

COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A

PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES ESCOLARES

CONDICIONES GENERALES

LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A., que más adelante se denominará **“LA COMPAÑÍA”**, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por el “Tomador” o “Asegurado”, las cuales se incorporan al presente contrato para todos sus efectos, se obliga a pagar la correspondiente suma asegurada como consecuencia de la materialización de los riesgos amparados, con base en los valores asegurados pactados y las definiciones de cobertura contenidas en las presentes condiciones generales de la póliza.

CONSIDERACIONES PRELIMINARES

Para la mayoría de los amparos, **“LA COMPAÑÍA”**, deja claro que por tratarse de una póliza colectiva o de grupo, limitada a un número determinado de eventos por tomador en la vigencia, sin importar el número de asegurados. El número de eventos por amparo será de entre 1 y 20 eventos por vigencia, según las condiciones específicas determinadas en la carátula de la póliza.

Los amparos en los que no se aplica la anterior regla general del número de eventos por vigencia, se encuentran expresamente pactados en la descripción de la cobertura en el presente clausulado.

CLÁUSULA PRIMERA. AMPAROS. LA PRESENTE PÓLIZA DURANTE SU VIGENCIA CUBRIRÁ LOS SIGUIENTES AMPAROS:

1. AMPARO BASICO

1.1. MUERTE ACCIDENTAL

Si el asegurado fallece con ocasión de un accidente amparado por la póliza, **“LA COMPAÑÍA”** pagará el valor asegurado contratado, expresado en la carátula de la póliza, siempre que el fallecimiento se produzca dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días comunes siguientes la fecha del accidente y este haya ocurrido dentro de la vigencia de la póliza. Este amparo es excluyente del amparo de muerte por cualquier causa no accidental.

DEFINICION DE ACCIDENTE

Para los efectos de esta póliza se entenderá por accidente el suceso imprevisto, repentino, violento de origen externo que, en forma directa y exclusiva, produzca la muerte, lesiones corporales o alteraciones funcionales permanentes o pasajeras medicamente comprobadas que no hayan sido provocadas deliberadamente por el asegurado y que no constituya uno de los hechos previstos como exclusión.

Esta cobertura es excluyente del amparo de muerte por cualquier causa

2. AMPAROS ADICIONALES

2.1. MUERTE POR CAUSA NO ACCIDENTAL.

En caso de fallecimiento del asegurado por causas diferentes a un accidente o una enfermedad preexistente, **“LA COMPAÑÍA”** pagará el valor asegurado contratado en este amparo, previa deducción de las sumas pagadas, o liquidadas por pagar, de acuerdo con las reglas de pago de indemnizaciones.

Así mismo, este amparo no aplicará cuando se haya afectado el amparo de muerte accidental.

2.2. INVALIDEZ ACCIDENTAL Y/O DESMEMBRACIÓN.

Cuando dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días comunes siguientes a la ocurrencia de un accidente amparado por esta póliza, el Asegurado padeciere como consecuencia de dicho evento alguna de las pérdidas o inutilizaciones descritas en este numeral, "LA COMPAÑÍA" pagará, la suma asegurada contratada para este amparo a la fecha del accidente, los porcentajes indicados en la tabla contenida en este numeral, siempre y cuando el Asegurado sobreviva después de la fecha del accidente al menos durante treinta (30) días comunes:

Cualquier otra pérdida no descrita en esta tabla, será pagada aplicando el porcentaje de pérdida que se determine con el Manual Único de Calificación de Invalidez.

Tabla de Beneficios por Desmembración

| Clase de Pérdida | % de la suma a pagar |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Enajenación mental incurable con impotencia funcional absoluta | 100,00% |
| Parálisis o Invalidez Total y Permanente | 100,00% |
| Ceguera completa en ambos ojos | 100,00% |
| La pérdida total e irreparable de ambos pies o ambas manos | 100,00% |
| Sordera total bilateral | 100,00% |
| Pérdida del habla | 100,00% |
| Pérdida del brazo o de la mano derecha | 60,00% |
| Pérdida completa de la visión de un ojo | 50,00% |
| Sordera total unilateral | 50,00% |
| Pérdida del brazo o de la mano izquierda | 50,00% |
| Pérdida de una pierna por encima de la rodilla | 50,00% |
| Pérdida de un pie | 40,00% |
| Pérdida completa del uso de la cadera | 30,00% |
| Fractura no consolidada de una pierna | 30,00% |
| Pérdida del dedo pulgar derecho | 25,00% |
| Pérdida total de tres dedos de la mano derecha o pulgar y otro dedo que no sea el índice | 25,00% |
| Pérdida completa del uso del hombro derecho | 25,00% |
| Como máxima indemnización por trastornos en la masticación y habla | 25,00% |
| Pérdida del dedo pulgar izquierdo | 20,00% |
| Pérdida total de tres dedos de la mano izquierda o el pulgar y otro dedo que no sea el índice | 20,00% |
| Pérdida completa del uso de la muñeca o del codo derecho | 20,00% |
| Pérdida completa del uso de alguna rodilla | 20,00% |
| Fractura no consolidada de una rodilla | 20,00% |
| Pérdida del dedo índice derecho | 15,00% |
| Pérdida completa del uso de la muñeca o del codo izquierdo | 15,00% |
| Pérdida completa del uso del tobillo | 15,00% |
| Pérdida del dedo índice izquierdo | 12,00% |
| Pérdida del dedo anular derecho | 10,00% |
| Pérdida del dedo medio derecho | 10,00% |
| Pérdida del dedo anular izquierdo | 8,00% |

| | |
|----------------------------------------------|-------|
| Pérdida del dedo medio izquierdo | 8,00% |
| Pérdida del dedo gordo de alguno de los pies | 8,00% |
| Pérdida del dedo meñique derecho | 7,00% |
| Pérdida del dedo meñique izquierdo | 5,00% |
| Pérdida de una falange de cualquier dedo | 5,00% |

Lo anterior, de acuerdo con el Manual Único de Calificación de Invalidez - Decreto 1507 de 2014 o la norma vigente para el momento de la ocurrencia del evento.

Parágrafo

- a. Para todos los efectos de la presente condición, se entiende por pérdida de la mano, la amputación que se verifique a la altura de la muñeca o por encima de ella, y por pérdida del pie, la amputación que se verifique a la altura del tobillo o por encima de él.
- b. También se entiende por pérdida, la inhabilitación funcional total y permanente del órgano o miembro lesionado.
- c. Cuando el Asegurado sufra dos o más pérdidas de las especificadas en la tabla, el valor total del pago no podrá exceder el 100% del Valor Asegurado en este amparo
- d. Las indemnizaciones pagadas por la pérdida de dedos se deducirán de cualquier pago que se hiciese por concepto de la pérdida de la mano o el pie respectivo. La tabla descrita en este numeral aplica para personas diestras, en caso de Asegurado zurdo se aplica en los mismos porcentajes indicados en sentido inverso.
- e. La indemnización total que corresponda a varias pérdidas sufridas en un mismo accidente se obtiene por la suma de los porcentajes fijados a cada una de ellas, sin que la suma total exceda del valor de la indemnización por desmembración e invalidez accidental. Cuando varias circunstancias derivadas de un mismo accidente afecten a un mismo miembro u órgano, no se acumularán entre sí, sino que la indemnización se determinará por la mayor de dichas inhabilidades.

2.3. REHABILITACIÓN INTEGRAL POR INVALIDEZ POR ACCIDENTE.

Si el asegurado sufre una invalidez a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza, y al ser calificada de acuerdo con la Ley 100 de 1993 y sus Decretos Reglamentarios, dicha invalidez es superior al 60%, “**LA COMPAÑIA**” reconocerá por reembolso y hasta por el valor asegurado contratado, los gastos asistenciales tendientes a su rehabilitación como:

- Consulta médica especializada.
- Valoración nutricional.
- Valoración por psicología y apoyo familiar.
- Manejo de terapia física, ocupacional. del lenguaje y respiratoria
- Exámenes de diagnóstico.
- Orientación familiar.
- Curaciones en exceso de la cobertura de Gastos Médicos.
- Rehabilitación Sicológica por abuso sexual.

2.4. GASTOS MEDICOS POR ENFERMEDADES AMPARADAS.

Para efectos de la presente póliza, si a consecuencia directa de un accidente amparado durante la vigencia de la póliza cualquier persona asegurada se viera obligada a recibir

atención médica, someterse a intervención quirúrgica, hospitalizarse o recibir cualquier clase de asistencia médica necesaria para el restablecimiento de su salud, “**LA COMPAÑIA**”, indemnizará el valor de dichos gastos hasta el monto señalado en la carátula de la póliza, por lo anterior, se entenderá por accidente, el evento por el cual se llegará a diagnosticar por primera vez durante la vigencia de la póliza alguna de las siguientes enfermedades, siempre y cuando le sobrevengan al Asegurado después de treinta (30) días calendario de haber sido aceptado por “**LA COMPAÑIA**” dentro del grupo asegurado a través del contrato de seguro:

CÁNCER:

Se entiende por cáncer la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolable de células malignas y la invasión y/o destrucción del tejido. Esto incluye leucemia, linfomas malignos, linfomas cutáneos, y la enfermedad de Hodkin (linfoproliferativa), en cambio, no incluye, cáncer in situ no invasivo, ni todos los tumores de la piel, salvo que se trate de melanomas malignos.

POLIOMIELITIS:

Enfermedad infectocontagiosa aguda causada por el virus del polio que inflama y daña las células del sistema nervioso encargadas del control muscular. La lesión de la medula espinal se caracteriza clínicamente por atrofia y parálisis irreversible de los músculos afectados, generando contracción y deformidad permanente.

LEUCEMIA:

Se entiende como enfermedad tumoral aguda o crónica caracterizada por la reproducción incontrolada de células sanguíneas inmaduras (blastos) en la medula ósea y que proliferan y acumulan en la sangre, ganglios linfáticos del bazo.

TÉTANOS:

Se entiende por tétanos la infección aguda producida por una bacteria (*Clostridium tetani*) que genera una toxina que irrita el sistema nervioso.

ESCARLATINA:

Enfermedad infectocontagiosa aguda, producida por bacterias estreptocócicas que colonizan la garganta. Se caracteriza típicamente por fiebre alta, escalofríos, dolor de garganta, vómitos, malestar general y erupción puntiforme de la piel en forma de salpullido, que aparece inicialmente en el cuello y en el tórax y luego se generaliza por todo el cuerpo.

SIDA: (síndrome de inmunodeficiencia adquirida),

Se entiende como la enfermedad infecciosa producida por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que prolifera en forma continua causando destrucción de los linfocitos de defensa (CD4), esta supresión de la inmunidad favorece la aparición de infecciones y neoplasias características de SIDA. La enfermedad amparada por esta póliza corresponde a la fase final.

AFECCIÓN RENAL CRÓNICA:

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) o requiere de un trasplante renal. El diagnóstico debe ser confirmado por especialista.

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, isquemia en el ECG, elevación de las enzimas específicas de infarto, Troponinas u otros marcadores bioquímicos.

ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR:

Cualquier incidente cerebrovascular que produce secuelas neurológicas permanentes y que incluye infarto de tejido cerebral, hemorragia y embolización originada en una fuente extracraneal. 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.

2.5. GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE.

Si como consecuencia de un accidente el Asegurado, dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días comunes siguientes a la fecha del mismo, se viera precisado a recibir atención médica, someterse a intervención quirúrgica, odontológica, de fisioterapia, requiera hospitalizarse, realizar traslados interinstitucionales entre prestadores de servicio de salud o recibir cualquier clase de asistencia médica necesaria para el restablecimiento de su salud, **“LA COMPAÑÍA”**, reembolsará el valor de dichas asistencias hasta el monto señalado para este amparo e indicado en la carátula de la póliza.

De igual forma quedan cubiertos los gastos en que incurra el asegurado por concepto de copagos a EPS o cuotas Moderadoras de planes complementarios de salud, en los que incurra a causa de un accidente no excluido, hasta por el límite asegurado, en todo caso los valores no podrán superar el valor contratado.

Esta cobertura opera con sujeción a las siguientes condiciones:

- Que el accidente hubiere ocurrido dentro de la vigencia de la póliza.
- El médico o cirujano que lo atienda debe estar legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión.
- Los gastos de hospitalización serán los que se ocasionen dentro de una clínica u hospital, debidamente autorizados para prestar tales servicios
- Los medicamentos recetados por el médico tratante deben ser de aplicación absoluta, exclusiva y necesaria para la curación de las lesiones sufridas en el accidente.
- La presentación de las facturas y/o cuentas de cobro originales debe ser presentada como soporte de los valores indemnizados, para este amparo se restablecerán automáticamente en la cuantía de la suma asegurada con el fin de atender otro reclamo por un (1) nuevo accidente dentro de la misma vigencia sin cobro de prima por el valor restablecido.

Este amparo no tiene límite de número de eventos por vigencia. No aplica lo descrito en las consideraciones preliminares.

2.6. GASTOS MEDICOS POR ENFERMEDADES TROPICALES INFECCIOSAS.

“**LA COMPAÑIA**” hace extensiva la cobertura de Gastos Médicos para amparar al Asegurado que, durante la vigencia de la póliza, después de transcurridos 30 días de haber ingresado a la misma y por causa de un evento accidental se viera afectado por primera vez por un proceso infeccioso o contagioso y como consecuencia de este hecho, adquiera alguna de las siguientes enfermedades; **Malaria, Fiebre Amarilla, Leishmaniasis, Lepra, Tuberculosis, Cólera, Pénfigo.**

Se cubrirá máximo un (1) evento al año por asegurado y su valor será descontado de la suma asegurada para gastos médicos.

Nota: “**LA COMPAÑIA**” cubrirá los exámenes pertinentes para diagnosticar la enfermedad, de acuerdo con lo pactado en la carátula de la póliza.

2.7. GASTOS DE TRASLADO POR ACCIDENTE.

En caso de presentarse un accidente cubierto por la póliza y que sea necesario trasladar al Asegurado accidentado a algún centro asistencial para tratamiento médico o curación, se reconocerán los gastos de transporte hasta la suma pactada. El traslado será cubierto únicamente como consecuencia de un accidente amparado por la póliza durante las 24 horas del día dentro y fuera de la institución educativa. El límite de esta cobertura puede ser Igual al básico sin exceder 10 SMMLV.

2.8. GASTOS DE TRASLADO POR EVENTOS NO ACCIDENTALES.

Este amparo cubre los gastos de traslado, desde la institución educativa hasta la I.P.S, cuando sea necesaria la atención del Asegurado por dolencias o hechos ocurridos dentro de las instalaciones de la institución educativa o en actividades extracurriculares, y jornadas estudiantiles. El límite de esta cobertura puede ser Igual al básico sin exceder 10 SMMLV.

2.9. REEMBOLSO POR REHABILITACION PSICOLOGICA POR ABUSO SEXUAL

“**LA COMPAÑIA**” reconocerá al asegurado, hasta el límite de la suma asegurada, por una (1) sola vez, los gastos por tratamiento psicológico o psiquiátrico, medicamentos especiales para el tratamiento debido al abuso sexual que llegue a sufrir un asegurado por primera vez dentro de la vigencia de la póliza, siempre y cuándo se haya iniciado investigación respectiva del hecho ante autoridad judicial, administrativa, medicina legal y/o autoridad competente. El límite de esta cobertura puede ser Igual al básico sin exceder 10 SMMLV.

2.10. GASTO MEDICO POR RIESGO BIOLÓGICO

Si en desarrollo de su actividad académica y como consecuencia de un accidente el asegurado se viera afectado por cualquier microorganismo, sus productos o derivados, cultivos celulares o endo parásitos y cualquier otro tipo de origen biológico, capaz de producir cualquier tipo de infección, alergia o toxicidad en humanos, “**LA COMPAÑIA**” reconocerá hasta el valor asegurado contratado para este amparo.

El presente amparo se puede contratar por cualquiera de las siguientes modalidades

- A. Cobertura hasta el 60% de la suma otorgada en el amparo de gastos médicos por accidente, lo cual no genera cobro de prima para el asegurado.
- B. Cobertura adicional, con un valor asegurado máximo al 100% del valor de Gastos Médicos por accidente, en esta modalidad se realizará el cobro de prima correspondiente a la suma contratada.

Esta cobertura se otorgará a estudiantes de las siguientes facultades: medicina, odontología, enfermería, bacteriología, zootecnia, auxiliar de odontología, auxiliar de laboratorio patológico, auxiliares de cocina, veterinaria, auxiliar de enfermería, auxiliar de laboratorio clínico, cocineros, de igual forma, se entienden cubiertos por este amparo, los estudiantes de Bachillerato que dentro de sus actividades académicas de laboratorio tengan un accidente derivado del riesgo biológico.

Este amparo, en las dos modalidades no tiene restablecimiento del valor asegurado, es decir solo se cubre un evento por vigencia por asegurado.

Este amparo no tiene límite de número de eventos por vigencia por Tomador. No aplica lo descrito en las consideraciones preliminares. El límite de esta cobertura puede ser Igual al básico Cuando se otorgue como amparo individual y hasta el 60 % cuando se otorgue como complemento de gastos médicos.

2.11. GASTO MEDICO POR RIESGO QUÍMICO

“**LA COMPAÑIA**” reembolsará hasta el límite de valor asegurado fijado en la póliza, por la atención médica especializada que se preste al asegurado por primera vez dentro de la vigencia de la póliza, por la exposición involuntaria del asegurado, en actividades académicas, a agentes químicos o sustancias químicas que al entrar en forma accidental al organismo puedan provocar intoxicación, quemaduras, irritaciones o lesiones sistémicas dependiendo de la concentración y el tiempo de exposición, causando afectaciones en la salud de forma aguda o crónica.

2.12. AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL

Si como consecuencia de un accidente amparado por esta póliza se produce el fallecimiento del Asegurado, “**LA COMPAÑIA**” pagará el valor asegurado contratado para este amparo, indicado en la carátula de la póliza. Este amparo se indemniza simultáneamente con el de muerte accidental. Para el reconocimiento de este amparo se requiere el registro civil de defunción. El límite de esta cobertura puede ser Igual al básico sin exceder 10 SMMLV.

Notas:

Este amparo es excluyente del amparo de Gastos Funerarios por Muerte Accidental, Auxilio Funerario por Muerte No Accidental y Gastos Funerario por Cualquier Causa. En consecuencia, en caso de siniestro solo se pagará uno de ellos y sus valores asegurados no son acumulables

2.13. GASTOS FUNERARIOS POR MUERTE ACCIDENTAL

Si como consecuencia de un accidente amparado por esta póliza se produce el fallecimiento del Asegurado, “**LA COMPAÑIA**” reembolsara, hasta el límite de valor asegurado contratado

para este amparo, a quien demuestre, mediante la presentación de las facturas originales, haber sufragado los gastos funerarios. El límite de esta cobertura puede ser Igual al básico sin exceder 10 SMMLV.

Notas:

Este amparo es excluyente del amparo de Gastos Funerarios por Muerte No Accidental, Auxilio Funerario por Muerte Accidental y Auxilio Funerario por Muerte No Accidental. En consecuencia, en caso de siniestro solo se pagará uno de ellos y sus valores asegurados no son acumulables.

En caso de Accidente de Tránsito, este amparo operara en excesos de las sumas aseguradas por la póliza de seguro.

2.14. AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE NO ACCIDENTAL

Si en vigencia de la póliza el asegurado fallece por causa distinta a suicidio, accidente o enfermedad preexistente, "LA COMPAÑIA" indemnizara la suma contratada para este amparo. Este amparo se indemniza simultáneamente con el de muerte no accidental. El límite de esta cobertura puede ser Igual al básico sin exceder 10 SMMLV.

Nota:

Este amparo es excluyente del amparo de Gastos Funerarios por Muerte Accidental, Auxilio Funerario por Muerte Accidental y Gastos Funerarios por Cualquier Causa. En consecuencia, en caso de siniestro solo se pagará uno de ellos y sus valores asegurados no son acumulables.

2.15. GASTOS FUNERARIOS POR MUERTE NO ACCIDENTAL

Si en vigencia de la póliza el asegurado fallece por causa distinta a suicidio, accidente o enfermedad preexistente, "LA COMPAÑIA" indemnizara, hasta el límite de valor asegurado contratado para este amparo, a quien demuestre, mediante la presentación de las facturas originales, haber sufragado los gastos funerarios. El límite de esta cobertura puede ser Igual al básico sin exceder 10 SMMLV.

Nota: Este amparo es excluyente del amparo de Gastos Funerarios por Muerte Accidental, Auxilio Funerario por Muerte Accidental y Auxilio Funerario por Muerte No Accidental. En consecuencia, en caso de siniestro solo se pagará uno de ellos y sus valores asegurados no son acumulables.

- ***obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)***

2.16. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

"LA COMPAÑIA" cuando así se indique expresamente en la carátula de la póliza, pagará al Asegurado como consecuencia de un accidente cubierto por ésta, el valor de la renta diaria contratada por hospitalización, cuando la estadía en observación de urgencias y/u hospitalización, supere las seis (6) horas continuas e implique cambio de día entre su ingreso y salida.

La cobertura anotada es de hasta treinta días (30) días continuos o discontinuos y máximo dos (2) eventos por año. Este amparo se paga después del segundo día de hospitalización.

En caso de que la hospitalización, se efectúe en una unidad de cuidados intensivos, se dará cobertura hasta por diez (10) días al año, este amparo se paga después del primer día de hospitalización, reconociendo el valor equivalente al doble de la renta diaria por hospitalización contratada.

La cobertura en todos los casos operará siempre que la hospitalización tenga lugar en una institución prestadora de servicios de salud debidamente autorizada por las autoridades competentes. El límite de esta cobertura es máximo 10 SMDLV.

2.16.1 RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN DERIVADA DE COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

“**LA COMPAÑIA**” indemnizará, cuando así se indique expresamente en la carátula de la póliza, la renta diaria por hospitalización derivada de las complicaciones del embarazo de la estudiante asegurada por parto normal o quirúrgico, originadas por un evento accidental cubierto por la presente póliza. La cobertura para este caso es por un máximo de 30 días y se pagará después del segundo día de hospitalización, siempre y cuando el embarazo de la estudiante se haya iniciado con posterioridad a la fecha de expedición del presente amparo.

2.17. RENTA POR MATERNIDAD

“**LA COMPAÑIA**” reconocerá al asegurado(a) la suma asegurada mensual indicada en la carátula de esta póliza, hasta por un máximo de tres (3) meses, por una (1) sola vez, independiente del número de hijos nacidos en el parto, previa acreditación con certificado de nacido vivo y copia de historia clínica, siempre y cuando el embarazo se haya iniciado después de transcurridos treinta (30) días calendario desde el ingreso como asegurada a la póliza. El límite de esta cobertura puede ser igual al básico sin exceder 10 SMMLV.

No es necesario que, para el momento del parto, la estudiante continúe como asegurada en la póliza.

2.18. AUXILIO POR DESEMPLEO DE LOS PADRES

“**LA COMPAÑIA**” Reconocerá al asegurado el límite de la suma asegurada indicada en la póliza, por una (1) sola vez por asegurado, en caso de desempleo involuntario de uno de los padres del asegurado (padre o madre, excluyente uno del otro) ocurrido por primera vez durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando exista dependencia económica del asegurado al momento en que tal circunstancia se produzca. Se entiende por desempleo involuntario, la pérdida súbita y no provocada del empleo por parte de uno de los padres del asegurado, de la que se excluyen las circunstancias a continuación descritas:

- Cuando el padre o la madre del estudiante asegurado sea empleado público cuyo cargo sea de libre nombramiento y remoción.
- Cuando el trabajador termine uno de los contratos de trabajo y haya suscrito varios contratos de trabajo simultáneamente, permaneciendo uno o varios de ellos vigentes.
- Suspensión del contrato de trabajo de conformidad con lo establecido en la legislación laboral colombiana.

- Los seguros adquiridos con posterioridad a la declaratoria de liquidación, proceso de reorganización empresarial o fusión de la empresa en la cual labora el padre o la madre del estudiante asegurado.
- Desempleo del padre o la madre del estudiante asegurado por el reconocimiento de la pensión de jubilación, vejez o invalidez.
- Que el padre del estudiante asegurado sea llamado a prestar el servicio militar.
- Despido por parte del empleador, con justa causa. Si no se acepta la justa causa deberá acreditarse la presentación de la demanda laboral respectiva.
- Despidos Masivos
- Despidos derivados de una epidemia o pandemia

2.19. AUXILIO DE MATRÍCULA O PENSION POR ACCIDENTE

Si durante la vigencia de la póliza el Asegurado sufre un accidente amparado por la póliza, el cual lo incapacite de forma total temporal por un periodo igual o superior a tres (3) meses y que le impida durante ese periodo la asistencia a sus actividades académicas; presentando la certificación o acreditación de la EPS, **“LA COMPAÑIA”** pagará un Auxilio por el valor de la matrícula o pensión, sin superar la suma estipulada en la carátula de la póliza, como auxilio de matrícula para el siguiente periodo académico de la misma institución educativa.

2.20. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE

“LA COMPAÑIA” otorga cobertura por el riesgo de incapacidad total y permanente del asegurado y se reconocerá hasta la suma asegurada fijada en la póliza, previa deducción de cualquier suma que haya sido pagada o deba ser pagada de acuerdo con lo establecido reglas para el pago de las indemnizaciones, si como consecuencia de una enfermedad no preexistente, el asegurado sufre lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que impidan al asegurado desempeñar cualquiera de las ocupaciones para las cuales está razonablemente calificado por razones de su educación, entrenamiento o experiencia, siempre que:

- a. La fecha de estructuración de la incapacidad (para efectos del presente amparo, la fecha de siniestro), ocurra dentro de la vigencia temporal del seguro
- b. Que la incapacidad no sea provocada voluntariamente por el asegurado
- c. Persista por un período continuo no menor a ciento cincuenta (150) días calendario
- d. Exista calificación en firme emitida por entidad competente conforme a las reglas del manual único para la calificación de la capacidad laboral y ocupacional (decreto 1507 de 2014 o el que se encuentre vigente a la fecha del siniestro para el sistema de seguridad social general), que determine una pérdida de capacidad laboral igual o superior al cincuenta por ciento (50%).

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente en los términos antes indicados, se considera como tal:

- La invalidez, la pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos

- La amputación de ambas manos o de ambos pies, eventos en los cuales, salvo para invalidez, no se requerirá que transcurra el periodo continuo de ciento cincuenta (150) días consecutivos de incapacidad.

Para los efectos de este amparo aplican las siguientes definiciones respecto a los órganos o miembros que se mencionan:

- Amputación de ambas manos: la amputación traumática o quirúrgica y/o pérdida funcional a nivel de la articulación radio carpiana de las dos (2) manos.
- Amputación de ambos pies: la amputación traumática o quirúrgica y/o pérdida funcional a nivel de la articulación tibiotarsiana de los dos (2) pies.
- Pérdida de la visión: aquella visión menor en escala de agudeza visual de 20/40 y/o 3/60, considerando siempre el mejor ojo y con la mejor corrección, o pérdida anatómica del globo ocular bilateral.

2.21. AUXILIO POR REPATRIACION

En caso de que el asegurado se encuentre en el exterior por un periodo menor a 90 días y fallezca por un accidente no excluido, se indemnizara a la persona que haya repatriado el cuerpo, los costos en que haya incurrido, dentro del límite del valor asegurado.

El valor asegurado de este amparo adicional no podrá ser superior al 10% del valor asegurado contratado para el amparo básico de muerte, con un límite de veinticinco (25) salarios mínimos legales mensuales vigentes (smlmv).

2.22. AMPAROS BENEFICIO A LOS TOMADORES / INSTITUCIONES EDUCATIVAS

2.22.1. MUERTE ACCIDENTAL HIJOS (AS) DE LOS ASEGURADOS

Si por consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, se presenta el fallecimiento del hijo biológico o adoptado civilmente probado del Asegurado y el mencionado hecho ocurre dentro de la vigencia de este contrato, "LA COMPAÑIA" pagara por una (1) sola vez por asegurado en la vigencia, el valor asegurado en esta cobertura.

Notas:

- **Esta cobertura aplicara siempre que el asegurado individual afectado, tenga una antigüedad en la póliza mínima de treinta (30) días.**
- **En caso de que la causa de fallecimiento sea un accidente de tránsito, esta cobertura no se reconocerá.**
- **El hijo debe depender económicamente del padre / madre asegurado individual.**

2.22.2. AMPARO DE RENTA MENSUAL POR MUERTE ACCIDENTAL DEL CÓNYUGE DEL ESTUDIANTE ASEGURADO

Si por consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, se presenta el fallecimiento del cónyuge/compañero (a) permanente del Asegurado y el mencionado hecho ocurre dentro de la

vigencia de este contrato, **“LA COMPAÑIA”** pagará al Asegurado hasta la suma mensual especificada en la carátula de la póliza, hasta el término de la vigencia de la póliza, por un periodo máximo de (6) meses.

Notas:

- **Esta cobertura aplicara siempre que el asegurado individual afectado, tenga una antigüedad en la póliza mínima de treinta (30) días.**
- **En caso de que la causa de fallecimiento sea un accidente de tránsito, esta cobertura no se reconocerá.**
- **Para esta cobertura, “LA COMPAÑIA” considera como edad límite de admisión del Asegurado, para la contratación original el de 18 años como mínimo y de 65 años como máximo.**

2.22.3. AUXILIO EDUCATIVO POR MUERTE ACCIDENTAL DE LOS PADRES

En el evento que alguno de los padres (o padrastros civilmente probados) del Asegurado falleciere por un evento accidental cubierto por la póliza, **“LA COMPAÑIA”** pagará hasta el límite de la suma mensual establecida; con el objeto de que el Asegurado continúe sus estudios.

Nota:

- **Se reconocerá el fallecimiento de un solo padre (padrastro) por asegurado en la vigencia.**
- **El auxilio opera siempre y cuando el Asegurado sea menor de veinticinco (25) años y dependa económicamente de los padres (padrastros).**

El Auxilio se reconocerá bajo los siguientes lineamientos:

- **PARA INSTITUCIONES EDUCATIVAS QUE NO SON DE EDUCACIÓN SUPERIOR Y QUE COBRAN PENSIÓN MENSUAL**

“LA COMPAÑIA” pagará directamente a la institución educativa que tomó la póliza, el valor de la pensión del estudiante asegurado hasta el valor asegurado contratado por el número de meses restantes del periodo en curso, contados desde la pensión siguiente al fallecimiento del padre o madre del estudiante asegurado y hasta la terminación del año lectivo, escolar o educativo **“CULMINACIÓN DE CLASES”**.

- **PARA INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE EDUCACIÓN SUPERIOR**

Siempre que el estudiante asegurado demuestre continuar sus estudios en la institución educativa que tomó la póliza, **“LA COMPAÑIA”** indemnizará el valor correspondiente al costo del siguiente periodo académico según corresponda, máximo el valor asegurado contratado por el número de meses que lo conforman.

- **PARA INSTITUCIONES EDUCATIVAS QUE NO COBRAN PENSIÓN MENSUAL**

“LA COMPAÑIA” pagará directamente a quien demuestre tener la patria potestad del estudiante asegurado, hasta el valor asegurado contratado por el número de meses restantes,

contados desde el mes siguiente al fallecimiento del padre o madre del estudiante asegurado y hasta la terminación del año lectivo, escolar o educativo **“CULMINACIÓN DE CLASES”**

2.22.4.AUXILIO POR MUERTE ACCIDENTAL DE DOCENTES O PERSONAL ADMINISTRATIVO

“LA COMPAÑIA” reconocerá al (los) beneficiario(s) hasta el límite de la suma asegurada indicada en la póliza, cuando se presente la muerte accidental cubierto por la póliza, del docente o administrativo vinculado laboralmente con la institución educativa.

2.22.5.AUXILIO POR FALLECIMIENTO NO ACCIDENTAL DEL PERSONAL DOCENTE Y ADMINISTRATIVO

“LA COMPAÑIA” pagará el valor estipulado en la carátula de la póliza, cuando se presente el fallecimiento por cualquier causa no preexistente de cualquier docente o personal del área administrativa vinculada laboralmente con la institución educativa asegurada, este amparo cubre siempre y cuando el personal docente y administrativo haya sido reportado por el tomador y asegurado durante la vigencia de la póliza y el tomador haya pagado la prima correspondiente del seguro.

2.22.6.AUXILIO POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE PERSONAL DOCENTE Y ADMINISTRATIVO

“LA COMPAÑIA” pagará el valor estipulado en la carátula de la póliza, en caso de que cualquier docente o personal del área administrativa vinculado laboralmente con la institución educativa, sea hospitalizado en territorio Colombiano por un tiempo superior a cinco días, como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza. Este amparo cubre siempre y cuando el personal docente y administrativo haya sido reportado por el tomador y asegurado durante la vigencia de la póliza con el respectivo pago de la prima a cargo del tomador. La hospitalización debe ser certificada por el médico tratante del régimen contributivo, medicina prepagada, póliza de salud o plan complementario de salud a la que este afiliado el asegurado. El límite de esta cobertura puede ser Igual al básico sin exceder 10 SMMLV.

2.22.7.GASTOS FUNERARIOS DOCENTES Y PERSONAL ADMINISTRATIVO

“LA COMPAÑIA” pagara máximo el valor asegurado estipulado en la póliza, a quien demuestre con facturas originales haber asumido los gastos funerarios correspondientes al Asegurado que fallezca por cualquier causa no preexistente.

El Docente o Personal Administrativo debe estar vinculado laboralmente a la institución educativa asegurada, este amparo cubre siempre y cuando el Asegurado haya sido reportado por el tomador y asegurado durante la vigencia de la póliza y haya pagado la prima correspondiente. El límite de esta cobertura puede ser Igual al básico sin exceder 10 SMMLV.

4. EXCLUSIONES GENERALES

NO ESTÁN CUBIERTAS LAS PÉRDIDAS, LESIONES, MUERTE O LOS GASTOS, CUANDO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA, INDIRECTA, TOTAL O PARCIAL DE LOS SIGUIENTES HECHOS:

- 4.1. SUICIDIO O SU TENTATIVA O LAS LESIONES CAUSADAS INTENCIONALMENTE A SÍ MISMO POR EL ESTUDIANTE ASEGURADO, ESTANDO ESTE O NO EN USO NORMAL DE SUS FACULTADES MENTALES.
- 4.2. LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR LA PARTICIPACION EN GUERRA INTERNA, CIVIL O INTERNACIONAL, REVUELTAS POPULARES, MOTIN, SEDICION, ASONADA, HUELGA, MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS O AL MARGEN DE LA LEY, CONMOCIONES CIVILES DE CUALQUIER CLASE.
- 4.3. ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE DROGAS TOXICAS, HEROICAS O ALUCINOGENAS, SIEMPRE QUE TAL CIRCUNSTANCIA SE LA CAUSA DEL ACCIDENTE.
- 4.4. INVALIDEZ PROVOCADA POR LESIONES OCURRIDAS POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, COMO CONSECUENCIA DE ENCONTRARSE EN ESTADO ALCOHÓLICO O BAJO INFLUENCIA DE ESTIMULANTES O DROGAS, NO PRESCRITOS POR UN MÉDICO.
- 4.5. LAS LESIONES O LA MUERTE CAUSADA POR OTRA PERSONA, CON ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE, PUÑOS O PATADAS. SIEMPRE QUE EL ASEGURADO PARTICIPE ACTIVAMENTE DEL HECHO QUE CAUSO LA MUERTE O LESIONES.
- 4.6. LOS ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ESTUDIANTE ASEGURADO, DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X O CHOQUES ELÉCTRICOS, SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO.
- 4.7. PARTICIPACIÓN DEL ESTUDIANTE ASEGURADO EN ACTIVIDADES ILÍCITAS O CONTRAVENCIONALES SIEMPRE QUE SE ENCUENTREN DESCRITAS COMO TALES EN NORMAS LEGALES O REGLAMENTARIAS.
- 4.8. LA PARTICIPACIÓN DEL ESTUDIANTE ASEGURADO EN RIÑAS, PELEAS, SALVO CUANDO SE TRATE DE MENORES DE (14) AÑOS
- 4.9. LA PARTICIPACION DEL ESTUDIANTE ASEGURADO EN ACTOS ILÍCITOS.
- 4.10. 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.
- 4.11. HECHOS DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE, FISIÓN, FUSIÓN NUCLEAR O RADIOACTIVIDAD.
- 4.12. ACTIVIDADES TERRORISTAS PRODUCIDAS POR MATERIAL NUCLEAR, BIOLÓGICO, QUÍMICO Y RADIATIVO.
- 4.13. LOS ACCIDENTES QUE OCURRAN CUANDO EL ESTUDIANTE ASEGURADO PARTICIPE EN COMPETENCIAS DE VELOCIDAD O HABILIDAD, O PRACTIQUE DEPORTES O ACTIVIDADES COMO LAS SIGUIENTES, PERO SIN LIMITARSE A ESTAS: ESPELEOLOGÍA, BUCEO, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, PARACAIDISMO, VUELO EN PLANEADORES, MOTOCICLISMO, RAFTING, PUENTING, BUNGEE JUMPING, CICLOMONTAÑISMO, RAPPEL, CANOTAJE, TORRENTISMO, CUALQUIER MODALIDAD DE ESQUÍ, PATINAJE SOBRE HIELO,

- HOCKEY, SURF, SNOWBOARD, MOTOCROSS, SKATEBOARD, KITESURF, ALA DELTA, CUATRICICLOS, MOTO NAUTICA, QINDSURF, PARKOUR Y LA PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL.
- 4.14. ENVENENAMIENTOS DE CUALQUIER ORIGEN O NATURALEZA NO ACCIDENTAL.
 - 4.15. LAS PERTURBACIONES MENTALES O PSIQUIATRICAS, SALVO QUE SURJAN COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO.
 - 4.16. ENFERMEDADES NO PREVISTAS EN EL AMPARO DE GASTOS MEDICOS POR ENFERMEDADES AMPARADAS, TALES COMO: HERNIAS DE CUALQUIER CLASE, EVENTRACIONES Y OCLUSIONES INTESTINALES, ROTURAS DE ANEURISMAS, LOS CALAMBRES, LOS ATAQUES CARDIACOS, DE APOPLEJÍA, SÍNCOPEs, CONVULSIONES, VÉRTIGOS, CRISIS EPILÉPTICAS, DESMAYOS, LIPOTIMIA, EPILEPTOIDES O SONAMBULISMO, O CUALQUIER ENFERMEDAD Y SUS ESTADOS PATOLÓGICOS, SEAN CUALES FUEREN SU NATURALEZA Y SUS CONSECUENCIAS.
 - 4.17. LOS GASTOS MÉDICOS EN QUE SE INCURRA PARA CUBRIR CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS CON FINES DE EMBELLECIMIENTO, PRÓTESIS DENTAL, CIRUGÍAS O TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS, REFRACCIONES VISUALES Y SUMINISTRO DE ANTEOJOS O LENTES DE CONTACTO, A NO SER QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR ESTA PÓLIZA.
 - 4.18. LOS GASTOS MÉDICOS OCASIONADOS POR UN ACCIDENTE DE TRÁNSITO CUBIERTOS POR EL SOAT Y EL FOSYGA HASTA EL VALOR ESTABLECIDO EN SALARIOS DIARIOS MÍNIMOS LEGALES VIGENTES.
 - 4.19. LOS ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL
 - 4.20. PROBLEMA DE SALUD PUBLICA, ENDEMIAS, EPIDEMIAS O PANDEMIA LOCALIZADA, REGIONAL O GLOBAL
 - 4.21. LAS AGRAVACIONES, RECAIDAS O REINCIDENCIAS DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES AL ACCIDENTE.
 - 4.22. VIRUS O BACTERIAS TRASMITIDOS POR PICADURA DE INSECTOS Y ENFERMEDADES O COMPLICACIONES DERIVADAS DE LOS MISMOS, SALVO QUE SE CONTRATE LA COBERTURA DE ENFERMEDADES TROPICALES.
 - 4.23. LAS LESIONES O ALTERACIONES DE FIBRAS MUSCULARES NO ASOCIADAS A TRAUMAS Y QUE SEAN DERIVADAS DE SOBRECARGA MUSCULAR LLAMADAS COMUNMENTE CONTRACTURAS, ESPASMOS, TIRONES Y/O CALAMBRES.

5. EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE GASTOS MEDICOS POR ENFERMEDADES AMPARADAS

- 5.1. LOS PACIENTES VIH POSITIVOS DE FASE INICIAL O CRONICA QUE DE ACUERDO CON LOS RESULTADO DE PRUEBAS DE LABORATORIO TALES COMO ELISA Y WESTERN BLOT, PRESENTEN LOS PADECIMIENTOS ANTES DEL INICIO DE LA POLIZA.
- 5.2. TODOS LOS TUMORES DE LA PIEL. SALVO SE TRATE DE MELANOMAS MALIGNOS Y CANCER IN SITU NO INVASIVO.

6. EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

- 6.1. ENFERMEDADES PREEXISTENTES A LA FECHA DE INICIO DE INGRESO A LA POLIZA.
- 6.2. ENFERMEDADES CONGENITAS ENTENDIDAS COMO AQUELLAS QUE SE MANIFIESTAN DESDE EL NACIMIENTO DEL ASEGURADO RESPECTIVO, YA SEA PRODUCIDAS POR UN TRANSTORNO OCURRIDO DURANTE EL DESARROLLO EMBRIONARIO, DURANTE EL PARTO, O COMO CONSECUENCIA DE UN DEFECTO HEREDITARIO.
- 6.3. DERIVADA DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL

7. EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFRMEDAD NO PREEXISTENTE

- 7.1. CUANDO EL EVENTO GENERADOR DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE HAYA SIDO PROVOCADO POR EL PROPIO ASEGURADO.

8. EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE GASTOS DE TRASLADO POR ACCIDENTE Y GASTOS DE TRASLADO POR EVENTOS NO ACCIDENTALES

- 8.1. LOS QUE SE GENEREN CON POSTERIORIDAD AL ACCIDENTE, COMO EL TRANSPORTE EN QUE SE INCURRA PARA CONTROLES MEDICOS, TERAPIAS, EXAMENES Y OTROS SERVICIOS.
- 8.2. LA MOVILIZACION QUE SE PUEDA GENERAR POR LA ATENCION MEDICA DERIVADA DE CUALQUIER ENFERMEDAD NO AMPARADA EN LA POLIZA
- 8.3. LOS TRATAMIENTOS MEDICOS NO AMPARADOS

9. EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE RENTA POR MATERNIDAD Y RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN DERIVADA DE COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

NO SE OTORGA COBERTURA CUANDO SE TRATE DE

- 9.1. ALQUILER DE VIENTRE
- 9.2. ADOPCION
- 9.3. LAS COMPLICACIONES POR LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO INDUCIDO Y LAS COMPLICACIONES COMO CONSECUENCIA DE ESTE.

10. DEDUCCIONES Y REGLAS PARA EL PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES

Los límites y sublímites de cobertura de los amparos que se contraten se sujetarán a las siguientes reglas especiales:

- a. En caso de que se haya contratado el amparo de inhabilitación, invalidez, desmembración o incapacidad total y permanente por accidente, cualquier pago por tal amparo se deduce del que pueda corresponder por el amparo básico. Por tanto, una vez pagado el equivalente al cien por ciento (100%) de la suma Asegurada, “**LA COMPAÑÍA**” estará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere a este seguro
- b. En caso de que se haya contratado el amparo de Gastos Médicos por enfermedades amparadas, cualquier indemnización por este concepto no es acumulable al amparo básico de muerte accidental y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicho amparo, éste pago será deducido del que pueda corresponder por el amparo básico.
- c. Si la póliza tiene el amparo de Gastos Médicos enfermedades amparadas, y el amparo de incapacidad total y permanente por enfermedad no preexistente, y en virtud de cualquiera de ellos “**LA COMPAÑÍA**” haya efectuado un pago. Dicho pago será deducido del que pueda corresponder por el otro amparo.
- d. En caso de que se hayan contratado los amparos de Gastos Médicos amparados y el amparo de inhabilitación, invalidez, desmembración o incapacidad total y permanente por accidente, y en virtud de cualquiera de ellos “**LA COMPAÑÍA**” haya efectuado un pago, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por el otro amparo.
- e. En caso de que se haya contratado el amparo de enfermedades Tropicales, cualquier indemnización por este concepto no es acumulable al amparo Gastos Médicos y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicho amparo, éste pago será deducido del que pueda corresponder por el amparo de Gastos Médicos.
- f. En caso de que se haya contratado el amparo de riesgo químico, cualquier indemnización por este concepto no es acumulable al amparo Gastos Médicos y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicho amparo, éste pago será deducido del que pueda corresponder por el amparo de Gastos Médicos.

CLÁUSULA SEGUNDA - DEFINICIONES:

1. GRUPO ASEGURABLE

Es el constituido por los estudiantes y/o estudiantes debidamente matriculados y reportados de un mismo establecimiento educativo incluidos en el seguro. El número mínimo de asegurados para esta póliza es de cincuenta (50) estudiantes. En caso de que “**LA COMPAÑÍA**” lo acepte expresamente, se podrá suscribir el seguro con un número menor de estudiantes, tomando como prima mínima el valor correspondiente al número mínimo de asegurados establecido.

2. GRUPO ASEGURADO.

Conjunto de miembros del grupo asegurable amparado por el presente seguro desde la fecha en que cumplan las condiciones de elegibilidad.

3. BENEFICIARIO:

El beneficiario de este seguro será el asegurado y/o los beneficiarios de ley. Es la persona que puede reclamar el pago del valor del seguro.

Para los efectos del amparo de gastos de carácter patrimonial previstos en el numeral 2 (AMPAROS OPCIONALES) de la cláusula primera (AMPAROS), el beneficiario será la persona que demuestre haber sufragado los gastos objeto de cobertura.

4. ACCIDENTE

Para los efectos de este amparo, se entiende por accidente todo suceso externo, violento, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del asegurado, que cause lesión o muerte.

EVENTOS QUE SE CONSIDERAN COMO ACCIDENTES, ENTRE OTROS:

- Las mordeduras y picaduras de animales.
- Insolación o Congelación involuntaria
- Los producidos en la práctica de deportes, competencias de velocidad, expediciones y exploraciones cuando estas no sean profesionales.
- Muerte o lesiones causadas al asegurado con ocasión del hurto o hurto calificado del cual haya sido víctima.
- Accidentes de tránsito como conductor o acompañante de cualquier vehículo salvo motocicletas.
- El ahogamiento.
- Accidentes en bicicletas como practica recreativa. No profesional
- Práctica de deportes en competencias programadas por la institución educativa.
- Intoxicación involuntaria
- Las lesiones que ocurra al asegurado durante el viaje como pasajero de una aeronave, al subir o bajar de la misma, sea ordinario, especial o contratado siempre que lo realice en compañía de transporte aérea colombiana, extranjera, con itinerarios debidamente publicados y autorizada para el transporte de pasajeros.
- Muerte o lesiones corporales causados con arma de fuego, cortante, punzante o contundente, explosivos, envenenamiento, homicidio y actos terroristas, siempre y cuando el asegurado no participe en estos.
- Los eventos accidentales que se presenten en las salidas pedagógicas que se encuentren autorizadas por la Institución Educativa.

5. ENFERMEDAD

Es la alteración del estado de salud del organismo humano, caracterizado por la manifestación de signos y síntomas claros que enmarcan un proceso patológico definido y clasificado científicamente y cuyo diagnóstico debe ser realizado por un médico.

6. TRATAMIENTO

Conjunto de medios terapéuticos por los cuales se cura o alivia una enfermedad o una lesión por accidente.

7. MÉDICO

Es entendido como la persona natural que, cumpliendo los requisitos legales, esté autorizada para el ejercicio de la profesión en el área clínica, quirúrgica o de apoyo diagnóstico o asistencial por la autoridad competente en Colombia.

8. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA:

Para efectos del Seguro de Accidentes Personales Escolares, se consideran actividades de la vida diaria:

- Bañarse o tomar una ducha
- Vestirse y desvestirse
- Higiene Personal
- Capacidad de usar el sanitario
- Continencia (Control sobre esfínteres)
- Capacidad de Alimentarse por sí mismo
- Levantarse de la cama
- Movilidad (capacidad de desplazarse en un mismo nivel)
- Comer/beber (capacidad de alimentarse por sí mismo, pero no preparar la comida)

9. ABUSO SEXUAL

Se habla de abuso cuando el victimario induce a la víctima hacia conductas sexuales simples o complejas, sin que la persona tenga posibilidad de negarse, ya sea debido a una manipulación psicológica o a una imposibilidad mental. Lo anterior, debidamente probado o habiéndose iniciado un proceso penal, disciplinario o académico de investigación del caso concreto ante autoridad judicial, administrativa, medicina legal o autoridad competente.

10. HOSPITALIZACIÓN

Se entiende por Hospitalización cualquier estadía en una Institución Hospitalaria que supere una permanencia continua de por las menos 24 horas, en la cual el Asegurado se encuentre registrado como paciente, por indicación y bajo tratamiento médico.

11. INSTITUCIÓN HOSPITALARIA

El término Institución Hospitalaria significa cualquier establecimiento que reúna las condiciones exigidas para atender enfermos, y que esté legalmente registrado y autorizado para prestar los servicios que le son propios De este concepto de hospital se excluyen:

- a. Clínicas para el tratamiento de enfermedades mentales, o cuyo principal objetivo sea el tratamiento de enfermedades psiquiátricas. Así mismo, se excluyen los tratamientos en los departamentos psiquiátricos de los hospitales.
- b. Casas para ancianos, casas de descanso, centro para el tratamiento de drogadictos y/o alcohólicos.
- c. Casas para tratamientos terminales u otros tratamientos naturales, casas de cuidados con personal paramédico, centros de convalecencia y centros de rehabilitación o similares.

12. PREEXISTENCIA

Se entiende por condición médica preexistente, cualquier enfermedad que se haya contraído, diagnosticado o por la cual el Asegurado haya recibido tratamiento, con anterioridad al inicio de

vigencia del presente amparo. También se considera condición médica preexistente, las lesiones o secuelas debidas a accidentes ocurridos antes del inicio de vigencia de este amparo.

13. U.C.I. (Unidad de Cuidado Intensivo)

Es un servicio para la atención de pacientes, adultos o niños, críticamente enfermos, recuperables, con disponibilidad permanente de personal médico especializado en cuidados intensivos, medicina interna y cardiología; personal paramédico con adiestramiento en cuidados intensivos; equipos de ayuda diagnóstica y de complementación terapéutica: electrocardiografía, monitoria cardioscópica y de presión arterial, respiradores de presión y de volumen, gasometría, oximetría, estimulación eléctrica, intra cardíaca (marcapasos temporales y definitivos) y equipos de desfibrilación nebulizadores y otros.

14. DÍA

Es el espacio de tiempo de veinticuatro (24) horas continuas de reclusión del Asegurado en una Institución Hospitalaria.

15. FRACTURA DE HUESO

Se entiende por la discontinuidad en los huesos a consecuencia de golpes, fuerzas o intensidades que superen la elasticidad del hueso.

16. AGENTE QUÍMICO

Cualquier elemento o compuesto químico, por si solo o mezclado, tal como se presenta en estado natural o es producido, utilizado o vertido, que se haya elaborado o no de forma intencional y tenga o no comercialización.

17. RIESGO BIOLÓGICO

Se define como la posibilidad de que ocurra un evento perjudicial para la salud del estudiante asegurado con cualquier microorganismo (bacteria, virus, hongos etc., con inclusión de los genéticamente modificados) sus productos o derivados, cultivos celulares o endoparásitos y cualquier otro tipo de origen biológico, capaz de producir cualquier tipo de infección, alergia o toxicidad en humanos.

18. AGENTE BIOLÓGICO

Corresponde a los microorganismos (bacterias, virus, hongos etc.), capaces de originar cualquier tipo de infección, alergia o toxicidad en un organismo que se ha expuesto a ellos.

19. INSTITUCIÓN EDUCATIVA

Es toda institución debidamente autorizada por el Ministerio de Educación o quien haga sus veces, que imparta educación o enseñanza.

20. PERIODO EDUCATIVO

Es el período del año en que los estudiantes van a sus centros de enseñanza; estos periodos pueden ser semestrales, trimestrales, anuales entre otros y dependen de la institución.

3. CLÁUSULA TERCERA - RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DEL VALOR ASEGURADO

En el evento de haber efectuado los pagos de prima correspondientes al amparo de atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria, y una vez agotado el límite del valor asegurado contratado según lo establecido en la carátula de la póliza, los valores asegurados se restablecerán automáticamente por una (1) sola vez

4. CLÁUSULA CUARTA - VIGENCIA DEL SEGURO O PERIODO DEL SEGURO

La vigencia del presente seguro corresponde al lapso comprendido entre las horas y fechas de inicio y finalización de este, conforme sea consignado en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares. A su vencimiento, este seguro no se prorrogará automáticamente, por tanto, expresamente se pacta que, al vencimiento de este, sólo se renovará si media previo acuerdo expreso de las partes, con indicación de los términos, condiciones y/o límites aplicables para el nuevo periodo. La protección que brinda este seguro se extiende durante las 24 horas del día, a partir de la fecha y hora en que la presente póliza haya entrado en vigor. Siempre que el asegurado se encuentre en jornada escolar

5. CLÁUSULA QUINTA. - EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

| AMPARO | Edad Mínima (Años) | Edad Máxima (Años) | Permanencia (Años) |
|-----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| MUERTE ACCIDENTAL (BASICO) | 1 | 65 | 69 |
| AMPAROS OPCIONALES | 1 | 60 | 69 |

NOTA: Únicamente en casos particulares, cuándo la Alta Gerencia así lo autorice por escrito, la edad de permanencia alcanzará hasta los 100 años, de acuerdo con la Nota Técnica del presente producto.

LOS SIGUIENTES AMPAROS OPERARÁN ASÍ:

AUXILIO POR DESEMPLEO DE LOS PADRES

Edad de Ingreso de los padres y/o progenitores es de 14 Años y Permanencia de 65 Años.

AMPARO DE RENTA MENSUAL POR MUERTE ACCIDENTAL DEL CÓNYUGE DEL ESTUDIANTE ASEGURADO

Edad de Ingreso del cónyuge / compañero (a) permanente civilmente probado es de 18 Años y Permanencia 65 Años

AUXILIO POR FALLECIMIENTO DEL PERSONAL DOCENTE Y ADMINISTRATIVO, AUXILIO POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE PERSONAL DOCENTE Y ADMINISTRATIVO, GASTOS FUNERARIOS DOCENTES Y PERSONAL ADMINISTRATIVO

Edad de Ingreso Mínima 18 años y Máxima 59 años, Permanencia 65 años.

Este amparo, está limitado a 3 o 20 eventos por vigencia por Tomador de la póliza. No aplica lo descrito en las consideraciones preliminares.

6. CLÁUSULA SEXTA - LÍMITE DE RESPONSABILIDAD Y SUMA ASEGURADA

La suma asegurada para cada asegurado corresponde al valor indicado para cada uno de los amparos en la carátula y/o sus condiciones particulares para los amparos que tengan carácter indemnizatorio, conforme con lo señalado en el artículo 1141 del Código de Comercio, se entenderá límite indemnizatorio.

“**LA COMPAÑÍA**” no será responsable en ningún caso por suma alguna en exceso del límite agregado de responsabilidad estipulado en la carátula de la presente póliza. Si la totalidad de las sumas que individualmente tendría que pagar “**LA COMPAÑÍA**” a consecuencia de un solo accidente, excediera del expresado límite agregado de responsabilidad, “**LA COMPAÑÍA**” pagará a cada asegurado que hubiere sido afectado por tal accidente, la suma que proporcionalmente le corresponda con relación al límite agregado de responsabilidad.

7. CLÁUSULA SÉPTIMA - INGRESO Y RETIRO DE ASEGURADOS

EL tomador deberá avisar por escrito a “**LA COMPAÑÍA**” de cualquier cambio que se registre por razón de ingresos y retiros de asegurados en un término no mayor a treinta (30) días. “**LA COMPAÑÍA**” se reserva el derecho de admitir o rechazar el ingreso de nuevos asegurados a la póliza. Queda entendido y convenido que “**LA COMPAÑÍA**” no asume responsabilidad alguna por evento o accidente ocurrido antes de haber aceptado el ingreso del respectivo asegurado a la póliza.

8. CLÁUSULA OCTAVA - DECLARACIONES INEXACTAS O RETICENTES

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por “**LA COMPAÑÍA**”. La reticencia o 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. Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si, el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero “**LA COMPAÑÍA**” sólo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 del Código de Comercio

Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si “**LA COMPAÑÍA**”, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente. Se pone de presente, que el tomador – asegurado podrá entregar a “**LA COMPAÑÍA**” toda la información y documentación que considere necesaria para poder evaluar el estado del riesgo, tales como, historia clínica, entre otros.

9. CLÁUSULA NOVENA - MODIFICACIÓN MATERIAL DEL RIESGO

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1060 del Código de Comercio, el asegurado o tomador, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, uno u otro deberán notificar por escrito **“LA COMPAÑÍA”** los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que, conforme al criterio consignado en el inciso 1º del artículo 1058 del Código de Comercio, signifiquen agravación del riesgo o variación de su identidad local. La notificación se hará con antelación no menor de diez (10) días a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del asegurado o del tomador. Si le es extraña, dentro de los diez (10) días siguientes a aquel en que tengan conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta (30) días desde el momento de la modificación. Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior, **“LA COMPAÑÍA”** podrá revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima. La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato, pero sólo la mala fe del asegurado o del tomador dará derecho a **“LA COMPAÑÍA”** para retener la prima no devengada. Así mismo, el tomador o los asegurados podrán, durante la vigencia del seguro notificar todas las circunstancias que disminuyan el riesgo, debiendo por tanto **“LA COMPAÑÍA”**, en los términos del artículo 1065 del Código de Comercio, reducir la prima estipulada según la tarifa correspondiente por el tiempo no corrido del seguro.

PARÁGRAFO: Para los efectos de la presente cláusula se entiende como modificación material del riesgo el cambio de ocupación de la persona asegurada.

10. CLÁUSULA DÉCIMA - PAGO DE LA PRIMA Y MORA

De acuerdo con el artículo 1066 del Código de Comercio el tomador del seguro está obligado al pago de la prima. Salvo disposición legal o contractual, deberá hacerlo a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza. La mora en el pago de la prima produce la terminación automática del seguro de acuerdo con lo previsto por el artículo 1068 del Código de Comercio.

Las primas son anuales, pero pueden ser pagadas en fracciones semestrales, trimestrales o mensuales, mediante la aplicación de los recargos correspondientes.

11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA - INAPLICACIÓN DE SANCIONES TRATÁNDOSE DE UN SEGURO COLECTIVO.

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1064 del Código de Comercio, si por ser colectivo, el seguro versa sobre un conjunto de personas o intereses debidamente identificados, el contrato subsistirá con todos sus efectos, con respecto a aquellas personas que fueran extrañas a las infracciones indicadas en las cláusulas octava: Declaraciones inexactas o reticentes y cláusula novena: Modificación Material del Riesgo. Sin perjuicio de lo anterior, si entre las personas aseguradas, existe una comunidad tal, que permita considerarlas como un solo riesgo, a la luz de la técnica aseguradora, las sanciones de que tratan los artículos 1058 y 1060 del Código de Comercio, inciden sobre todo el contrato.

12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

“LA COMPAÑÍA” pagará al asegurado o al beneficiario cualquier monto debido bajo esta póliza dentro del mes siguiente a que se haya acreditado la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, en un todo, de acuerdo con lo previsto por los artículos 1077 y 1080 del Código de Comercio. Para obtener el pago de los valores del seguro estipulados en la presente póliza,

el Beneficiario deberá presentar la reclamación, acompañada de las pruebas que acrediten la ocurrencia del siniestro y la calidad de beneficiario. **“LA COMPAÑÍA”** podrá hacer examinar médicamente al asegurado bajo su costo cuando lo estime conveniente, sin que ello lo releve del cumplimiento de sus deberes y obligaciones de acuerdo con la Ley.

13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA - REVOCACIÓN DEL CONTRATO

Este seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por **“LA COMPAÑÍA”**, mediante noticia escrita al asegurado, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha del envío; por el tomador - asegurado, en cualquier momento, mediante aviso escrito remitido a **“LA COMPAÑÍA”**. En el primer caso, la revocación da derecho al asegurado a recuperar la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efectos la revocación y la de vencimiento del contrato. La devolución se computará de igual modo, si la revocación resulta del mutuo acuerdo de las partes. En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

14. CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA - EXPIRACIÓN Y/O EXTINCIÓN DEL AMPARO

Sin perjuicio de lo previsto en la cláusula Décima Sexta (Deducciones y reglas para el pago de las indemnizaciones) los amparos concedidos a cualquier asegurado por la presente póliza y sus anexos terminan por las siguientes causas:

- A. En la fecha en que termine la vigencia señalada en la póliza.
- B. Cuando el asegurado deje de pertenecer a la entidad tomadora por cualquier causa.
- C. Por falta de pago de la prima individual.
- D. Cuando el tomador o el asegurado, por escrito solicite la exclusión del asegurado.
- E. A la finalización de la vigencia de la póliza en curso.
- F. Al momento en que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia estipulada en las condiciones particulares.
- G. Tratándose de amparos opcionales, una vez se haya pagado el límite asegurado en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares.

15. CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - OBLIGACIONES EN CASO DE SINIESTRO

En caso de siniestro que pudiera dar lugar a una afectación de esta póliza, el tomador, el asegurado y/o el beneficiario, según corresponda, estarán obligados a cumplir con las siguientes obligaciones: De acuerdo con lo previsto en artículo 1075 del Código de Comercio deberá darse aviso de siniestro dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a que se conoció o debió conocer. Para los amparos de carácter indemnizatorio, se debe declarar la existencia de seguros coexistentes. El incumplimiento de obligación prevista en los párrafos anteriores legitimará a **“LA COMPAÑÍA”**, de acuerdo con lo previsto por el artículo 1078 del Código de Comercio para deducir del monto de la indemnización el valor de los perjuicios que dicho incumplimiento le hubiere causado. El incumplimiento malicioso de la obligación de declarar seguros coexistentes para los amparos de carácter indemnizatorio conllevará la pérdida del derecho a ser indemnizado conforme lo preceptuado en el artículo 1076 del Código de Comercio.

16. CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DEDUCCIONES Y REGLAS PARA EL PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES

En adición a lo previsto en la Cláusula sexta de esta póliza, los límites y sublímites de cobertura de los amparos que se contraten se sujetarán a las siguientes reglas especiales:

- a. En caso de que se haya contratado el amparo de inhabilitación, invalidez, desmembración o incapacidad total y permanente por accidente previsto en el numeral 2 (Amparos Adicionales) de la cláusula primera (Amparos) cualquier pago por tal amparo se deduce del que pueda corresponder por el amparo básico. Por tanto, una vez pagado el equivalente al cien por ciento (100%) de la suma Asegurada, **“LA COMPAÑÍA”** estará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere a este seguro
- b. En caso de que se haya contratado el amparo de enfermedades amparadas previstas en el numeral 2 (Amparos Adicionales) de la cláusula primera (Amparos), cualquier indemnización por este concepto no es acumulable al amparo básico de muerte accidental y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicho amparo, éste pago será deducido del que pueda corresponder por el amparo básico.
- c. Si la póliza tiene el amparo de enfermedades amparadas previsto en el numeral 2 (Amparos Adicionales) de la cláusula primera (Amparos) e incapacidad total y permanente por enfermedad no preexistente previsto en el numeral 2 (Amparos Adicionales) de la cláusula primera (Amparos), y en virtud de cualquiera de ellos **“LA COMPAÑÍA”** ha efectuado un pago. Dicho pago será deducido del que pueda corresponder por el otro amparo.
- d. En caso de que se hayan contratado los amparos de enfermedades amparadas previsto en el 2 (Amparos Adicionales) de la cláusula primera (Amparos) e inhabilitación, invalidez, desmembración o incapacidad total y permanente por accidente previsto en el numeral 2 (Amparos Adicionales) de la cláusula primera (Amparos), y en virtud de cualquiera de ellos **“LA COMPAÑÍA”** ha efectuado un pago, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por el otro amparo.
- e. En caso de que se haya contratado el amparo de Gastos Médicos por enfermedades Tropicales Infecciosas previstas en el numeral 2 (Amparos Adicionales) de la cláusula primera (Amparos), cualquier indemnización por este concepto no es acumulable al amparo Gastos Médicos por Accidente y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicho amparo, éste pago será deducido del que pueda corresponder por el amparo de Gastos Médicos.
- f. En caso de que se haya contratado el amparo de Gasto Medico por riesgo químico previstas en el numeral 2 (Amparos Adicionales) de la cláusula primera (Amparos), cualquier indemnización por este concepto no es acumulable al amparo Gastos Médicos por Accidente y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicho amparo, éste pago será deducido del que pueda corresponder por el amparo de Gastos Médicos por Accidente.

17. CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA - PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El asegurado o el beneficiario quedarán privados de todo derecho procedente de la presente póliza, en los siguientes casos:

- a. Cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta; si en apoyo de ella, se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o si se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos.
- b. Cuando al dar noticia del siniestro omiten maliciosamente informar de los seguros coexistentes respecto de los amparos de carácter indemnizatorio sobre los mismos bienes e intereses asegurados.
- c. No tendrá derecho a reclamar la suma asegurada el beneficiario que, como autor o como cómplice, haya causado intencional e injustificadamente la muerte del asegurado o atentado gravemente contra su vida.

18. CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA - PRESCRIPCIÓN

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1081 del Código de Comercio, la prescripción de las acciones derivadas de este contrato y de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria. La prescripción ordinaria será de dos (2) años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimientos del hecho que da base a la acción. La extraordinaria será de cinco (5) años correrá contra toda clase de persona y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

19. CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA - DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad que figure como de expedición en la carátula de la póliza.

20. CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA - LEY Y JURISDICCIÓN APLICABLE

Todos los términos y condiciones incluyendo cualquier cuestión relacionada con la celebración, validez, interpretación, desarrollo y aplicación de este seguro se rige por las leyes de la República de Colombia conforme lo dispone el artículo 869 del Código de Comercio. Adicionalmente, cualquier desacuerdo entre el asegurado y "LA COMPAÑIA" con respecto a cualquier aspecto de este contrato se someterá a los tribunales de la República de Colombia, ante justicia ordinaria o ante la arbitral, si se pacta cláusula compromisoria en las condiciones particulares de esta póliza o se llegue a celebrar un compromiso de acuerdo con la ley.

21. CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - MODIFICACIONES A ESTE CONTRATO

Cualquier modificación, acuerdo adicional, cambio o adición que se hagan a esta póliza, sólo tendrá valor probatorio cuando consten por escrito, con aceptación expresa de las partes.

22. CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA: OBLIGACIONES EN MATERIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAVADO DE ACTIVOS Y/O FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO

El tomador y/o asegurado se compromete a diligenciar íntegra y simultáneamente a la celebración contrato de seguro, el formulario de vinculación o conocimiento de clientes que le será entregado por "LA COMPAÑIA" y, que resulta de obligatorio cumplimiento para satisfacer los requerimientos del Sistema de Administración de Riesgos de lavado de activos y la financiación del terrorismo SARLAFT. Si alguno de los datos contenidos en el citado formulario sufre modificación en lo que respecta al tomador/ asegurado, durante la vigencia del seguro, este deberá informar tal circunstancia a "LA COMPAÑIA", para lo cual diligenciará

nuevamente el respectivo formato. Es requisito para la renovación del seguro que, el tomador y/o asegurado diligencien nuevamente el formulario de vinculación o de conocimiento del cliente. Parágrafo: Cuando el beneficiario del seguro sea una persona diferente al tomador y/o asegurado, la información relativa al beneficiario deberá ser diligenciada por éste al momento de la presentación de la reclamación, conforme al formulario que “**LA COMPAÑIA**” suministrará para tal efecto.