellos casos en los que respondan afirmativamente alguna de las preguntas registradas en la Declaración de

Asegurabilidad en lo referente a antecedentes de estado de salud, la Compañía se reserva el derecho de exigir los requisitos de asegurabilidad vigentes en el momento de expedición de la póliza o de suspender el amparo automático mientras se analiza el riesgo y se practica los exámenes médicos respetivos.

La Compañía podrá solicitar exámenes adicionales o complementarios, reservándose el derecho de aceptar, limitar coberturas, extraprimar, aplazar o declinar el o los riesgos que estime convenientes, respecto a las políticas de suscripción vigentes.

9. Vigencia

La póliza tendrá una vigencia de un (1) año a partir de la hora y fecha indicada en la carátula de la póliza. Salvo que se acuerde con el Tomador una vigencia menor a un año, caso en el cual se incluirá el anexo aclaratorio correspondiente.

10. Renovación

Si MICROFINANCIERA Y POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A, con anticipación no menor de un mes a la fecha de su vencimiento no manifestaran lo contrario, el contrato se entenderá renovado automáticamente por un período igual al pactado.

11. Aviso de siniestros

En caso de siniestro en relación con cualquiera de los asegurados bajo el presente contrato, el Tomador o Beneficiario deberá dar aviso a POSITIVA dentro de los 30 días calendario siguientes a aquel en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

En caso de Muerte básico de vida.

- ✓ Documento formal de reclamación.
- ✓ Fotocopia del documento de Identificación.
- ✓ Registro civil de defunción.

En caso de Incapacidad Total y Permanente

- ✓ Documento de reclamación formal.
- ✓ Fotocopia del documento de Identificación.
- ✓ Historia clínica completa.
- ✓ Informe del médico tratante con pronóstico y evolución.

Para Auxilio Funerario.

- ✓ Documento formal de reclamación.

- ✓ Fotocopia del documento de Identificación.
- ✓ Registro civil de defunción.

En caso de Muerte o Desmembración Accidental

- ✓ Documento de reclamación formal.
- ✓ Fotocopia del documento de Identidad del asegurado.
- ✓ Registro civil de defunción, en caso de muerte accidental.
- ✓ Acta del levantamiento del cadáver o autopsia o Certificación de fiscalía.
- ✓ Copia del protocolo de necropsia.
- ✓ Informe de las autoridades que tuvieron conocimiento del caso.
- ✓ Documento o prueba de identidad que acrediten la calidad de los beneficiarios.
- ✓ En accidente de tránsito, croquis del accidente y resultado de alcoholemia
- ✓ Dictamen y valoración del médico legista en caso de reclamación por desmembración.

En caso de Rembolso de Gastos Médicos por Accidente

- ✓ Documento formal de reclamación.
- ✓ Facturas originales debidamente canceladas.

En caso de Renta diaria por hospitalización

- ✓ Documento de reclamación formal.
- ✓ Historia clínica completa de la hospitalización.
- ✓ Orden de hospitalización del médico tratante

Nota: aplica para Unidad de Cuidados Intensivos y Hospitalización Domiciliaria.

Lo anterior, sin perjuicio de la facultad de POSITIVA para exigir cualquier otra prueba o documento que estime conveniente y guarde relación con la reclamación.

Adicionalmente, los beneficiarios podrán allegar los documentos señalados en el listado de requisitos, el cual se encuentra publicado en la página web de Positiva: en el formato denominado Matriz Documental Ramos Vida.

12. Condiciones Generales y particulares

Para toda condición que no esté expresamente indicada en el presente documento aplican las condiciones generales radicadas en la Superintendencia Financiera mediante código:

- Vida Grupo: 26/02/2013- 1423-P-34-VGGV002
- Incapacidad Total y Permanente: 11/02/2011 - 1423-A-34-VGITPCV001
- Enfermedades graves: 26/02/2013- 1423-A-34-VGEGABV002
- Auxilio Funerario: 26/02/2013 -1423-A-34-VGAFV002
- Beneficio adicional por muerte o desmembración a consecuencia de un accidente 11/02/2011-1423-A-34VGBAMDAV001
- Gastos Médicos Por Accidente 02/03/2011- 1423-P-34-VGGMAV001
- Renta diaria por hospitalización 07/03/2012- 1423-A-34-VGRDHV003

13. Propuesta económica

TOMADOR:	MI CREDITO YA MICROFINANCIERA SAS
PRODUCTO:	VIDA GRUPO

FORMA DE PAGO:	MENSUAL		
OCUPACION:	PENSIONADOS MICROEMPRESARIOS Y EMPLEADOS		
ASEGURADOS:	787 PERSONAS		
FECHA:	26 DE JUNIO DE 209		
ASEGURADOS DE LA MICROFINANCIERA (787)			
COBERTURAS	OPCION 1	OPCION 2	OPCION 3
AMPARO BASICO- MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	5.000.000	\$8.000.000	10.000.000
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PAGO DE CAPITAL	5.000.000	\$8.000.000	10.000.000
ENFERMEDADES GRAVES ANTICIPO DEL BASICO (50%)	2.500.000	\$4.000.000	5.000.000
AMPARO DE BENEFICIO ADICIONAL POR MUERTE O DESMEMBRACIÓN A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE	5.000.000	\$8.000.000	10.000.000
AUXILIO FUNERARIO	1.000.000	\$1.200.000	2.000.000
RENTA MENSUAL POR MUERTE DEL ASEGURADO MAXIMO 3 EVENTOS Y COMO PAGO UNICO	1.000.000	\$1.300.000	2.000.000
REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS POR TRATAMIENTO DE SIDA	3.000.000	\$3.500.000	4.000.000
PRIMA MENSUAL POR ASEGURADO	\$4.800	\$8.000	\$10.000

--

CONDICIONES PARTICULARES: LAS PERSONAS ASEGURADAS EN LA POLIZA DE VIDA GRUPO **DEUDORES DE LA MI CREDITC YA MICROFINANCIERA SAS**, CON CREDITOS MAYORES A **\$ 40.001.000** DEBEN CUMPLIR CON **LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD INDEPENDIENTE LA EDAD**

LAS PRESENTES CONDICIONES DE COTIZACIÓN NO IMPLICAN ACEPTACIÓN DE RIESGO POR PARTE DE POSITIVA.

EL INICIO DE LA COBERTURA EN CASO DE ACEPTACIÓN DE POSITIVA, QUEDA CONDICIONADA A LA PRESENTACIÓN DE TODOS LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD EXIGIDOS POR LA COMPAÑÍA Y A SU RESPECTIVO ANÁLISIS POR PARTE DE ÉSTA, EL TOMADOR Y/O ASEGURADO DEBE MANIFESTAR EXPRESAMENTE EL INTERÉS A LA PRESENTE COTIZACIÓN DENTRO DE UN LÍMITE MÁXIMO DE TREINTA DÍAS (30) A PARTIR DE LA FECHA DE LA PRESENTE COTIZACIÓN

EL PAGO DE LA PRIMERA PRIMA O CUOTA ES CONDICIÓN INDISPENSABLE PARA LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL SEGURO, SALVO **SI SE CONCEDE UN ACUERDO ESPECIAL DE PAGO**

LA COTIZACIÓN SE PRESENTA TENIENDO EN CUENTA LA INFORMACIÓN INICIALMENTE SUMINISTRADA Y APLICA PARA ASEGURADOS CON ESTADO DE SALUD NORMAL, POR ENDE, SEGÚN LAS CONDICIONES DE SALUD DE CADA PERSONA, MEDIO DE TRANSPORTE U OCUPACIONES EXTRAS, SE PODRÁN APLICAR RECARGOS A LA PRESENTE TARIFA

LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO INICIA A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE DE LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA Y LOS ASEGURADOS QUE SEAN REPORTADOS CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA TENDRÁN COBERTURA A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE DE LA NOVEDAD O AVISO A POSITIVA,

SIEMPRE Y CUANDO HAYAN CUMPLIDO CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS Y POSITIVA LOS HAYA ACEPTADO"

ESTA COTIZACION SE ELABORÓ TENIENDO EN CUENTA LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA DE SINIESTRALIDAD, POR LO TANTO, EN CASO DE PRESENTARSE ALGUNA DIFERENCIA ENTRE ÉSTA Y LA SINIESTRALIDAD CERTIFICADA AL MOMENTO DE LA SUSCRIPCIÓN, ESTA COTIZACIÓN PERDERÁ VALIDEZ. ADICIONALMENTE, SI LA PÓLIZA ES EXPEDIDA Y SE COMPRUEBA QUE HUBO INCONSISTENCIAS EN LA INFORMACIÓN ENTREGADA SOBRE SINIESTRALIDAD, ESTA SITUACIÓN FACULTA A POSITIVA PARA INCREMENTAR LAS TASAS

POR FAVOR TENER EN CUENTA LAS PRIMAS **MINIMAS**

COBERTURAS	EDAD MINIMA INGRESO	EDAD MAXIMA DE INGRESO	EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA
AMPARO BASICO - MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	12 AÑOS	71 AÑOS	72 AÑOS
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PAGO DE CAPITAL	12 AÑOS	64 AÑOS	65 AÑOS
ENFERMEDADES GRAVES ANTICIPO DEL BASICO (50%)	12 AÑOS	64 AÑOS	65 AÑOS
AMPARO DE BENEFICIO ADICIONAL POR MUERTE o DESMEMBRACIÓN A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE	12 AÑOS	64 AÑOS	65 AÑOS
AUXILIO FUNERARIO	12 AÑOS	71 AÑOS	72 AÑOS
RENTA MENSUAL POR MUERTE DEL ASEGURADO MAXIMO 3 EVENTOS Y COMO PAGO UNICO	12 AÑOS	64 AÑOS	65 AÑOS
REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS POR TRATAMIENTO DE SIDA	12 AÑOS	64 AÑOS	65 AÑOS

14. CONTINUIDAD.

Se otorga el beneficio de la continuidad de amparo en iguales condiciones de calificación (Riesgo normal o extraprimado) y hasta los mismos valores asegurados que provengan de la anterior aseguradora.

Por cada amparo otorgado que disfrutaba el asegurado bajo la póliza de seguro inmediatamente anterior a la vigencia de la presente póliza y que se encontraba contratada con otra Compañía de Seguros, el beneficio se otorga bajo los términos y condiciones que a continuación se precisan:

- Existe cobertura para aquellas preexistencias a la vigencia de la presente póliza que hubieren tenido cobertura por la anterior Compañía. Es decir que si se llegare a presentar una reclamación a consecuencia de una lesión no preexistente para el contrato de seguros que traía el asegurado con la anterior Compañía, se tendrá como no preexistente para el presente contrato de seguro.
- De este beneficio gozarán las personas que venían aseguradas con la anterior Compañía, al momento inmediatamente anterior al inicio de la vigencia del presente contrato de seguro.
- La compañía asume los riesgos bajo los términos y condiciones de su contrato de seguro y no extiende su cobertura a las condiciones contractuales que pudiera traer el grupo asegurado con la anterior aseguradora.
- Como requisito de asegurabilidad para hacer efectivo el beneficio de continuidad, es necesario que exista constancia escrita de la anterior aseguradora que certifiquen la vigencia del seguro otorgado por ella y se adjunte la solicitud de seguro y/o declaración de asegurabilidad diligenciada con dicha Compañía.

e) Las extraprimas y limitaciones de riesgo que han sido impuestas por la anterior Compañía de Seguros regirán para el presente contrato, sin perjuicio de aquellas que puedan ser impuestas por esta aseguradora para los demás casos.

Los demás términos y condiciones continúan vigentes.

15. REQUISITOS PARA EMISION.

La presente cotización queda sujeta a la presentación de la solicitud completamente diligenciada por parte del tomador (SARLAFT), fotocopia de la cedula del representante legal de la entidad, listado de personal a asegurar indicando nombres completos, fecha de nacimiento, edad, número de documento de identidad en medio magnético y demás requisitos exigidos para el producto.

16.CONDICIONES PARTICULARES.

CONDICIONES PARTICULARES: LAS PERSONAS ASEGURADAS EN LA POLIZA DE VIDA GRUPO DEUDORES DE LA MI CREDITO YA MICROFINANCIERA SAS, CON CREDITOS MAYORES A \$ 40.001.000 DEBEN CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD INDEPENDIENTE LA EDAD

Las presentes condiciones de cotización no implican aceptación de riesgo por parte de POSITIVA.

Lo no estipulado en esta cotización provisional se regirá de acuerdo a las condiciones y políticas de la póliza de Vida grupo Escolar que posee la Compañía.

Los términos indicados carecen de validez, si la información suministrada que sirvió para el análisis es modificada.

La prima mínima anual de la póliza para el grupo asegurable es de 1 SMMLV.

Nota: Esta cotización no constituye amparo y por lo tanto el inicio de la cobertura queda condicionada a la presentación de todos los requisitos de asegurabilidad exigidos por la compañía y a su respectivo análisis por parte de esta, el tomador y/o asegurado debe

manifestar expresamente a la presente cotización dentro de un límite máximo de treinta días (30) a partir de la fecha de la presente cotización"