

COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA EN GRUPO

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, Y A LAS SOLICITUDES INDIVIDUALES DE LOS ASEGURADOS, LAS CUALES SE INCORPORAN AL PRESENTE CONTRATO PARA TODOS SUS EFECTOS, SE OBLIGA A PAGAR AL ASEGURADO O (LOS) BENEFICIARIO (S) LAS INDEMNIZACIONES DE LOS AMPAROS EXPRESAMENTE CONTRATADOS, CON BASE EN LOS VALORES ASEGURADOS PACTADOS E INDICADOS EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA, Y A LAS DEFINICIONES DE COBERTURA CONTENIDAS EN LAS PRESENTES CONDICIONES GENERALES.

ASÍ MISMO, FORMAN PARTE DEL CONTRATO, LOS ANEXOS, LAS DECLARACIONES DE ASEGURABILIDAD DE LOS ASEGURADOS, LOS CERTIFICADOS MÉDICOS, LOS PARÁMETROS TÉCNICOS FIJADOS POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA, LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES Y CUALQUIER OTRO DOCUMENTO ESCRITO Y ACEPTADO POR LAS PARTES, QUE GUARDE RELACIÓN CON EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.

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.

CLAUSULA PRIMERA. AMPAROS. COBERTURAS Y EXCLUSIONES

1. AMPARO BÁSICO

MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

1.1. COBERTURA.

EL PRESENTE ES UN SEGURO DE VIDA GRUPO QUE TIENE POR OBJETO AMPARAR CONTRA EL RIESGO DE MUERTE QUE OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, POR CUALQUIER CAUSA NATURAL NO PREEXISTENTE, NI EXCLUIDA, O PREEXISTENTE DECLARADA Y ACEPTADA POR LA COMPAÑÍA.

SE INCLUYE EL HOMICIDIO, SUICIDIO A PARTIR DEL SEXTO (6) MES DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DE CADA MIEMBRO DEL GRUPO ASEGURABLE.

LA SUMA ASEGURADA O LA COMPENSACIÓN POR MUERTE SE DETERMINARÁ DE ACUERDO CON LA FORMA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

PARÁGRAFO.

LA MUERTE PRESUNTA POR DESAPARECIMIENTO SE PAGARÁ PREVIA PRESENTACIÓN DE LA SENTENCIA DEBIDAMENTE EJECUTORIADA MEDIANTE LA CUAL EL JUEZ HAYA DECLARADO LA MUERTE PRESUNTA DEL ASEGURADO.

1.2. EXCLUSIONES DEL AMPARO BÁSICO

NO ESTARÁ CUBIERTA, SALVO ESTIPULACIÓN EXPRESA EN CONTRARIO, LA MUERTE QUE SUFRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

- 1.2.1. EVENTOS ACCIDENTALES CAUSADOS DIRECTAMENTE POR GUERRA INTERIOR O EXTERIOR, INVASIÓN, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, SEDICIÓN, ASONADA O ACTOS VIOLENTOS MOTIVADOS POR CONMOCIÓN CIVIL O POR APLICACIÓN DE LA LEY MARCIAL, REBELIÓN, INSURRECCIÓN, PODER MILITAR USURPADO, MOTÍN. NO ESTÁN EXCLUIDOS LOS EVENTOS ACCIDENTALES CAUSADOS, DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR TERRORISMO.
- 1.2.2. EVENTOS OCURRIDOS A CONSECUENCIA DE FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, RADIOACTIVIDAD O EL USO DE ARMAS ATÓMICAS, BACTERIOLÓGICAS O QUÍMICAS.
- 1.2.3. CUALQUIER PATOLOGÍA, ENFERMEDAD FÍSICA O MENTAL, CONGÉNITA O ADQUIRIDA, O CUALQUIER CAUSA PREEXISTENTE, QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA, O CONOCIDA POR EL ASEGURADO, O POR LA CUAL SE HAYA RECIBIDO TRATAMIENTO, O QUE POR SUS SÍNTOMAS O SIGNOS NO PUDIESE PASAR DESAPERCIBIDA, Y NO HAYA SIDO DECLARADA POR EL ASEGURADO CON ANTERIORIDAD A LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO Y/O DE LOS AMPAROS ADICIONALES.
- 1.2.4. REALIZAR ACTIVIDADES ILÍCITAS.

NO OBSTANTE, EN TODOS LOS CASOS SE APLICARÁN LOS TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 1058 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

2. AMPAROS ADICIONALES

A SOLICITUD DEL TOMADOR ESTA PÓLIZA INCLUYE, ADEMÁS, LOS SIGUIENTES AMPAROS ADICIONALES, CUANDO ASÍ SE INDIQUE EN EL CUADRO DE AMPAROS OTORGADOS EN LA CARÁTULA, DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ESTIPULADAS PARA CADA AMPARO.

2.1. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

2.1.1. COBERTURA

“**LA COMPAÑÍA**”, MEDIANTE EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL Y PREVIO EL PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE, ASUME EL RIESGO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, QUE SEA SUFRIDA POR EL ASEGURADO POR CUALQUIER CAUSA, DE CUALQUIER ORIGEN, QUE GENERE LESIONES FÍSICAS, ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES NO PREEXISTENTES Y NO PROVOCADAS INTENCIONALMENTE POR ÉSTE, QUE PRODUZCAN LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, QUE AL SER CALIFICADA DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS EN EL MANUAL ÚNICO DE QUE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ

(DECRETO 1507 DE 2014, O AQUEL VIGENTE AL MOMENTO DE LA CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ) SEA IGUAL O SUPERIOR AL 50%, SIEMPRE Y CUANDO EL EVENTO GENERADOR Y LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA MISMA SE PRODUZCAN DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. SE PAGARÁ POR ARL Y TAMBIÉN POR ESTE AMPARO ADICIONAL.

EN TAL CASO SE INDEMNIZARÁ AL PROPIO ASEGURADO POR LA SUMA ASEGURADA ESTIPULADA EN EL CUADRO DE AMPAROS DESCRITOS EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA.

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE COBERTURA, SE TENDRÁN EN CUENTA ÚNICAMENTE LAS NORMAS EMITIDAS EN MATERIA DE RÉGIMEN EN SEGURIDAD SOCIAL COLOMBIANA VIGENTE AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA RESPECTIVA RECLAMACIÓN (FONDO DE PENSIONES, ARL, JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ SIN QUE SEA POSIBLE LA APLICACIÓN DE LOS MANUALES DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ APLICABLES A LOS RÉGIMENES ESPECIALES O EXCEPTUADOS DE LA LEY 100 DE 1993.

SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SE CONSIDERA

EVENTO	% del Valor Asegurado a Indemnizar
Pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%	100%
Pérdida total e irrecuperable de la visión en ambos ojos no preexistente	
Amputación traumática o quirúrgica de ambas manos a nivel de la articulación radio carpiana o por encima de ella.	
La amputación traumática o quirúrgica de ambos pies, a nivel de la articulación tibiotarsiana o por encima de ella.	
La amputación traumática o quirúrgica de toda una mano y de todo un pie, a nivel de las articulaciones tibiotarsiana o por encima de ella.	60% (Operará como un anticipo del amparo básico)

2.1.2. BENEFICIOS POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

LOS BENEFICIOS CONTEMPLADOS EN EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, SE OTORGARÁN BAJO LA CONDICIÓN QUE EL EVENTO GENERADOR Y LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE MANIFIESTEN CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA BAJO ESTE SEGURO Y HASTA QUE FINALICE LA MISMA, TODO LO ANTERIOR ANTES DE LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO CUMPLA LA EDAD EXPRESADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.

2.1.3. LÍMITE DE VALOR ASEGURADO

EL VALOR ASEGURADO DE ESTE AMPARO ADICIONAL NO PODRÁ SER SUPERIOR AL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA.

2.1.4. EXCLUSIONES DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

- 2.1.4.1. CUANDO EL EVENTO GENERADOR DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE HAYA PRODUCIDO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INCLUSIÓN DEL ASEGURADO EN EL PRESENTE ANEXO.
- 2.1.4.2. CUANDO LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE HAYA PRODUCIDO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INCLUSIÓN DEL ASEGURADO EN EL PRESENTE ANEXO.
- 2.1.4.3. CUANDO EL EVENTO GENERADOR DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE HAYA SIDO PROVOCADO POR EL ASEGURADO.
- 2.1.4.4. SE EXCLUYEN LAS INCAPACIDADES RELACIONADAS CON ALTERACIONES MOTORAS SECUNDARIAS A ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS Y LAS DERIVADAS POR TRASTORNOS MENTALES (PSIQUIÁTRICOS).
- 2.1.4.5. TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA A SI MISMO YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- 2.1.4.6. GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, MOTÍN, HUELGA, MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS, EN GENERAL CONMOCIONES CIVILES DE CUALQUIER CLASE Y ACTOS TERRORISTAS.
- 2.1.4.7. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN AVIACIÓN, SALVO QUE VUELE COMO PASAJERO EN UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS.
- 2.1.4.8. LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR VIOLACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO DE CUALQUIER NORMA LEGAL DE CARÁCTER PENAL O DE TRÁNSITO.
- 2.1.4.9. ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DROGAS TÓXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS Y SIEMPRE QUE DICHA CIRCUNSTANCIA SEA LA CONSECUENCIA DIRECTA DE LA REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO.
- 2.1.4.10. PRÁCTICA Y/O PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO A NIVEL PROFESIONAL EN COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO, PERO SIN LIMITARSE A ELLAS, TALES COMO, PERO SIN LIMITARSE A ELLAS: AUTOCROSS, CICLISMO, EQUITACIÓN, AUTOMOVILISMO, BOXEO, BUZO, KARTING, MOTOCROSS, MOTOCICLISMO, MOTONÁUTICA, PARACAIDISMO, PARAPENTISMO, COMETA, BUNGEE JUMPING, PLANEADOR, VUELO DELTA.
- 2.1.4.11. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN CUALQUIER CLASE DE RIÑA.
- 2.1.4.12. ENCONTRARSE EN EJERCICIO DE FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO, DE SEGURIDAD VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA.

2.1.5. DEDUCCIONES

UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, “**LA COMPAÑÍA**”, QUEDARÁ LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD EN LO QUE REFIERE AL AMPARO BÁSICO DEL ASEGURADO INCAPACITADO.

SI LA PÓLIZA EN LA CUAL SE INCLUYE ESTA COBERTURA, CONTIENE ADEMÁS LA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y LA COBERTURA DE DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN, Y EN VIRTUD DE ÉL Y COMO CONSECUENCIA DEL MISMO ACCIDENTE, “**LA COMPAÑÍA**” HA EFECTUADO ALGÚN PAGO, DICHO

PAGO SERÁ DEDUCIDO DEL QUE PUEDA CORRESPONDER POR EL PRESENTE AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

2.2. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL

2.2.1. COBERTURA

SI A CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE AMPARADO Y DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y DENTRO DE LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE ESTE, EL ASEGURADO FALLECE, “**LA COMPAÑÍA**”, INDEMNIZARÁ A LOS BENEFICIARIOS LA SUMA ASEGURADA OTORGADA EN EL AMPARO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA O LA EXPRESADA EN LA CARATULA DE LA POLIZA.

2.2.2. BENEFICIOS POR INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL

LOS BENEFICIOS CONTEMPLADOS EN EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, SE OTORGARÁN BAJO LA CONDICIÓN QUE EL EVENTO GENERADOR SEA UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA.

2.2.3. LÍMITE DE VALOR ASEGURADO

EL VALOR ASEGURADO DE ESTE AMPARO ADICIONAL NO PODRÁ SER SUPERIOR AL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE.

2.2.4. EXCLUSIONES DEL AMPARO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL.

NO ESTARÁ CUBIERTA, SALVO ESTIPULACIÓN EXPRESA EN CONTRARIO, LA MUERTE ACCIDENTAL QUE SUFRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

- 2.2.4.1.** SUICIDIO O INTENTO DEL MISMO, SEA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES, O EN ESTADO DE DISCAPACIDAD MENTAL.
- 2.2.4.2.** LESIONES CAUSADAS VOLUNTARIAMENTE A SÍ MISMO POR EL ASEGURADO.
- 2.2.4.3.** LESIONES CAUSADAS AL ASEGURADO INTENCIONALMENTE POR TERCERAS PERSONAS.
- 2.2.4.4.** CUANDO LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO SEA, PORQUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE DROGAS TÓXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS O DE FÁRMACOS NO PRESCRITOS MÉDICAMENTE.
- 2.2.4.5.** LESIONES CAUSADAS INTENCIONALMENTE POR OTRA PERSONA, CON ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE. NO OBSTANTE, SE CUBRE LA MUERTE ACCIDENTAL ORIGINADA POR LAS LESIONES PRODUCIDAS COMO CONSECUENCIA DEL ATRACO.
- 2.2.4.6.** HOMICIDIO, SECUESTRO SIMPLE O EXTORSIVO DEL ASEGURADO O HURTO CALIFICADO, Y SUS TENTATIVAS.
- 2.2.4.7.** ENFERMEDADES FÍSICAS O PSÍQUICAS Y LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS QUE NO SEAN NECESARIOS DEBIDO A ACCIDENTES AMPARADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA, ASÍ COMO LAS INFECCIONES

- BACTERIANAS (SALVO INFECCIONES PROGENICAS QUE ACONTEZCAN COMO CONSECUENCIA DE UNA HERIDA ACCIDENTAL)
- 2.2.4.8.** DEFECTOS FÍSICOS O MENTALES Y LAS ENFERMEDADES RECURRENTES DE LAS CUALES EL ASEGURADO ERA CONSCIENTE EN LA FECHA EN QUE FUE SOLICITADA LA PÓLIZA Y QUE NO HAYAN SIDO DECLARADAS POR EL ASEGURADO Y ACEPTADAS EXPRESAMENTE POR **“LA COMPAÑÍA”**
- 2.2.4.9.** PARTICIPACIÓN EN CACERÍA, COMPETENCIAS DE CUALQUIER GÉNERO, CARRERAS DE OBSTÁCULOS, POLO, EQUITACIÓN, HOCKEY, PESCA SUBMARINA, PESCA EN ALTAMAR, FUTBOL, BALONCESTO, NAVEGACIÓN EN BARCO DE VELA, REMO MOTOR, O COMO CONSECUENCIA DEL USO DE MAQUINARIA AUTOMÁTICA DE CARPINTERÍA.
- 2.2.4.10.** GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES Y OPERACIONES DE GUERRA (HAYA SIDO DECLARADA O NO), GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, ASONADA, TERRORISMO, SUBVERSIÓN, O ACTOS DELICTIVOS EN QUE EL ASEGURADO PARTICIPE DIRECTAMENTE.
- 2.2.4.11.** ATAQUES CARDIACOS O EPILÉPTICOS, SINCOPEs, ROTURA DE ANEURISMAS.
- 2.2.4.12.** CONSECUENCIA DE EMBARAZO, ABORTO, ALUMBRAMIENTO.
- 2.2.4.13.** PARTICIPAR COMO MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN DE CUALQUIER AERONAVE O HELICÓPTERO.
- 2.2.4.14.** VIAJAR COMO PASAJERO EN CUALQUIER AERONAVE NO AUTORIZADA OFICIALMENTE PARA OPERAR, O CUANDO EL PILOTO O SU TRIPULACIÓN CAREZCAN DE LA LICENCIA RESPECTIVA, O CUANDO UNO U OTRO REALICEN VUELOS ILÍCITOS.
- 2.2.4.15.** LA ENERGÍA ATÓMICA Y/O NUCLEAR, INSOLACIONES O CONGELACIONES, INDEPENDIENTEMENTE DE CÓMO SE HUBIEREN ORIGINADO.
- 2.2.4.16.** MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE SIRVIENDO EN LABORES MILITARES DE LAS FUERZAS ARMADAS O DE POLICÍA DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD NACIONAL O INTERNACIONAL.
- 2.2.4.17.** ACCIDENTES DE TRABAJO.

2.3. BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN E INHABILITACIÓN ACCIDENTAL

2.3.1. COBERTURA

SI A CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE AMPARADO, OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y DENTRO DE LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DEL MISMO, EL ASEGURADO SUFRE ALGUNA DESMEMBRACIÓN E INHABILITACIÓN DE LAS PERDIDAS INDICADAS EN LA TABLA DE INDEMNIZACIONES DESCRITA MÁS ADELANTE, EVIDENCIADA POR UNA HERIDA O LESIÓN INTERNA O EXTERNA DE SU CUERPO, REVELADAS Y DIAGNOSTICADAS POR CUALQUIER PROCEDIMIENTO CLÍNICO O MÉDICO RECONOCIDO; **“LA COMPAÑÍA”**, PAGARÁ EL PORCENTAJE CORRESPONDIENTE, SIN EXCEDER LA SUMA SEGURADA INDICADA EN LA POLIZA:

TABLA DE INDEMNIZACIONES

#	Clase de Perdida	% a Indemnizar
1	Por inhabilitación o pérdida de ambas manos o pies o la visión de ambos ojos	100%
2	Por inhabilitación o pérdida de una mano y un pie	
3	Por inhabilitación o pérdida de una mano o un pie y la visión de un ojo en forma total e irreparable	
4	Por pérdida total y definitiva del habla de origen orgánico y demostrable su causa por medios paraclínicos	
5	Por pérdida total de la audición de origen orgánico y demostrable su causa por medios clínicos irreparable por medios artificiales	
6	Enajenación mental incurable causada por daño orgánico o estructural demostrable por medios clínicos	
7	Por inhabilitación o pérdida de una mano o un pie o la visión de un ojo	50%
8	Fractura no consolidada de una mano con alteración funcional definitiva (seudoartrosis total)	45%
9	Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40%
10	Fractura no consolidada de un muslo con alteración funcional definitiva (seudoartrosis total)	35%
11	Fractura no consolidada de una rótula con alteración funcional definitiva (seudoartrosis total)	30%
12	Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	
13	Anquilosis del hombro en posición funcional	
14	Anquilosis del codo en posición no funcional	25%
15	Por pérdida del dedo pulgar de la mano derecha que comprende las dos falanges	
16	Anquilosis de la cadera en posición funcional	20%
17	Fractura no consolidada de un pie con alteración funcional definitiva (seudoartrosis total)	
18	Anquilosis del codo en posición funcional	
19	Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	
20	Anquilosis de la rodilla en posición funcional	15%
21	Por pérdida del dedo pulgar de la mano izquierda, por amputación traumática o quirúrgica siempre que comprenda las dos falanges	
22	Anquilosis del empeine (cuello del pie) en posición no funcional	
23	Acortamiento de un miembro inferior por lo menos en cinco cm	
24	Anquilosis de la muñeca en posición funciona	10%
25	Por pérdida de cada uno de los dedos de la mano causada por amputación traumática o quirúrgica excepto el pulgar	
26	Anquilosis del empeine en posición funcional	
27	Acortamiento de un miembro inferior por lo menos en tres cm el	8%
28	Por pérdida del dedo grueso artejo del pie	5%
29	Por pérdida de cada uno de los dedos del pie, excepto el dedo grueso artejo	5%
		3%

LAS INDEMNIZACIONES PAGADAS POR CONCEPTO DE LOS NUMERALES 15, 21, 25, 28 Y 29 SE DEDUCIRÁN DE CUALQUIER PAGO QUE SE HICIERE POSTERIORMENTE POR CONCEPTO DE LA PÉRDIDA DE LA MANO O PIE RESPECTIVO.

EN CASO DE COMPROBAR QUE EL ASEGURADO ES ZURDO COMO MIEMBRO DOMINANTE, SE INVERTIRÁN LOS PORCENTAJES DE INDEMNIZACIÓN FIJADOS POR LA PÉRDIDA DE LOS MIEMBROS SUPERIORES.

CUALQUIER INDEMNIZACIÓN PAGADA CON MOTIVO DE UNA DESMEMBRACIÓN E INHABILITACIÓN SERÁ TOMADA EN CUENTA Y POR LO TANTO DEDUCIDA DE LA INDEMNIZACIÓN POR EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE, Y EL AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, QUE PUDIERA DAR LUGAR EL MISMO ACCIDENTE.

LAS PÉRDIDAS NO ENUNCIADAS EN LA TABLA ANTERIOR, AUNQUE SEAN DE MENOR TRASCENDENCIA, SERAN INDEMNIZADAS EN RELACION CON SU GRAVEDAD, COMPARÁNDOLAS CON LAS AQUÍ INDICADAS, DE ACUERDO CON EL CONCEPTO DE PÉRDIDA DE INCAPACIDAD EMITIDA POR AUTORIDAD COMPETENTE.

LA PERDIDA DE MIEMBROS U ÓRGANOS YA IMPOSIBILITADOS ANTES DEL ACCIDENTE SÓLO DARÁ LUGAR A INDEMNIZACIÓN, POR LA DIFERENCIA ENTRE EL ESTADO DE INVALIDEZ CERTIFICADA ANTES DEL ACCIDENTE CON LA NUEVA CERTIFICACIÓN DE INVALIDEZ DESPUÉS DEL ACCIDENTE. 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 INHABILITACIÓN PERMANENTE. CUANDO VARIAS CIRCUNSTANCIAS DERIVADAS DE UN MISMO ACCIDENTE AFECTEN A UN MISMO MIEMBRO U ÓRGANO, NO SE ACUMULAN ENTRE SI, SINO QUE LA INDEMNIZACIÓN SE DETERMINA POR LA MAYOR DE DICHAS INHABILIDADES.

2.3.2. LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO

EL VALOR ASEGURADO DE ESTE AMPARO ADICIONAL NO PODRÁ SER SUPERIOR AL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE.

2.3.3. EXCLUSIONES DEL AMPARO DE DESMEMBRACIÓN E INHABILITACIÓN ACCIDENTAL

NO ESTARÁ CUBIERTA, SALVO ESTIPULACIÓN EXPRESA EN CONTRARIO, LA DESMEMBRACIÓN O INHABILITACIÓN ACCIDENTAL QUE SUFRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

2.3.3.1. SUICIDIO O INTENTO DEL MISMO, SEA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES EN ESTADO DE LOCURA.

- 2.3.3.2. LESIONES CAUSADAS VOLUNTARIAMENTE A SI MISMO POR EL ASEGURADO.
- 2.3.3.3. LESIONES CAUSADAS AL ASEGURADO INTENCIONALMENTE POR TERCERAS PERSONAS.
- 2.3.3.4. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE DROGAS TÓXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS O DE FÁRMACOS NO PRESCRITOS MÉDICAMENTE.
- 2.3.3.5. LESIONES CAUSADAS INTENCIONALMENTE POR OTRA PERSONA, CON ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE. NO OBSTANTE, SE CUBRE LA DESMEMBRACION O INHABILITACIÓN ACCIDENTAL ORIGINADA POR LAS LESIONES PRODUCIDAS COMO CONSECUENCIA DEL ATRACO.
- 2.3.3.6. HOMICIDIO, SECUESTRO SIMPLE O EXTORSIVO DEL ASEGURADO O HURTO CALIFICADO, Y SUS TENTATIVAS.
- 2.3.3.7. ENFERMEDADES FÍSICAS O PSÍQUICAS Y LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS QUE NO SEAN NECESARIOS DEBIDO A ACCIDENTES AMPARADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA, ASÍ COMO LAS INFECCIONES BACTERIANAS (SALVO INFECCIONES PROGÉNICAS QUE ACONTEZCAN COMO CONSECUENCIA DE UNA HERIDA ACCIDENTAL)
- 2.3.3.8. DEFECTOS FÍSICOS O MENTALES Y LAS ENFERMEDADES RECURRENTE DE LAS CUALES EL ASEGURADO ERA CONSCIENTE EN LA FECHA EN QUE FUE SOLICITADA LA PÓLIZA Y QUE NO HAYAN SIDO DECLARADAS POR EL ASEGURADO Y ACEPTADAS EXPRESAMENTE POR “**LA COMPAÑIA**“ LAS ORIGINADAS CUANDO EL ASEGURADO PARTICIPE EN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES SIN LIMITARSE A LAS SIGUIENTES: CACERÍA, COMPETENCIAS DE CUALQUIER GÉNERO, CARRERAS DE OBSTÁCULOS, POLO, EQUITACIÓN, HOCKEY, PESCA SUBMARINA, PESCA EN ALTAMAR, FUTBOL, BALONCESTO, NAVEGACIÓN EN BARCO DE VELA, REMO MOTOR, O COMO CONSECUENCIA DEL USO DE MAQUINARIA AUTOMÁTICA DE CARPINTERÍA.
- 2.3.3.9. LAS ORIGINADAS POR GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES Y OPERACIONES DE GUERRA (HAYA SIDO DECLARADA O NO), GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, ASONADA, TERRORISMO, SUBVERSIÓN, O ACTOS DELICTIVOS EN QUE EL ASEGURADO PARTICIPE DIRECTAMENTE.
- 2.3.3.10. LAS ORIGINADAS POR ATAQUES CARDIACOS O EPILÉPTICOS, SINCOPE, ROTURA DE ANEURISMAS.
- 2.3.3.11. LAS ORIGINADAS COMO CONSECUENCIA DE EMBARAZO, ABORTO, ALUMBRAMIENTO.
- 2.3.3.12. LAS ORIGINADAS CUANDO EL ASEGURADO PARTICIPE COMO MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN DE CUALQUIER AERONAVE O HELICÓPTERO.
- 2.3.3.13. LAS ORIGINADAS CUANDO EL ASEGURADO VIAJE COMO PASAJERO EN CUALQUIER AERONAVE NO AUTORIZADA OFICIALMENTE PARA OPERAR, O CUANDO EL PILOTO O SU TRIPULACIÓN CAREZCAN DE LA LICENCIA RESPECTIVA, O CUANDO UNO U OTRO REALICEN VUELOS ILÍCITOS.
- 2.3.3.14. LAS ORIGINADAS POR ENERGÍA ATÓMICA Y/O NUCLEAR, INSOLACIONES O CONGELACIONES, INDEPENDIENTEMENTE DE CÓMO SE HUBIEREN ORIGINADO.

2.3.3.15. MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE SIRVIENDO EN LABORES MILITARES DE LAS FUERZAS ARMADAS O DE POLICÍA DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD NACIONAL O INTERNACIONAL.

2.3.3.16. LAS ORIGINADAS POR ACCIDENTES DE TRABAJO.

2.4. PERDIDA PARCIAL DE CAPACIDAD LABORAL

2.4.1. COBERTURA

SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD LABORAL EL ASEGURADO PIERDE DE FORMA PERMANENTE ENTRE EL 20% Y 49% DE SU CAPACIDAD LABORAL. **“LA COMPAÑÍA”**, INDEMNIZARA EL PORCENTAJE DEL VALOR ASEGURADO DE LA COBERTURA DEL AMPARO BÁSICO. SIEMPRE Y CUANDO EL EVENTO GENERADOR Y LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE ESTA SE PRODUZCAN DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

EL PORCENTAJE QUE SE APLICARA PARA INDEMNIZAR ES EL RESULTANTE DE LA CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL.

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE COBERTURA, SE TENDRÁN EN CUENTA ÚNICAMENTE LAS NORMAS EMITIDAS EN MATERIA DE RÉGIMEN EN SEGURIDAD SOCIAL COLOMBIANA VIGENTE AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA RESPECTIVA RECLAMACIÓN (FONDO DE PENSIONES, ARL, JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ SIN QUE SEA POSIBLE LA APLICACIÓN DE LOS MANUALES DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ APLICABLES A LOS RÉGIMENES ESPECIALES O EXCEPTUADOS DE LA LEY 100 DE 1993.)

EN CASO DE DISCREPANCIA, LA CALIFICACIÓN DEFINITIVA PARA ESTE SEGURO SERÁ LA QUE SOLICITE **“LA COMPAÑÍA”** A LA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ O LA DE LA JUNTA NACIONAL-

EN TAL CASO SE INDEMNIZARÁ AL PROPIO ASEGURADO POR LA SUMA RESULTANTE DE LA CALIFICACION DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL.

2.4.2. LÍMITE DE VALOR ASEGURADO

EL VALOR ASEGURADO DE ESTE AMPARO ADICIONAL NO PODRÁ SER SUPERIOR AL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE.

EL VALOR ASEGURADO QUE INDEMNIZARÁ **“LA COMPAÑÍA”** SERÁ EL ALCANZADO A LA FECHA DEL SINIESTRO, ESTO ES, A LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL. EL VALOR ASEGURADO DE LA COBERTURA DE PÉRDIDA PARCIAL DE LA CAPACIDAD LABORAL ES INDEPENDIENTE, POR LA QUE SE PAGA UNA PRIMA ADICIONAL, MOTIVO POR EL CUAL NO DISMINUYE EL VALOR ASEGURADO DE LAS OTRAS COBERTURAS.

2.4.3. EXCLUSIONES DEL AMPARO DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL

NO ESTARÁ CUBIERTA, SALVO ESTIPULACIÓN EXPRESA EN CONTRARIO, LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL QUE SUFRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

- 2.4.3.1.** SUICIDIO O INTENTO DEL MISMO, DENTRO DE LOS PRIMEROS 180 DIAS DE LA VIGENCIA INDIVIDUAL DEL SEGURO, SEA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES EN ESTADO DE DEMENCIA.
- 2.4.3.2.** SI LA POLIZA ES DE MODALIDAD CONTRIBUTIVA (ES DECIR DONDE EL PAGO DE LA PRIMA ESTA A CARGO DEL ASEGURADO EN FORMA TOTAL O PARCIAL), NO SE INDEMNIZARÁN LOS INCREMENTOS DE VALOR ASEGURADO QUE SE REALICEN EN LOS 120 DIAS PREVIOS AL SUICIDIO O SU INTENTO.
- 2.4.3.3.** LESIONES CAUSADAS VOLUNTARIAMENTE A SI MISMO POR EL ASEGURADO.
- 2.4.3.4.** LESIONES CAUSADAS AL ASEGURADO INTENCIONALMENTE POR TERCERAS PERSONAS.
- 2.4.3.5.** CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE DROGAS TÓXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS O DE FÁRMACOS NO PRESCRITOS MÉDICAMENTE.
- 2.4.3.6.** LESIONES CAUSADAS INTENCIONALMENTE POR OTRA PERSONA, CON ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE. NO OBSTANTE, SE CUBRE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL ORIGINADA POR LAS LESIONES PRODUCIDAS COMO CONSECUENCIA DEL ATRACO.
- 2.4.3.7.** HOMICIDIO, SECUESTRO SIMPLE O EXTORSIVO DEL ASEGURADO O HURTO CALIFICADO, Y SUS TENTATIVAS.
- 2.4.3.8.** ENFERMEDADES FÍSICAS O PSÍQUICAS Y LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS QUE NO SEAN NECESARIOS DEBIDO A ACCIDENTES AMPARADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA, ASÍ COMO LAS INFECCIONES BACTERIANAS (SALVO INFECCIONES PROGÉNICAS QUE ACONTEZCAN COMO CONSECUENCIA DE UNA HERIDA ACCIDENTAL).
- 2.4.3.9.** DEFECTOS FÍSICOS O MENTALES Y LAS ENFERMEDADES RECURRENTES DE LAS CUALES EL ASEGURADO ERA CONSCIENTE EN LA FECHA EN QUE FUE SOLICITADA LA PÓLIZA Y QUE NO HAYAN SIDO DECLARADAS POR EL ASEGURADO Y ACEPTADAS EXPRESAMENTE POR LA COMPAÑÍA,
- 2.4.3.10.** LAS ORIGINADAS CUANDO EL ASEGURADO PARTICIPE EN LA SIGUIENTES ACTIVIDADES, PERO SIN LIMITARSE A ESTAS: CACERÍA, COMPETENCIAS DE CUALQUIER GÉNERO, CARRERAS DE OBSTÁCULOS, POLO, EQUITACIÓN, HOCKEY, PESCA SUBMARINA, PESCA EN ALTAMAR, FUTBOL, BALONCESTO, NAVEGACIÓN EN BARCO DE VELA, REMO MOTOR, O COMO CONSECUENCIA DEL USO DE MAQUINARIA AUTOMÁTICA DE CARPINTERÍA.
- 2.4.3.11.** LAS ORIGINADAS POR GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES Y OPERACIONES DE GUERRA (HAYA SIDO DECLARADA O NO), GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, ASONADA, TERRORISMO, SUBVERSIÓN, O ACTOS DELICTIVOS EN QUE EL ASEGURADO PARTICIPE DIRECTAMENTE.
- 2.4.3.12.** LAS ORIGINADAS POR ATAQUES CARDIACOS O EPILÉPTICOS, SINCOPEs, ROTURA DE ANEURISMAS.
- 2.4.3.13.** LAS ORIGINADAS COMO CONSECUENCIA DE EMBARAZO, ABORTO, ALUMBRAMIENTO.

- 2.4.3.14.** LAS ORIGINADAS CUANDO EL ASEGURADO PARTICIPE COMO MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN DE CUALQUIER AERONAVE O HELICÓPTERO.
- 2.4.3.15.** LAS ORIGINADAS CUANDO EL ASEGURADO VIAJE COMO PASAJERO EN CUALQUIER AERONAVE NO AUTORIZADA OFICIALMENTE PARA OPERAR, O CUANDO EL PILOTO O SU TRIPULACIÓN CAREZCAN DE LA LICENCIA RESPECTIVA, O CUANDO UNO U OTRO REALICEN VUELOS ILÍCITOS.
- 2.4.3.16.** LAS ORIGINADAS POR ENERGÍA ATÓMICA Y/O NUCLEAR, INSOLACIONES O CONGELACIONES, INDEPENDIENTEMENTE DE CÓMO SE HUBIEREN ORIGINADO.
- 2.4.3.17.** MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE SIRVIENDO EN LABORES MILITARES DE LAS FUERZAS ARMADAS O DE POLICÍA DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD NACIONAL O INTERNACIONAL.
- 2.4.3.18.** LAS COMPETENCIAS O ENTRENAMIENTOS COMO PROFESIONAL, O LA PARTICIPACIÓN EN COMPETENCIAS COMO AFICIONADO, DE ACTIVIDADES EXTREMAS O DE ALTO RIESGO TALES COMO LAS SIGUIENTES, PERO SIN LIMITARSE A ESTAS: MOTOCICLISMO, CUATRIMOTO, PARAPENTISMO, BUNGEE JUMPING, PUENTING, RAFTING, DOWNHILL, PARACAIDISMO, ESCALADA DE MONTAÑAS, ESQUÍ EN EL HIELO, BUCEO, ARTES MARCIALES.

2.5. ENFERMEDADES GRAVES.

2.5.1. COBERTURA

EN VIRTUD DEL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, “**LA COMPAÑÍA**” INDEMNIZARA AL ASEGURADO 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 ENFERMEDADES DESCRITAS A CONTINUACIÓN. SIEMPRE Y CUANDO HAYAN TRANSCURRIDO NOVENTA (90) DÍAS DESDE EL INICIO DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO.

2.5.2. LÍMITE DE VALOR ASEGURADO

EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, PUEDE SER CONTRATADO POR LAS SIGUIENTES MODALIDADES:

- a) ANTICIPO DEL AMPARO BASICO
- b) AMPARO ADICIONAL

EN CUALQUIERA DE LAS MODALIDADES EL VALOR ASEGURADO A CONTRATAR ESTA DEFINIDO COMO UN PORCENTAJE ENTRE EL 50% AL 70% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO BASICO.

2.5.3. DEDUCCIONES

EN CASO DE QUE SE CONTRATE COMO AMPARO ADICIONAL

ESTE AMPARO ES ACUMULABLE CON EL AMPARO BÁSICO DE VIDA; EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE; EL AMPARO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL

Y EL AMPARO DE DESMEMBRACION O INHABILITACIÓN ACCIDENTAL, POR LO TANTO, UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR ESTE AMPARO, EL VALOR CANCELADO NO REDUCE EL VALOR ASEGURADO DE LOS AMPAROS MENCIONADOS.

EN CASO DE QUE EL AMPARO SE CONTRATE COMO ANTICIPO:

ESTE AMPARO NO ES ACUMULABLE CON EL AMPARO BÁSICO DE VIDA; EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE; EL AMPARO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL Y EL AMPARO DE DESMEMBRACION O INHABILITACIÓN ACCIDENTAL, POR LO TANTO, UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR ESTE AMPARO, EL VALOR CANCELADO SERÁ DEDUCIDO DEL QUE PUEDA CORRESPONDER POR LOS AMPAROS MENCIONADOS.

2.5.4. ENFERMEDADES AMPARADAS

A. CANCER

ENFERMEDAD PROVOCADA POR UN TUMOR MALIGNO CUYAS CARACTERÍSTICAS SON EL CRECIMIENTO, MULTIPLICACION Y EXPANSION INCONTROLADOS DE CÉLULAS MALIGNAS Y LA INVASIÓN DE TEJIDOS (CÁNCER INVASIVO). YA SEA DEL ÓRGANO EN EL QUE SE ORIGINA, O INFILTRACIÓN POR CONTIGÜIDAD A OTROS ÓRGANOS O CON MANIFESTACIÓN EN ÓRGANOS A DISTANCIA O METÁSTASIS.

EL TÉRMINO CÁNCER INCLUYE TAMBIÉN LEUCEMIA Y ENFERMEDADES MALIGNAS DEL SISTEMA LINFÁTICO, TALES COMO LA ENFERMEDAD DE HODGKIN Y EL MELANOMA MALIGNO

SE EXCLUYE CUALQUIER CLASE DE CÁNCER SIN INVASIÓN E IN-SITU, ASÍ COMO EL CÁNCER DE PIEL EXCEPTO MELANOMA MALIGNO NO IN-SITU E INVASIVO

B. INFARTO AL MIOCARDIO

SE DEFINE COMO LA MUERTE DE UNA PARTE DEL MÚSCULO DEL MIOCARDIO, OCASIONADA POR UNA BRUSCA REDUCCIÓN DEL FLUJO SANGUÍNEO CORONARIO. ESTE DIAGNÓSTICO DEBE SUSTENTARSE EN:

- LA PRESENCIA DE DOLORES TORACICOS O PRECORDIALES ATÍPICOS
- ALTERACIONES RECIENTES DEL ELECTROCARDIOGRAMA CONFIRMATORIAS, Y
- AUMENTO DE LAS ENZIMAS CARDÍACAS Y DE LAS PROTEINAS CONTACTILES (TROPONINA) U OTROS MARCADORES BIOQUÍMICOS

C. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD RENAL PARA EXCRETAR DESECHOS NITROSOS, CON LA CONSECUENTE RETENCIÓN DE PRODUCTOS NITROGENADOS. OCASIONADA POR MÚLTIPLES CAUSAS DEBE LLEVAR AL ASEGURADO A LA PRÁCTICA REGULAR E INDEFINIDA DE DIÁLISIS PERITONEAL O HEMODIÁLISIS Y EN CASOS EXTREMOS A LA RECEPCIÓN DE UN TRASPLANTE RENAL.

D. ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR

PÉRDIDA SÚBITA DE LA FUNCIÓN CEREBRAL RESULTANTE DE LA INTERRUPCIÓN DEL APOORTE SANGUÍNEO A UNA PARTE DEL CEREBRO QUE PRODUZCA SECUELAS NEUROLÓGICAS QUE PERSISTA POR LO MENOS 30 DÍAS DESPUÉS DE QUE SE PRESENTE EL EVENTO. PUEDE SER CAUSADO POR TROMBOSIS, EMBOLIA, ESTENOSIS DE UNA ARTERIA DEL CEREBRO O HEMORRAGIA CEREBRAL (ROTURA DE UN VASO SANGUÍNEO CON HEMORRAGIA O PRESIÓN EN LA MASA CEREBRAL). QUE DEJE COMO CONSECUENCIA UNA DESTRUCCIÓN DEL TEJIDO CEREBRAL. DEBE EXISTIR, ADEMÁS, PÉRDIDA DEL MOVIMIENTO, PENSAMIENTO, MEMORIA, LENGUAJE O SENSACION DIAGNOSTICADA MEDIANTE PRUEBAS DE FUNCIÓN NEUROLÓGICA, PRUEBAS QUE DEBERÁN SER REALIZADAS POR UN NEURÓLOGO DESPUÉS DE TRANSCURRIDAS COMO MÍNIMO SEIS (6) SEMANAS DE OCURRIDO EL EVENTO.

E. ESCLEROSIS MÚLTIPLE

ENFERMEDAD INFLAMATORIA CARACTERIZADA POR LA APARICIÓN DE LESIONES DESMIELINIZANTES CRÓNICAS EN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, EN LA QUE SE PRESENTE UN DETERIORO FUNCIONAL CON UN PUNTAJE IGUAL O SUPERIOR A 4.5 EN LA ESCALA EXPANDIDA DE DISCAPACIDAD DE KURTZKE.

F. AFECCIÓN DE ARTERIA CORONARIA QUE EXIJA CIRUGÍA

ENFERMEDAD CORONARIA QUE REQUIERA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA A TORAX ABIERTO PARA LA REVASCULARIZACIÓN CORONARIA (BY-PASS) PARA CORREGIR ESTRECHAMIENTO U OBSTRUCCIÓN DE DOS O MÁS ARTERIAS CORONARIAS. LA NECESIDAD DE TAL INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DEBE HABER SIDO PROBADA CON BASE EN UNA ANGIOGRAFÍA CORONARIA.

LAS ANGIOPLASTIAS NO SE CONSIDERAN CIRUGÍA CARDÍACA.

G. CIRUGÍA PARA UNA ENFERMEDAD DE LA AORTA

LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR UNA ENFERMEDAD CRÓNICA DE LA AORTA QUE HAYA REQUERIDO DE LA EXTIRPACIÓN Y REEMPLAZO QUIRÚRGICO DE LA AORTA ENFERMA POR UNA PRÓTESIS. PARA LOS PROPÓSITOS DE ESTA DEFINICIÓN, SE ENTIENDE POR AORTA, LA AORTA TORÁCICA Y ABDOMINAL PERO NO SUS RAMAS.

H. REEMPLAZO DE LA VÁLVULA DEL CORAZÓN

REEMPLAZO QUIRÚRGICO DE UNA O MÁS VÁLVULAS CARDÍACAS POR VÁLVULAS ARTIFICIALES. ESTO INCLUYE EL REEMPLAZO DE VÁLVULAS AÓRTICA, MITRAL, TRICÚSPIDE Y PULMONAR POR VÁLVULAS PROTÉSICAS DEBIDO A UNA ESTENOSIS O INSUFICIENCIA O LA COMBINACIÓN DE AMBOS FACTORES. ESTÁN EXCLUIDAS LA VALVULOPLASTIA Y LA VALVULOSTOMÍA.

I. LEUCEMIA

TUMOR MALIGNO DE CÉLULAS SANGUÍNEAS CAUSADAS POR EL CRECIMIENTO NO CONTROLADO DE CÉLULAS MALIGNAS Y LA INVASIÓN DEL TEJIDO

J. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

DIAGNÓSTICO CLÍNICO INCUESTIONABLE DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (DEMENCIA PRE-SENIL) ANTES DE LA EDAD DE 70 AÑOS Y EMITIDO POR UN ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA Y CONFIRMADO POR HALLAZGOS CARACTERÍSTICOS EN LAS PRUEBAS DE NEUROIMAGEN (TAC, RMN, PET CEREBRAL)

LA ENFERMEDAD DEBE PRODUCIR COMO RESULTADO UNA INCAPACIDAD PERMANENTE DE REALIZAR DE MANERA INDEPENDIENTE CUATRO O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

K. QUEMADURAS GRAVES O GRAN QUEMADO

QUEMADURAS DE TERCER GRADO QUE CUBRAN AL MENOS UN 20% DE LA SUPERFICIE CORPORAL DEL ASEGURADO. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER CONFIRMADO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA Y EVIDENCIADO POR LOS MÉTODOS CONVENCIONALES PARA ESTABLECER ÁREAS CORPORALES QUEMADAS.

L. ANEMIA APLÁSICA

DIAGNOSTICO INCUESTIONABLE DE FALLA EN LA MÉDULA ÓSEA CONFIRMADO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA Y DEMOSTRADO A TRAVÉS DEL RESULTADO DE BIOPSIA EN LA MEDULA ÓSEA.

LA ENFERMEDAD DEBE OCASIONAR SIMULTÁNEAMENTE ANEMIA, NEUTROPENIA Y TROMBOCITOPENIA QUE OBLIGUEN AL MENOS A UNO DE LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS:

- A) TRANSFUSIÓN DE DERIVADOS DE LA SANGRE
- B) ESTIMULANTES DE LA MÉDULA ÓSEA
- C) AGENTES INMUNOSUPRESORES
- D) TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA

M. APLASIA MEDULAR

FALLA DE LA MEDULA ÓSEA QUE IMPIDE LA PRODUCCIÓN DE GLÓBULOS ROJOS, GLÓBULOS BLANCOS Y PLAQUETAS.

N. ENFERMEDAD DE PARKINSON

DIAGNÓSTICO INCUESTIONABLE DE LA ENFERMEDAD PRIMARIA IDIOPÁTICA DE PARKINSON (TODAS LAS DEMÁS FORMAS DE PARKINSONISMO ESTÁN EXCLUIDAS). DICHA ENFERMEDAD DEBE PROVOCAR INCAPACIDAD PERMANENTE PARA REALIZAR CUATRO O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

O. ESTADO DE COMA

ESTADO SEVERO DE PÉRDIDA DE CONCIENCIA CON TOTAL AUSENCIA DE REACCIÓN A ESTÍMULOS EXTERNOS O INTERNOS REQUIRIENDO DE MANERA CONTINUA EL USO DE SISTEMAS DE SOPORTE VITAL (RESPIRADOR, INOTROPIAM ALIMENTO PARENTAL), QUE RESULTA EN UNA PUNTUACIÓN DE 8 O MENOS EN LA ESCALA DE COMA DE GLASGOW DE POR LO MENOS 96 HORAS Y RESULTANDO EN UN DÉFICIT NEUROLÓGICO PERMANENTE.

P. HEMIPLEJÍA O PARAPLEJÍA

PÉRDIDA DE LA FUNCIÓN MOTORA QUE PRODUCE INCAPACIDAD PARA MOVERSE O PARÁLISIS, CAUSADA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE DE DOS (2) O MÁS EXTREMIDADES, YA SEA HEMIPLEJÍA (DE UN LADO DEL CUERPO) O PARAPLEJÍA (DE LA PARTE INFERIOR DEL CUERPO), SIEMPRE Y CUANDO SEA IRREVERSIBLE E IRREPARABLE

Q. TRAUMA MAYOR DE LA CABEZA

TRAUMA MAYOR DE LA CABEZA CON DETERIORO DE LA FUNCIÓN CEREBRAL, DICHO TRAUMA DEBE PROVOCAR UNA INCAPACIDAD PERMANENTE PARA REALIZAR DE MANERA INDEPENDIENTE CUATRO O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

R. GLAUCOMA

ES UNA ENFERMEDAD DE LOS OJOS QUE SE CARACTERIZA GENERALMENTE POR EL AUMENTO PATOLÓGICO DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR, POR FALTA DE DRENAJE DEL HUMOR ACUOSO Y TIENE COMO CONDICIÓN FINAL COMÚN UNA NEUROPATÍA QUE SE CARACTERIZA POR LA PÉRDIDA PROGRESIVA DE LAS FIBRAS NERVIOSAS DEL NERVIÓ ÓPTICO Y CAMBIOS EN SU ASPECTO

2.5.5. EXCLUSIONES DE ENFERMEDADES GRAVES

NO SE PAGARÁ NINGÚN BENEFICIO BAJO EL PRESENTE AMPARO, SI EL ASEGURADO PADECE O SE LE DIAGNOSTICA UNA DE LAS ENFERMEDADES INDICADAS, QUE SEAN CONSECUENCIA DE O EN CONEXIÓN CON:

2.5.5.1. EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), TAL COMO FUE DEFINIDO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), O CUALQUIER SÍNDROME O ENFERMEDAD DE TIPO SIMILAR QUE, BAJO CUALQUIER NOMBRE, SEA DIAGNOSTICADA POR UN MÉDICO, ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO O LABORATORIO CLÍNICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA DESEMPEÑAR SU OBJETO SOCIAL O PROFESIÓN.

2.5.5.2. LA PRESENCIA DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (V.I.H.) DESCUBIERTO MEDIANTE EL TEST DE ANTICUERPOS O PRUEBA DE ELISA POSITIVA PARA V.I.H.

2.5.5.3. CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE LAS ANTERIORES.

2.5.5.4. LESIONES PREMALIGNAS, CÁNCER DE CÉRVIX, PRÓSTATA, SENO O MATRIZ EN SUS ETAPAS INICIALES T1 Y T2 DE LA CLASIFICACIÓN TNM, CON CLASIFICACIÓN DE GLEASON INFERIOR A CINCO.

- 2.5.5.5.** SE EXCLUYEN EXPRESAMENTE MEDICAMENTOS PARA CÁNCER DE MAMA, CERVIX UTERINO O PRÓSTATA.
- 2.5.5.6.** CARCINOMA DE TIROIDES VARIEDAD PAPILAR, EN SUS ETAPAS INICIALES T1-2, N0, M0 (DE LA CLASIFICACIÓN TNM). EL RESTO DE LOS ESTADIOS Y CUALQUIER OTRO TIPO DE CÁNCER DE TIROIDES DIFERENTE AL MENCIONADO CON CUALQUIER CLASIFICACIÓN, TENDRÁN COBERTURA.
- 2.5.5.7.** LOS TUMORES DE LA PIEL, SALVO QUE SE TRATE DE MELANOMAS MALIGNOS.
- 2.5.5.8.** CÁNCER IN SITU NO INVASIVO DE CUALQUIER ÓRGANO.
- 2.5.5.9.** LA ANGIOPLASTIA Y/O CATETERISMO CON BALÓN, LÁSER U OTROS PROCEDIMIENTOS, Y CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN INTRA-ARTERIAL, OPERACIONES DE VÁLVULA, OPERACIONES POR TUMORACIÓN INTRACARDIACA O ALTERACIÓN CONGÉNITA, INFARTO SILENCIOSO, INFARTO DE MIOCARDIO SILENTE Y OTROS SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS, POR EJEMPLO, ANGINA DE PECHO ESTABLE O INESTABLE.
- 2.5.5.10.** ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS
- 2.5.5.11.** ENFERMEDADES O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA O AL INICIO DE ESTE ANEXO.
- 2.5.5.12.** EL ESTADO DE COMA PROVOCADO POR EL ABUSO DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, TÓXICAS O DROGAS NO PRESCRITAS POR UN MÉDICO.
- 2.5.5.13.** CUANDO LA ENFERMEDAD CUBIERTA HAYA SIDO DIAGNOSTICADA, EXISTA UN HISTORIAL PREVIO RELACIONADO CON ELLA O SE HAYA RECIBIDO TRATAMIENTO PARA LA MISMA, ANTES DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA INDIVIDUAL DE LA PRESENTE COBERTURA.
- 2.5.5.14.** CUANDO LA ENFERMEDAD HAYA SIDO DIAGNOSTICADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LOS PRIMEROS NOVENTA (90) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE COBERTURA, PARA CADA ASEGURADO.
- 2.5.5.15.** EN LO QUE A ACCIDENTES CEREBRO VASCULARES SE REFIERE; CUANDO SE TRATE DE ACCIDENTES VASCULARES ISQUÉMICOS, TRANSITORIOS O AQUELLOS DE LOS QUE EL ASEGURADO PUEDA RECUPERARSE COMPLETAMENTE DENTRO DE LAS SEIS (6) SEMANAS SIGUIENTES A SU OCURRENCIA.
- 2.5.5.16.** PADECIMIENTOS CONGÉNITOS O ENFERMEDADES SUFRIDAS POR RIESGOS NUCLEARES.
- 2.5.5.17.** EN LO QUE A ACCIDENTES, EVENTO O ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR (ACV O ECV) SE REFIERE, CUANDO SEAN ACCIDENTES VASCULARES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS O ACCIDENTES DE LOS QUE EL ASEGURADO PUEDA RECUPERARSE COMPLETAMENTE DENTRO DE LAS SEIS (6) SEMANAS SIGUIENTES AL MISMO.
- 2.5.5.18.** ISQUEMIAS CEREBRALES TRANSITORIAS, O TRAUMAS CRANEO ENCEFÁLICOS.
- 2.5.5.19.** TRASPLANTE DE TEJIDOS, O EN GENERAL CUALQUIER TRASPLANTE, TRATAMIENTO O CIRUGÍA EXPERIMENTAL, O LOS GASTOS RELACIONADOS CON UNA EVENTUAL DONACIÓN DE UN ÓRGANO.
- 2.5.5.20.** FALLA RENAL REVERSIBLE O TEMPORAL QUE SE RESUELVA MEDIANTE TRATAMIENTO MÉDICO

2.5.5.21. NO SE CUBREN ENFERMEDADES QUE OCURRAN O SE DIAGNOSTIQUEN COMO CONSECUENCIA DEL USO DELIBERADO DE SUSTANCIAS QUE CAUSAN EFECTOS SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, TALES COMO, PERO SIN LIMITARSE ELLAS, DROGAS ILEGALES O ALCOHOL, EI USO DE DROGAS SIN PRESCRIPCION MEDICA

2.5.5.22. TUMORES OVÁRICOS DE BAJO POTENCIAL MALIGNO (LIMÍTROFE) EN LA FASE I Y II DE LA CLASIFICACIÓN FIGO.

LA INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDAD GRAVE NO ES ACUMULABLE AL SEGURO DE VIDA Y, POR LO TANTO, UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR EL PRESENTE AMPARO, DICHA SUMA SERÁ DEDUCIDA DEL VALOR ASEGURADO CORRESPONDIENTE AL SEGURO DE VIDA BÁSICO. ASÍ MISMO, SI LA COMPAÑÍA HA EFECTUADO ALGÚN PAGO POR EL AMPARO DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE O DESMEMBRACIÓN O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, DICHO PAGO SERÁ DEDUCIDO DEL QUE PUEDA CORRESPONDER POR EL PRESENTE AMPARO.

2.5.6. DEDUCCIONES

ESTE AMPARO NO ES ACUMULABLE CON EL AMPARO BÁSICO DE VIDA; EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE; EL AMPARO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL Y EL AMPARO DE DESMEMBRACION O INHABILITACIÓN ACCIDENTAL, POR LO TANTO, UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR ESTE AMPARO, EL VALOR CANCELADO SERÁ DEDUCIDO DEL QUE PUEDA CORRESPONDER POR LOS AMPAROS MENCIONADOS.

2.6. CANCER INVASIVO DE MAMA, CERVIX UTERINO Y PROSTATA

2.6.1. COBERTURA

MEDIANTE EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL “**LA COMPAÑÍA**”, PAGARÁ AL ASEGURADO, LA SUMA ASEGURADA ESTABLECIDA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SI DURANTE LA VIGENCIA DEL AMPARO, UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER SU PROFESIÓN, LE DESCUBRE Y/O DIAGNOSTICA POR PRIMERA VEZ, CON BASE EN PRUEBAS CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS, HISTOLÓGICAS Y DE LABORATORIO, LA PRESENCIA O PADECIMIENTO DE CÁNCER INVASIVO DE MAMA, CÉRVIX UTERINO O PRÓSTATA. PARA EFECTOS DE ESTE AMPARO SE ENTIENDE POR CÁNCER INVASIVO, EL CÁNCER QUE SE DISEMINA FUERA DEL TEJIDO O CAPA EN DONDE SE INICIÓ, Y CRECE EN OTROS TEJIDOS O PARTES DEL CUERPO.

ESTE AMPARO INICIA A PARTIR DEL DÍA NOVENTA Y UNO (91) CONTADO DESDE DEL INICIO DE VIGENCIA DEL SEGURO PARA CADA UNO DE LOS ASEGURADOS. DICHO LAPSO SE ENTIENDE EL PERIODO DE CARENCIA PARA EL AMPARO. ESTE PERIODO DE CARENCIA NO APLICA EN LAS RENOVACIONES DEL PRESENTE SEGURO.

2.6.2. EXCLUSIONES DE CANCER INVASIVO DE MAMA, CERVIX Y PROSTATA

NO SE PAGARÁ NINGÚN BENEFICIO BAJO EL PRESENTE AMPARO, SI EL ASEGURADO PADECE O SE LE DIAGNOSTICA CUANDO SEA CONSECUENCIA DE O EN CONEXIÓN CON:

- 2.6.2.1. EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), TAL COMO FUE DEFINIDO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), O CUALQUIER SÍNDROME O ENFERMEDAD DE TIPO SIMILAR QUE, BAJO CUALQUIER NOMBRE, SEA DIAGNOSTICADA POR UN MÉDICO, ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO O LABORATORIO CLÍNICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA DESEMPEÑAR SU OBJETO SOCIAL O PROFESIÓN.
- 2.6.2.2. LA PRESENCIA DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (V.I.H.) DESCUBIERTO MEDIANTE EL TEST DE ANTICUERPOS O PRUEBA DE ELISA POSITIVA PARA V.I.H.
- 2.6.2.3. CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE LAS ANTERIORES.
- 2.6.2.4. ENFERMEDADES O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA O AL INICIO DE ESTE ANEXO.
- 2.6.2.5. CUANDO LA ENFERMEDAD CUBIERTA HAYA SIDO DIAGNOSTICADA, EXISTA UN HISTORIAL PREVIO RELACIONADO CON ELLA O SE HAYA RECIBIDO TRATAMIENTO PARA LA MISMA, ANTES DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA INDIVIDUAL DE LA PRESENTE COBERTURA.
- 2.6.2.6. CUANDO LA ENFERMEDAD HAYA SIDO DIAGNOSTICADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LOS PRIMEROS NOVENTA (90) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE COBERTURA, PARA CADA ASEGURADO.
- 2.6.2.7. PADECIMIENTOS CONGÉNITOS O ENFERMEDADES SUFRIDAS POR RIESGOS NUCLEARES.
- 2.6.2.8. TRASPLANTE DE TEJIDOS, O EN GENERAL CUALQUIER TRASPLANTE, TRATAMIENTO O CIRUGÍA EXPERIMENTAL, O LOS GASTOS RELACIONADOS CON UNA EVENTUAL DONACIÓN DE UN ÓRGANO.
- 2.6.2.9. NO SE CUBREN ENFERMEDADES QUE OCURRAN O SE DIAGNOSTIQUEN COMO CONSECUENCIA DEL USO DELIBERADO DE SUSTANCIAS QUE CAUSAN EFECTOS SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, TALES COMO, PERO SIN LIMITARSE ELLAS, DROGAS ILEGALES O ALCOHOL. EI USO DE DROGAS SIN PRESCRIPCIÓN MEDICA
- 2.6.2.10. TUMORES OVÁRICOS DE BAJO POTENCIAL MALIGNO (LIMÍTROFE) EN LA FASE I Y II DE LA CLASIFICACIÓN FIGO.

2.6.3. DEDUCCIONES

ESTE AMPARO NO ES ACUMULABLE CON EL AMPARO DENOMINADO ENFERMEDADES GRAVES CUANDO LA ENFERMEDAD RECLAMADA ES CÁNCER. POR LO TANTO, UNA VEZ PAGADO EL VALOR ASEGURADO POR EL PRESENTE AMPARO, “**LA COMPAÑÍA**” NO RECONOCERÁ VALOR ALGUNO POR LA SOLICITUD DE AFECTACIÓN DE LA ENFERMEDAD CÁNCER DEL AMPARO ADICIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES.

2.6.4. LÍMITE DE VALOR ASEGURADO

EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, SE PUEDE CONTRATAR CON UN VALOR ASEGURADO EQUIVALENTE AL 50% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO BASICO DE MUERTE.

2.7. TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES

2.7.1. COBERTURA

EN VIRTUD DEL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, “**LA COMPAÑÍA**”, INDEMNIZARÁ POR UNA (1) SOLA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA E INDEPENDIEMENTE DEL NÚMERO DE TRASPLANTES DE ÓRGANOS REALIZADOS, LA SUMA ASEGURADA QUE SE ESTIPULE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, EL ASEGURADO DEBE SER SOMETIDO A UN TRASPLANTE COMO RECEPTOR DE ALGUNO DE LOS ÓRGANOS (O PARTE DE UN ORGANO) RELACIONADOS A CONTINUACIÓN, SIEMPRE QUE LA NECESIDAD DE EFECTUAR EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS SEA CERTIFICADO POR UN PROFESIONAL MÉDICO QUE POSEA LICENCIA PERMANENTE Y VÁLIDA PARA PRACTICAR LA MEDICINA Y ESTA CLASE DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y SE CUMPLAN TODOS LOS REQUISITOS INDICADOS A CONTINUACIÓN:

2.7.1.1. QUE LA PRESENTE COBERTURA HAYA ESTADO EN VIGOR POR UN PERÍODO NO MENOR A (90) NOVENTA DÍAS, ANTES DE QUE SE DIAGNOSTIQUE LA ENFERMEDAD CUYA TRATAMIENTO SEA EL TRASPLANTE Y QUE ÉSTE SE PRACTIQUE.

EL PERIODO DE NOVENTA (90) DÍAS SE ESTABLECERÁ INDEPENDIEMENTE PARA CADA ASEGURADO, DE ACUERDO CON LA FECHA DE INGRESO A LA PÓLIZA.

2.7.1.2. QUE EL ASEGURADO REQUIERA MÉDICAMENTE EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y ASÍ SE INDIQUE EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL ASEGURADO.

2.7.1.3. QUE SEA LA PRIMERA VEZ QUE EL ASEGURADO REQUIERA DE UN TRASPLANTE DE ÓRGANOS.

2.7.1.4. QUE EL ASEGURADO SOBREVIVA UN LAPSO DE TREINTA (30) DÍAS DESPUÉS DEL DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD QUE SUGIERA O RECOMIENDE EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS.

PARA EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO:

- EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS, SE ENTIENDE COMO LA INSERCIÓN DE UN ÓRGANO DE UN DONANTE HUMANO EN EL CUERPO DEL ASEGURADO CON RESTABLECIMIENTO DE LAS CONEXIONES VASCULARES ARTERIALES Y VENOSAS.
- EL TRASPLANTE, ES COMO RECEPTOR Y NUNCA COMO DONANTE.
- EL TRASPLANTE DEBERÁ SER CERTIFICADO POR EL MÉDICO QUE LO PRACTICÓ, QUIEN DEBE POSEER LICENCIA PERMANENTE Y VÁLIDA PARA PRACTICAR LA MEDICINA Y ESTA CLASE DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.

LOS ÓRGANOS INCLUIDOS EN ESTE AMPARO SON LOS RELACIONADOS Y DEFINIDOS A CONTINUACIÓN:

1. DE CORAZÓN

POR CARDIOMIOPATÍA, INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA, ENFERMEDAD CORONARIA DEL CORAZÓN, DEFECTO VALVULAR.

2. DE PULMÓN

POR MUCOVISCIDOSIS, FIBROSIS PULMONAR, ENFISEMA PULMONAR, HIPERTENSIÓN PULMONAR.

3. DE HÍGADO

POR CIRROSIS HEPÁTICA, CARCINOMA DE CÉLULA HEPÁTICA, INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA DEBIDA A INTOXICACIÓN.

4. DE PÁNCREAS

POR DIABETES MELLITUS TIPO I.

5. RIÑÓN

6. MEDULA OSEA

NOTA.

PARA CUALQUIER PROCESO DE INDEMNIZACIÓN POR TRASPLANTE DE ÓRGANOS, ES CONDICIÓN INDISPENSABLE QUE SE CUMPLAN EN TODAS Y CADA UNA DE SUS PARTES, LAS DISPOSICIONES DE LAS LEYES VIGENTES DE TRASPLANTES DE ÓRGANOS.

2.7.2. LÍMITE DEL BENEFICIO

EL PAGO DE LA SUMA ASEGURADA SE APLICARÁ SOLAMENTE CUANDO EL TRASPLANTE SE REALICE EN ALGUNO DE LOS ÓRGANOS DEFINIDOS Y CUANDO ESTOS SE MANIFIESTEN Y SEAN DIAGNOSTICADOS POR UN MÉDICO ESPECIALISTA EN LA RESPECTIVA ESPECIALIDAD, POR PRIMERA VEZ, DENTRO DE LA VIGENCIA PACTADA, CONFIRMADAS POR EVIDENCIAS CIENTÍFICAS ACEPTABLES CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS, HISTOLÓGICAS Y DE LABORATORIO.

2.7.3. LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO

EL VALOR ASEGURADO DE ESTE AMPARO ADICIONAL NO PODRÁ SER SUPERIOR AL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE, ASÍ SEA SOMETIDO A MÁS DE UN TRASPLANTE CUBIERTO MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO.

2.7.4. EXCLUSIONES DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS

NO SE PAGARÁ NINGÚN BENEFICIO CUANDO EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS PROVENGA O SEA CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA O EN CONEXIÓN CON:

2.7.4.1. EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), TAL COMO FUE DEFINIDO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), O CUALQUIER SÍNDROME O ENFERMEDAD DE TIPO SIMILAR QUE, BAJO

- CUALQUIER NOMBRE, SEA DIAGNOSTICADA POR UN MÉDICO LEGALMENTE RECONOCIDO POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES PARA EL DESEMPEÑO DE SU PROFESIÓN., ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO O LABORATORIO CLÍNICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA DESEMPEÑAR SU OBJETO SOCIAL O PROFESIÓN.
- 2.7.4.2.** LA PRESENCIA DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (V.I.H.) DESCUBIERTO MEDIANTE EL TEST DE ANTICUERPOS O PRUEBA DE ELISA POSITIVA PARA V.I.H.
- 2.7.4.3.** CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE LAS ANTERIORES.
- 2.7.4.4.** DROGADICCIÓN O INTOXICACIÓN POR DROGAS, VENENO O LICOR
- 2.7.4.5.** CUANDO EL TRASPLANTE DE ÓRGANO SEA CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO, PARA CADA ASEGURADO SE CONSIDERAN COMO CONDICIONES PREEXISTENTES, CUALQUIER ENFERMEDAD O LESIÓN DIAGNOSTICADA O SOMETIDA A TRATAMIENTO, CUIDADO MÉDICO O CIRUGÍA, CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA PRESENTE COBERTURA, ASÍ COMO ENFERMEDADES CONGÉNITAS.
- 2.7.4.6.** CUANDO LA NECESIDAD DEL TRASPLANTE HA SIDO DIAGNOSTICADA DURANTE LOS PRIMEROS NOVENTA (90) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO, PARA CADA ASEGURADO.
- 2.7.4.7.** CUANDO EL TRASPLANTE DE ÓRGANO SEA CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO, PARA CADA ASEGURADO.
- 2.7.4.8.** LESIONES INTENCIONALMENTE INFLIGIDAS A SI MISMO, SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DE SUICIDIO; SEA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES EN ESTADO DE LOCURA.
- 2.7.4.9.** CUALQUIER INCIDENTE CRÍTICO DE LA SALUD, LESIÓN O ENFERMEDAD, DIFERENTE AL DEFINIDO COMO TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES.
- 2.7.4.10.** CUANDO EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS SEA INDICADO POR ALGUNA PERSONA DE LA FAMILIA DEL ASEGURADO O QUE RESIDA EN LA MISMA CASA DEL ASEGURADO, SEA O NO MÉDICO O PROFESIONAL EN ALGUNA RAMA RELACIONADA CON LA SALUD.
- 2.7.4.11.** CUANDO EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS SEA INDICADO POR PROFESIONALES DE LA SALUD EN EJERCICIO DE PRÁCTICAS DE MEDICINA ALTERNATIVA O POR PERSONAS QUE NO SEAN PROFESIONALES DE LA CIENCIA MÉDICA.
- 2.7.4.12.** TRASPLANTES QUE SEAN PROCEDIMIENTOS DE INVESTIGACIÓN Y EL TRASPLANTE DE ISLOTES DE LANGERHANS
- 2.7.4.13.** TRASPLANTE DE ÓRGANOS DIFERENTES A LOS MENCIONADOS Y DEFINIDOS EN LA PRESENTE COBERTURA.
- 2.7.4.14.** TRASPLANTES DE ÓRGANOS QUE SEAN INDICADOS PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER NO INVASIVO O EL CÁNCER EN ESTADO IN SITU, LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA Y LOS TUMORES DEBIDOS A O COMO CONSECUENCIA DE LA INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

- 2.7.4.15. CUANDO EL ASEGURADO OBRE EN CALIDAD DE DONANTE.
- 2.7.4.16. CUANDO EL TRASPLANTE NO CUMPLA LAS NORMAS ESTABLECIDAS PARA ESTE TIPO DE PROCEDIMIENTOS MEDICO- QUIRURGICOS.
- 2.7.4.17. EL TRASPLANTE DE TODOS LOS DEMÁS ÓRGANOS, PARTES DE ÓRGANOS O EL TRASPLANTE DE CUALQUIER OTRO TEJIDO ESTÁN EXCLUIDOS.

2.7.5. DEDUCCIONES

ESTE AMPARO NO ES ACUMULABLE AL AMPARO BÁSICO DE MUERTE, AL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, AL AMPARO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL, AL AMPARO DE DESMEMBRACIÓN O INHABILITACIÓN ACCIDENTAL Y/O AL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES; POR LO TANTO, UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR ESTE AMPARO, EL VALOR CANCELADO SERÁ DEDUCIDO DEL QUE PUEDA CORRESPONDER POR LOS AMPAROS MENCIONADOS.

2.8. AUXILIO FUNERARIO

2.8.1. COBERTURA

SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA EL ASEGURADO LLEGARE A FALLECER COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO AMPARADO POR LA PÓLIZA, “**LA COMPAÑÍA**”, INDEMNIZARÁ EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

EXCLUSIONES DEL AMPARO DE AUXILIO FUNERARIO

NO ESTARÁ CUBIERTA, SALVO ESTIPULACIÓN EXPRESA EN CONTRARIO, CUANDO EL PRESENTE AMPARO SE AFECTE COMO CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

- 2.8.2. EVENTOS ACCIDENTALES CAUSADOS DIRECTAMENTE POR GUERRA INTERIOR O EXTERIOR, INVASIÓN, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, SEDICIÓN, ASONADA O ACTOS VIOLENTOS MOTIVADOS POR CONMOCIÓN CIVIL O POR APLICACIÓN DE LA LEY MARCIAL, REBELIÓN, INSURRECCIÓN, PODER MILITAR USURPADO, MOTÍN. NO ESTÁN EXCLUIDOS LOS EVENTOS ACCIDENTALES CAUSADOS, DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR TERRORISMO.
- 2.8.3. EVENTOS OCURRIDOS A CONSECUENCIA DE FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, RADIOACTIVIDAD O EL USO DE ARMAS ATÓMICAS, BACTERIOLÓGICAS O QUÍMICAS.
- 2.8.4. CUALQUIER PATOLOGÍA, ENFERMEDAD FÍSICA O MENTAL, CONGÉNITA O ADQUIRIDA, O CUALQUIER CAUSA PREEXISTENTE, QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA, O CONOCIDA POR EL ASEGURADO, O POR LA CUAL SE HAYA RECIBIDO TRATAMIENTO, O QUE POR SUS SÍNTOMAS O SIGNOS NO PUDIESE PASAR DESAPERCIBIDA, Y NO HAYA SIDO DECLARADA POR EL ASEGURADO CON ANTERIORIDAD A LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO Y/O DE LOS AMPAROS ADICIONALES.

2.8.5. REALIZAR ACTIVIDADES ILÍCITAS.

NO OBSTANTE, EN TODOS LOS CASOS SE APLICARÁN LOS TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 1058 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

2.9. AUXILIO POR MATERNIDAD O PATERNIDAD

2.9.1. COBERTURA

EL PRESENTE AMPARO SE OTORGARÁ POR UNA (1) SOLA VEZ DURANTE LA VIGENCIA, CUANDO SE PRESENTE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

- POR EL NACIMIENTO (SUPERVIVENCIA) DEL HIJO, SIEMPRE Y CUANDO EL INICIO DEL EMBARAZO SE HAYA INICIADO EN LA VIGENCIA DE LA COBERTURA.
- EN CASO DE ADOPCIÓN, SIEMPRE Y CUANDO EL PROCESO DE ADOPCIÓN SEA POSTERIOR AL INICIO DE LA VIGENCIA INDIVIDUAL DE LA COBERTURA.

2.9.2. 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 CINCO (5) SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (SMLMV), UNA (01) SOLA VEZ POR VIGENCIA.

2.9.3. EXCLUSIONES DEL AMPARO DE AUXILIO POR MATERNIDAD O PATERNIDAD

NO SE RECONOCERA EL PRESENTE AMPARO CUANDO:

2.9.3.1. SE TRATE DE UN ALQUILER DE VIENTRE

2.9.3.2. EN LOS CASOS QUE LES OTORQUE AL ASEGURADO LA CUSTODIA O SEA DESIGNADO COMO ALBACEA DEL MENOR DE EDAD.

2.9.3.3. PARTOS QUE LEGALMENTE NO SE CONSIDEREN COMO NACIDO VIVO

2.10. AUXILIO POR REPATRIACION

2.10.1. COBERTURA

EN CASO DE QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN EL EXTERIOR POR UN PERIODO MENOR A 90 DÍAS Y FALLEZCA, SE INDEMNIZARA A LA PERSONA QUE HAYA REPATRIADO EL CUERPO, LOS COSTOS EN QUE HAYA INCURRIDO, DENTRO DEL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO.

2.10.2. 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 MINIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (SMLMV)

2.10.3. EXCLUSIONES DEL AMPARO DE AUXILIO POR REPATRIACION

NO SE RECONOCERA EL PRESENTE AMPARO CUANDO EL FALLECIMIENTO SEA CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

- 2.10.3.1.** GUERRA, INVASIÓN, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, INSURRECCIÓN, PODER MILITAR O USURPADO, LEY MARCIAL, MOTÍN O CONMOCIÓN CIVIL. SIN EMBARGO, NO ESTÁN EXCLUIDOS LOS EVENTOS QUE SEAN CONSECUENCIA DE ACTOS TERRORISTAS CONVENCIONALES.
- 2.10.3.2.** FISIÓN Y FUSIÓN NUCLEAR, RADIOACTIVIDAD O EL USO DE ARMAS ATÓMICAS, BIOLÓGICAS O QUÍMICAS.
- 2.10.3.3.** SUICIDIO O INTENTO DE SUICIDIO DENTRO DE LOS PRIMEROS 6 MESES DE VIGENCIA DEL SEGURO ESTANDO O NO EN USO DE TUS FACULTADES MENTALES.
- 2.10.3.4.** PARTICIPAR EN ACTOS ILICITOS O VIOLENTOS
- 2.10.3.5.** REPATRIACIONES SANITARIAS
- 2.10.3.6.** REPATRIACIONES POR EFECTOS DE PANDEMIAS

2.11. GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

2.11.1. COBERTURA

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, Y COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN CORPORAL CAUSADA POR UN ACCIDENTE, E INDEPENDIENTE DE CUALQUIER OTRA CAUSA, EL ASEGURADO, DENTRO DE LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE, SE VIERA PRECISADO A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA, SOMETERSE A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, HOSPITALIZARSE O RECIBIR CUALQUIER CLASE DE ASISTENCIA MÉDICA NECESARIA PARA EL RESTABLECIMIENTO DE SU SALUD, “**LA COMPAÑÍA**”, REEMBOLSARÁ EL VALOR DE DICHAS ASISTENCIAS HASTA EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, CON SUJECCIÓN A LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- A.** EL ASEGURADO DEBE ESTAR AFILIADO AL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD Y TENDRÁ DERECHO AL REEMBOLSO DE AQUELLOS GASTOS INCURRIDOS QUE EL POS NO CUBRA (MEDICINAS, COPAGOS, DEBIDAMENTE SOPORTADO POR UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD LEGALMENTE AUTORIZADA PARA LO PROPIO ETC)
- B.** EL MÉDICO O CIRUJANO DEBE ESTAR LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN.
- C.** LOS GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN SERÁN LOS QUE SE OCACIONEN DENTRO DE UNA CLÍNICA U HOSPITAL DEBIDAMENTE AUTORIZADOS PARA PRESTAR TALES SERVICIOS.
- D.** LOS MÉDICAMENTOS RECETADOS POR EL MÉDICO TRATANTE DEBEN SER DE APLICACIÓN ABSOLUTA, EXCLUSIVA Y NECESARIA PARA LA CURACIÓN DE LAS LESIONES SUFRIDAS EN EL ACCIDENTE.
- E.** EL REEMBOLSO SE HARÁ CONTRA LA PRESENTACIÓN DE LAS FACTURAS ORIGINALES.

F. PARA ACCIDENTES DE TRÁNSITO CUBRE EN EXCESO DEL SOAT Y FOSYGA

ESTE AMPARO NO TIENE LÍMITE DE NÚMERO DE EVENTOS POR VIGENCIA. NO APLICA LO DESCRITO EN LAS CONSIDERACIONES PRELIMINARES.

2.11.2. EXCLUSIONES DEL AMPARO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE.

“**LA COMPAÑÍA**”, NO RECONOCERÁ LOS GASTOS MÉDICOS QUE SEAN CONSECUENCIA O ESTÉN RELACIONADOS CON:

- 2.11.2.1. LOS ACCIDENTES QUE SEAN CONSECUENCIA DE TERREMOTO, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, INUNDACIONES, HURACANES Y, EN GENERAL, TODO FENÓMENO DE LA NATURALEZA.
- 2.11.2.2. LOS ACCIDENTES RESULTANTES DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR FISIÓN Y/O FUSIÓN NUCLEAR Y DE RADIOACTIVIDAD.
- 2.11.2.3. LOS ACCIDENTES PRODUCIDOS POR HECHOS DE GUERRA, MOTÍN, ASONADA, INSURRECCIÓN, SEDICIÓN, HUELGA O CUALQUIER ACTO QUE CONSTITUYA DELITO DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN LA LEY PENAL.
- 2.11.2.4. LOS ACCIDENTES PROVOCADOS POR LOS ASEGURADOS POR CUALQUIER INFRACCIÓN DE LEYES O DECRETOS.
- 2.11.2.5. LAS LESIONES O DAÑOS CAUSADOS SOBRE SÍ MISMO Y EN FORMA VOLUNTARIA POR EL ASEGURADO.
- 2.11.2.6. ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER CLASE DE PARTICIPACIÓN EN AVIACIÓN, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA LÍNEA AÉREA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS EN VIAJE INCLUIDO EN UN ITINERARIO REGULAR ENTRE AEROPUERTOS APROBADOS POR LA AERONÁUTICA CIVIL.
- 2.11.2.7. LOS ACCIDENTES OCURRIDOS AL ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE DROGAS TÓXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS O DE FÁRMACOS NO PRESCRITOS MÉDICAMENTE
- 2.11.2.8. 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.
- 2.11.2.9. LAS LESIONES SUFRIDAS COMO CONSECUENCIA DE LA PRÁCTICA DE DEPORTES NOTORIAMENTE PELIGROSOS, LOS CUALES INCLUYEN, PERO NO SE LIMITAN A: COMPETENCIAS DE VELOCIDAD O HABILIDAD AUTOMOVILÍSTICA, DE MOTOCICLISMO, BOXEO, LUCHA LIBRE, PARACAIDISMO, TOREO, CARRERAS DE CABALLOS, ARTES MARCIALES, CAZA, ETC., A NIVEL PROFESIONAL.
- 2.11.2.10. TENTATIVA DE SUICIDIO, SEA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE DEMENCIA.

- 2.11.2.11. LESIONES CAUSADAS AL ASEGURADO INTENCIONALMENTE POR TERCERAS PERSONAS.
- 2.11.2.12. LESIONES CORPORALES CAUSADAS POR OTRA PERSONA CON ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE.
- 2.11.2.13. EL SECUESTRO SIMPLE O EXTORSIVO DEL ASEGURADO, EL HURTO CALIFICADO, Y SUS TENTATIVAS.
- 2.11.2.14. ENFERMEDADES FÍSICAS O PSÍQUICAS Y LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS QUE NO SEAN NECESARIOS EN RAZÓN DE ACCIDENTES AMPARADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA Y LAS INFECCIONES BACTERIANAS (SALVO INFECCIONES PROGÉNICAS QUE ACONTEZCAN COMO CONSECUENCIA DE UNA HERIDA ACCIDENTAL).
- 2.11.2.15. DEFECTOS FÍSICOS O MENTALES Y LAS ENFERMEDADES RECURRENTE DE LAS CUALES EL ASEGURADO ERA CONSCIENTE EN LA FECHA EN QUE FUE SOLICITADA LA PÓLIZA Y QUE ESTE NO HAYA DECLARADO; ASÍ COMO LOS DEFECTOS FÍSICOS O MENTALES Y LAS ENFERMEDADES RECURRENTE QUE NO HAYAN SIDO ACEPTADAS EXPRESAMENTE POR **“LA COMPAÑÍA”**
- 2.11.2.16. GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES Y OPERACIONES DE GUERRA (HAYA SIDO DECLARADA O NO), GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN, ASONADA, TERRORISMO, SUBVERSIÓN O ACTOS DELICTIVOS EN QUE EL ASEGURADO PARTICIPE DIRECTAMENTE.
- 2.11.2.17. LOS ACCIDENTES OCASIONADOS POR ATAQUES CARDIACOS O EPILÉPTICOS, SÍNCOPE, ROTURA DE ANEURISMAS Y LOS QUE SE PRODUZCAN MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE DROGAS TÓXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS, CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO ORDENADA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
- 2.11.2.18. EMBARAZO, ABORTO Y ALUMBRAMIENTO, O LAS LESIONES O LA MUERTE QUE SOBREVENGAN COMO CONSECUENCIA DE ESTAS CAUSAS.
- 2.11.2.19. MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE SIRVIENDO EN LABORES MILITARES EN LAS FUERZAS ARMADAS O DE POLICÍA DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD NACIONAL O INTERNACIONAL.
- 2.11.2.20. LOS GASTOS MEDICOS QUE DEBEN SER ASUMIDOS POR LA ARL CORRESPONDIENTE DEL ASEGURADO
- 2.11.2.21. LA PRACTICA DE EXAMENES MEDICOS DE RUTINA
- 2.11.2.22. ACCIDENTES DE TRABAJO.

2.12. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

2.12.1. COBERTURA

“LA COMPAÑÍA”, PAGARÁ AL ASEGURADO, SALVO LAS EXCLUSIONES INDICADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA Y LAS PARTICULARES DEL PRESENTE AMPARO, CUANDO POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PRESENTE PÓLIZA REQUIERA HOSPITALIZACIÓN, EL VALOR DE RENTA DIARIA CONTRATADA E INDICADA EN EL CERTIFICADO DE SEGURO, A PARTIR DEL SEGUNDO DIA DE HOSPITALIZACION, SIN EXCEDER DE CINCUENTA (50) DÍAS CONTINUOS O DISCONTINUOS Y MÁXIMO CUATRO (4) EVENTOS POR AÑO.

(ENTENDIÉNDOSE POR EVENTO LAS HOSPITALIZACIONES COMO CONSECUENCIA DE UNA MISMA ENFERMEDAD O LESIÓN)

EL PAGO SE PRODUCIRÁ SIEMPRE Y CUANDO LA ENFERMEDAD O LESIONES QUE OCASIONEN LA HOSPITALIZACIÓN SE HAYAN PRODUCIDO TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS CONTINUOS DESDE EL INGRESO A LA PÓLIZA.

EL PRESENTE AMPARO INCLUYE LA HOSPITALIZACION EN CASA O DOMICILIARIA, CUANDO SEA PRESCRITA POR EL MÉDICO TRATANTE.

EL AMPARO SE EXTIENDE A AMPARAR AL ASEGURADO EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

2.12.1.1. HOSPITALIZACIÓN

DETERMINADA POR EL INGRESO DEL ASEGURADO COMO PACIENTE INTERNO EN UN CENTRO HOSPITALARIO AUTORIZADO, MÍNIMO POR VEINTICUATRO (24) HORAS, PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, BAJO EL CUIDADO Y SUPERVISIÓN DE UN MÉDICO LEGALMENTE RECONOCIDO POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES PARA EL DESEMPEÑO DE SU PROFESIÓN.

2.12.1.2. TRATAMIENTO MÉDICO Y CIRUGÍA AMBULATORIA

SE ENTIENDE COMO TAL LA REALIZACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO NECESARIO PARA EL ASEGURADO, EFECTUADO COMO SERVICIO AMBULATORIO, DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA O CENTRO DE CIRUGÍA AUTORIZADO QUE CUMPLA CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS PARA TAL FIN. BAJO ESTE AMPARO, LA COMPAÑÍA PAGARÁ UNA VEZ POR VIGENCIA LA SUMA ESTIPULADA POR TRATAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE UNA MISMA LESIÓN O ENFERMEDAD.

2.13. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

2.13.1. COBERTURA

“**LA COMPAÑÍA**”, PAGARÁ AL ASEGURADO, SALVO LAS EXCLUSIONES INDICADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA Y LAS PARTICULARES DEL PRESENTE AMPARO, CUANDO POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PRESENTE PÓLIZA REQUIERA HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI), RECONOCERÁ COMO BENEFICIO DIARIO, EL EQUIVALENTE A DOS (2) VECES LA SUMA PACTADA EN LA COBERTURA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN, SIN EXCEDER DE DIEZ (10) DÍAS CONTINUOS, COMO RESULTADO DE UN MISMO ACCIDENTE O ENFERMEDAD. ESTOS AMPAROS TIENEN UN PERIODO DE NO COBERTURA DE UN (1) DÍA, POR LO CUAL LA COMPAÑÍA PAGARÁ UNA SUMA DIARIA POR CADA DÍA DE HOSPITALIZACIÓN O DE UCI, A PARTIR DEL SEGUNDO (2do) DÍA.

DOS DISTINTAS HOSPITALIZACIONES DEL ASEGURADO DEBIDAS A LA MISMA CAUSA SERAN CONSIDERADAS COMO UN UNICO PERIODO DE HOSPITALIZACION,

SI ENTRE AMBOS PERIODOS DE HOSPITALIZACIÓN TRANSCURRAN MENOS DE 60 DIAS.

2.14. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

2.14.1. COBERTURA

“**LA COMPAÑÍA**”, PAGARÁ A LA ASEGURADA, SALVO LAS EXCLUSIONES INDICADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA Y LAS PARTICULARES DEL PRESENTE AMPARO, CUANDO EL ASEGURADO REQUIERA SER HOSPITALIZADA POR PARTO NORMAL O POR CESÁREA. SIEMPRE Y CUANDO EL EMBARAZO SE HAYA INICIADO DESPUÉS DE ENTRAR EN VIGOR EL SEGURO.

BAJO ESTA COBERTURA ADICIONAL, SE RECONOCERÁ LA SUMA DIARIA ASEGURADA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA POR CADA DÍA QUE LA ASEGURADA PERMANEZCA HOSPITALIZADA, CON UN MÁXIMO DE TREINTA (30) DÍAS POR EVENTO Y POR VIGENCIA ANUAL.

2.15. RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD DOMICILIARIA POST HOSPITALARIA

2.15.1. COBERTURA

“**LA COMPAÑÍA**”, PAGARÁ AL ASEGURADO, SI A CONSECUENCIA DEL TRATAMIENTO HOSPITALARIO QUEDE INCAPACITADO EN FORMA TEMPORAL PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO SUS LABORRES HABITUALES, SE INDEMNIZARÁ EL BENEFICIO DIARIO CONTRATADO POR CADA DIA DE INCAPACIDAD DOMICILIARIA DECRETADA POR EL MEDICO TRATANTE, SIN EXCEDER DE SEIS (06) DIAS POR CADA VIGENCIA.

2.15.2. EXCLUSIONES PARA LOS AMPAROS DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN, RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION POR COMPLICACIONES DEL EMBARAZO.

SALVO ESTIPULACIÓN EXPRESA EN CONTRARIO, NO TIENE COBERTURA LOS EVENTOS A CONTINUACIÓN RELACIONADOS, NO OBSTANTE, PRODUZCAN AL ASEGURADO LAS CONSECUENCIAS ANTERIORMENTE DESCRITAS:

2.15.2.1. HOSPITALIZACIONES DERIVADAS DE ACCIDENTES QUE SEAN CONSECUENCIA DE TERREMOTO, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, INUNDACIONES, HURACANES Y, EN GENERAL, TODO FENÓMENO DE LA NATURALEZA.

2.15.2.2. HOSPITALIZACIONES DERIVADAS DE LOS ACCIDENTES RESULTANTES DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR FISIÓN Y/O FUSIÓN NUCLEAR Y DE RADIOACTIVIDAD. ASI COMO SUS EFECTOS SECUNDARIOS.

2.15.2.3. HOSPITALIZACIONES DERIVADAS DE LOS ACCIDENTES PRODUCIDOS POR HECHOS DE GUERRA, MOTÍN, ASONADA, INSURRECCIÓN, SEDICIÓN, HUELGA O CUALQUIER ACTO QUE CONSTITUYA DELITO DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN LA LEY PENAL.

2.15.2.4. HOSPITALIZACIÓN COMO RESULTADO DE UNA INFECCIÓN PRODUCIDA POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (HIV) O VARIANTES,

- INCLUYENDO EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) O ENFERMEDADES RELACIONADAS.
- 2.15.2.5.** HOSPITALIZACIONES RELACIONADAS O COMO CONSECUENCIA DEL CÁNCER Y SU TRATAMIENTO.
 - 2.15.2.6.** HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS COMO CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES Y/O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA.
 - 2.15.2.7.** HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO EN UN CENTRO HOSPITALARIO, QUE NO CUMPLA CON LOS REQUISITOS ESPECIFICADOS ANTERIORMENTE, O QUE EL ASEGURADO NO SE ENCUENTRE BAJO LA ATENCIÓN Y CUIDADO DE UN MÉDICO AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN.
 - 2.15.2.8.** HOSPITALIZACIONES DEL ASEGURADO EN INSTITUCIONES MENTALES PARA TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS, LOS LUGARES DE REPOSO, CONVALECENCIA O DESCANSO PARA ANCIANOS, CENTROS DE TRATAMIENTO PARA DROGADICTOS O ALCOHÓLICOS, CENTROS DE CUIDADO INTERMEDIO O LUGARES DONDE SE PROPORCIONAN TRATAMIENTOS NATURISTAS O DE ESTÉTICA.
 - 2.15.2.9.** TODO CUIDADO AMBULATORIO PROVISTO EN EL CONSULTORIO DE UN MÉDICO.
 - 2.15.2.10.** HOSPITALIZACIÓN PARA TRATAMIENTOS DE BELLEZA O CIRUGÍA CON FINES ESTÉTICOS O CIRUGÍAS PLÁSTICAS PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO, A MENOS QUE SEAN CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO.
 - 2.15.2.11.** HOSPITALIZACIONES PARA PRÁCTICA DE EXÁMENES MÉDICOS DE RUTINA, EXÁMENES DE LABORATORIO, RADIOGRAFÍAS, FISIOTERAPIA, TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS, DE DIAGNÓSTICO Y CONSULTAS MÉDICAS.
 - 2.15.2.12.** CUALQUIER CLASE DE HERNIA Y VARICES.
 - 2.15.2.13.** TRATAMIENTOS CON CRIOTERAPIA.
 - 2.15.2.14.** HOSPITALIZACION CUANDO EL ASEGURADO PARTICIPE EN ESTUDIOS MEDICO-CIENTIFICOS DE CUALQUIER INDOLE, ASÍ COMO SUS CONSECUENCIAS.
 - 2.15.2.15.** CIRUGIAS COMO DONANTE DE ORGANOS
 - 2.15.2.16.** HOSPITALIZACIONES RELACIONADAS CON TENTATIVAS DE SUICIDIO, BIEN SEA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE DEMENCIA; ASÍ COMO LAS LESIONES AUTOINFLIGIDAS O CUALQUIER INTENTO DE ELLO.
 - 2.15.2.17.** HOSPITALIZACIÓN POR CHEQUEOS MÉDICOS, CHEQUEOS DE CONTROL O COMPLICACIONES DEL EMBARAZO.
 - 2.15.2.18.** HOSPITALIZACIONES ORIGINADAS O RELACIONADAS CON ABORTO PROVOCADO.
 - 2.15.2.19.** HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS QUE SEAN CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS.
 - 2.15.2.20.** HOSPITALIZACIONES PARA CIRUGÍAS PARA LA EXTRACCIÓN O CAUTERIZACIÓN DE VERRUGAS O LUNARES, UÑAS ENCARNADAS, LIPOMAS Y QUISTES SEBÁCEOS.

- 2.15.2.21. CIRUGÍAS Y TRATAMIENTOS DESTINADOS A ESTERILIZACIÓN O FERTILIDAD TANTO MASCULINA COMO FEMENINA. ASI COMO SUS CONSECUENCIAS.
- 2.15.2.22. TRATAMIENTOS DE TABAQUISMO, ALCOHOLISMO, O ADICCIÓN A LAS DROGAS, ASI COMO SUS CONSECUENCIAS.
- 2.15.2.23. CORRECCION DE DEFECTOS DE REFRACCION VISUAL.
- 2.15.2.24. HOSPITALIZACIONES QUE SEAN CONSECUENCIA DE LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN PELEAS O RIÑAS; SALVO EN LOS CASOS EN QUE SE TRATE EN LEGÍTIMA DEFENSA.
- 2.15.2.25. HOSPITALIZACIONES POR CAUSA DE CATÁSTROFES NATURALES.
- 2.15.2.26. HOSPITALIZACIONES RELACIONADAS CON LOS ACCIDENTES OCURRIDOS MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE SIENDO TRANSPORTADO EN AERONAVES PRIVADAS Y NO COMERCIALES (INCLUIDOS LOS HELICÓPTEROS).
- 2.15.2.27. ENFERMEDADES DECLARADAS COMO EPIDEMICAS O PANDEMICAS, DECLARADAS POR LA AUTORIDAD SANITARIA COMPETENTE.
- 2.15.2.28. ACCIDENTES DE TRABAJO

2.15.3. PAGO DE BENEFICIOS

- 2.15.3.1. TODO PAGO PARCIAL EFECTUADO POR LA COMPAÑÍA BAJO EL PRESENTE AMPARO, SERÁ CONSIDERADO COMO UN ADELANTO DE LA SUMA DEFINITIVA A INDEMNIZAR RESPECTO DEL ACCIDENTE QUE ORIGINÓ DICHO PAGO.
- 2.15.3.2. LA HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO QUE COMIENZE EN LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO ADICIONAL Y QUE SE DEBA A LA MISMA CAUSA O CAUSAS RELACIONADAS CON UNA HOSPITALIZACIÓN ANTERIOR Y POR LA CUAL SE HAYA PAGADO INDEMNIZACIÓN DIARIA BAJO ESTE AMPARO ADICIONAL, SIN QUE EXISTA UN PERIODO ENTRE ELLAS DE POR LO MENOS DOCE (12) MESES, SERÁ CONSIDERADA UNA CONTINUACIÓN DE DICHA HOSPITALIZACIÓN ANTERIOR PARA EFECTOS DE DETERMINAR EL PERIODO DE INDEMNIZACIÓN ESTIPULADO Y EL MÁXIMO BENEFICIO PAGADERO POR EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL.
- 2.15.3.3. POR EL CONTRARIO, HOSPITALIZACIONES SEPARADAS POR UN PERIODO IGUAL O SUPERIOR A DOCE (12) MESES Y HOSPITALIZACIONES QUE NO TENGAN UNA MISMA CAUSA O CAUSAS RELACIONADAS, NO SERÁN CONSIDERADAS COMO OCURRIDAS DURANTE EL MISMO PERIODO DE INDEMNIZACIÓN ESTIPULADO Y EL MÁXIMO BENEFICIO PAGADERO BAJO ESTE ANEXO. PARÁGRAFO PARA OBTENER EL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN ES INDISPENSABLE QUE AL MOMENTO DE LA HOSPITALIZACIÓN Y/O CIRUGÍA, EL ASEGURADO SE ENCUENTRE AFILIADO A UNA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD (E.P.S.).

2.15.4. COEXISTENCIAS DE AMPAROS

EL ASEGURADO NO PODRÁ ESTAR CUBIERTO POR MÁS DE UN AMPARO ADICIONAL EXPEDIDO POR “**LA COMPAÑÍA**”, QUE CUBRA EL MISMO RIESGO.

EN CASO DE PRESENTARSE TAL EVENTO Y OCURRA UN SINIESTRO, SE CONSIDERARÁ A ESTE ASEGURADO CUBIERTO POR EL AMPARO ADICIONAL QUE LE PROPORCIONE EL MAYOR BENEFICIO.

2.16. RENTA MENSUAL DE LIBRE DESTINACION EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO

2.16.1. COBERTURA

EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO POR CAUSA NO EXCLUIDA, SE RECONOCERÁ, UNA RENTA POR DOCE (12) MESES PARA LIBRE DESTINACIÓN QUE SE PUEDE INDEMNIZAR DE FORMA MENSUAL O EN UN SOLO PAGO.

2.17. RENTA MENSUAL DE LIBRE DESTINACION EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO

2.17.1. COBERTURA

EN CASO DE QUE SE PRESENTE UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR CAUSA NO EXCLUIDA, SE INDEMNIZARÁ UNA RENTA POR DOCE (12) MESES PARA LIBRE DESTINACION QUE PUEDE SER PAGADA DE FORMA MENSUAL O EN UN SOLO PAGO.

2.18. CANASTA

2.18.1. COBERTURA

EN EL EVENTO DE PRESENTARSE EL FALLECIMIENTO O LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO, “**LA COMPAÑÍA**” RECONOCERÁ LA SUMA MENSUAL INDICADA PARA ESTE AMPARO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA, REALIZANDO UN SOLO PAGO POR TODAS LAS MENSUALIDADES CONTRATADAS, DESTINADA A CUBRIR LOS GASTOS RELACIONADOS CON:

2.18.1.1. AUXILIO PARA GASTOS DEL HOGAR

2.18.1.2. AUXILIO ECONÓMICO PARA EL PAGO DE GASTOS EDUCATIVOS

2.18.1.3. AUXILIO POR MATERNIDAD O PATERNIDAD

2.18.1.4. AUXILIO ECONÓMICO PARA EL PAGO DE SERVICIOS PÚBLICOS

2.18.1.5. AUXILIO ECONÓMICO PARA LA ADECUACIÓN DEL VEHÍCULO POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

2.18.2. EXCLUSIONES PARA LOS AMPAROS DE RENTA DE LIBRE DESTINACION Y EL AMPARO DE CANASTA

SEGÚN SEA EL CASO, APLICARAN LAS EXCLUSIONES INDICADAS PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE O PARA EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, INDICADAS EN EL PRESENTE CLAUSULADO.

2.18.3. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, EN CASO DE MUERTE O DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SE HARÁ AL PROPIO ASEGURADO O, AL BENEFICIARIO DESIGNADO, SEGÚN SEA EL CASO, DICHO PAGO SE EFECTUARÁ EN FORMA DE BONOS DE UNA EMPRESA LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA

OFRECER ESTE TIPO DE DOCUMENTOS, O MEDIANTE UN SOLO PAGO EN FORMA DE CAPITAL DE ACUERDO CON EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO.

NOTA: LOS AMPAROS DE RENTA DE LIBRE DESTINACION Y CANASTA, SON EXCLUYENTES.

2.19. DESEMPLEO INVOLUNTARIO

2.19.1. COBERTURA

CUANDO EL ASEGURADO QUE INGRESE A LA PÓLIZA TENIENDO VÍNCULO LABORAL VIGENTE MEDIANTE UN CONTRATO DE TRABAJO ESCRITO DE JORNADA ORDINARIA, TIEMPO COMPLETO Y A TÉRMINO INDEFINIDO, SUSCRITO CONFORME A LA LEGISLACIÓN COLOMBIANA Y TENGA UNA ANTIGÜEDAD NO INFERIOR A TRES (3) MESES; O ESTÉ VINCULADO MEDIANTE SITUACIÓN LEGAL O REGLAMENTARIA, EN CASO DE SER EMPLEADO PÚBLICO O TRABAJADOR OFICIAL, SEA DESPEDIDO SIN JUSTA CAUSA EN LOS TÉRMINOS PREVISTOS EN LA LEGISLACIÓN LABORAL COLOMBIANA, SE LE INDEMNIZARÁ HASTA EL LÍMITE ASEGURADO DESCRITO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA, EN FORMA MENSUAL Y HASTA POR UN PERIODO MÁXIMO DE SEIS MESES O POR EL TIEMPO TRANSCURRIDO HASTA LA OBTENCIÓN DE UN NUEVO EMPLEO, EL QUE SEA MENOR. TENIENDO EN CUENTA QUE EL PAGO SE HARÍA MES A MES, DURANTE EL PERIODO QUE EL ASEGURADO DURE SIN EMPLEO O EL VENCIMIENTO DE LOS SEIS MESES, PARA FINES PRÁCTICOS Y OPERATIVOS SE PAGARÁN MESES COMPLETOS

ESTA COBERTURA TENDRA UN PERIODO DE CARENCIA DE UN (1) MES A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DE CADA ASEGURADO.

ESTE AMPARO ES EXCLUYENTE CON EL AMPARO INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL QUE APLICA PARA TRABAJADORES INDEPENDIENTES. SOLO SE PERMITE UN EVENTO POR VIGENCIA POR ASEGURADO.

2.19.2. EXCLUSIONES PARA EL AMPARO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO

SALVO ESTIPULACIÓN EXPRESA EN CONTRARIO, NO TIENE COBERTURA LOS EVENTOS A CONTINUACIÓN RELACIONADOS:

2.19.2.1. CUANDO EL ASEGURADO CESE VOLUNTARIAMENTE SU ACTIVIDAD LABORAL (DESEMPLEO VOLUNTARIO).

2.19.2.2. LA TERMINACIÓN DEL TRABAJO COMO CONSECUENCIA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O INVALIDEZ.

2.19.2.3. TERMINACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO POR PARTE DEL EMPLEADOR ARGUMENTANDO JUSTA CAUSA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE.

2.19.2.4. POR MUERTE DEL TRABAJADOR.

2.19.2.5. TERMINACIÓN DEL CONTRATO POR MUTUO CONSENTIMIENTO DE LAS PARTES.

2.19.2.6. RETIRO POR JUBILACIÓN O VEJEZ.

2.19.2.7. CUANDO SE TRATE DE TRABAJADORES EMPLEADOS EN SU PROPIA EMPRESA O TRABAJADORES INDEPENDIENTES

- 2.19.2.8. CUANDO SE TRATE DE DESPIDOS COLECTIVOS AUTORIZADOS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.
- 2.19.2.9. CUANDO SE TRATE DE DESPIDOS DERIVADOS DE UNA PANDEMIA O EPIDEMIA
- 2.19.2.10. CUANDO DE TRATE DE DESPIDOS A CONSECUENCIA DE TERREMOTO, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, INUNDACIONES, HURACANES Y, EN GENERAL, TODO FENÓMENO DE LA NATURALEZA.
- 2.19.2.11. CUANDO DE TRATE DE DESPIDOS A CONSECUENCIA DE FISIÓN Y/O FUSIÓN NUCLEAR Y DE RADIOACTIVIDAD. ASI COMO SUS EFECTOS SECUNDARIOS.
- 2.19.2.12. CUANDO DE TRATE DE DESPIDOS A CONSECUENCIA DE HECHOS DE GUERRA, MOTÍN, ASONADA, INSURRECCIÓN, SEDICIÓN, HUELGA O CUALQUIER ACTO QUE CONSTITUYA DELITO DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN LA LEY PENAL.
- 2.19.2.13. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL EN CARGOS PÚBLICOS U OFICIALES DE LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCIÓN.
- 2.19.2.14. CONTRATOS EN LA MODALIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

PARÁGRAFO: POR ASEGURADO SE CUBRIRÁ UN EVENTO POR VIGENCIA.

2.20. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL- APLICA PARA TRABAJADORES INDEPENDIENTES

2.20.1. COBERTURA

SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, EL ASEGURADO QUEDA INCAPACITADO TOTAL Y TEMPORALMENTE EN FORMA TAL, QUE NO PUEDA DESARROLLAR SU TRABAJO HABITUAL, “**LA COMPAÑÍA**” PAGARÁ POR CADA MES EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, DURANTE EL TIEMPO QUE EL ASEGURADO ESTÉ IMPOSIBILITADO PARA EJECUTAR TODAS Y CADA UNA DE LAS ACTIVIDADES DIARIAS RELACIONADAS CON SU OCUPACIÓN, ESTE AMPARO CUBRE A PARTIR DEL TERCER (3) DÍA SIGUIENTE A LA INICIACIÓN DE LA INCAPACIDAD Y POR UN MÁXIMO DE SEIS (6) MESES SUBSIGUIENTES.

ES REQUISITO PARA EL PAGO DE ESTE AMPARO QUE LA INCAPACIDAD SEA CERTIFICADA POR UN MÉDICO ADSCRITO A LA EPS O A LA ARL A LA CUAL EL ASEGURADO SE ENCUENTRE AFILIADO COMO COTIZANTE O POR UN MÉDICO ESPECIALIZADO EN MEDICINA OCUPACIONAL DEBIDAMENTE CERTIFICADO.

PARA CADA MES Y CASO, RESPECTO DEL CUAL SE RECLAME INDEMNIZACIÓN, DEBERÁN PRESENTARSE PRUEBAS MÉDICAS A SATISFACCIÓN DE LA COMPAÑÍA QUIEN SE RESERVA EL DERECHO DE VERIFICAR LA VERACIDAD DE TALES PRUEBAS.

ESTE AMPARO SOLO APLICA PARA TRABAJADORES INDEPENDIENTES EN UNA ACTIVIDAD FORMAL, DEMOSTRABLE MEDIANTE CERTIFICADO DE CÁMARA DE COMERCIO O DEL RUT.

ESTA COBERTURA TENDRA UN PERIODO DE CARENCIA DE UN (1) MES A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DE CADA ASEGURADO.

PARÁGRAFO: SE CUBRIRA UN SOLO EVENTO DURANTE LA VIGENCIA, QUE PUEDE PRESENTARSE EN PERIODO CONTINUO O DISCONTINUO.

ESTE AMPARO ES EXCLUYENTE CON EL AMPARO DESEMPLEO INVOLUNTARIO

2.20.2. EXCLUSIONES PARA EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

SALVO ESTIPULACIÓN EXPRESA EN CONTRARIO, NO TIENE COBERTURA LOS EVENTOS A CONTINUACIÓN RELACIONADOS:

- 2.20.2.1.** LOS ACCIDENTES QUE SEAN CONSECUENCIA DE TERREMOTO, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, INUNDACIONES, HURACANES Y, EN GENERAL, TODO FENÓMENO DE LA NATURALEZA.
- 2.20.2.2.** LOS ACCIDENTES RESULTANTES DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR FISIÓN Y/O FUSIÓN NUCLEAR Y DE RADIOACTIVIDAD.
- 2.20.2.3.** LOS ACCIDENTES PRODUCIDOS POR HECHOS DE GUERRA, MOTÍN, ASONADA, INSURRECCIÓN, SEDICIÓN, HUELGA O CUALQUIER ACTO QUE CONSTITUYA DELITO DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN LA LEY PENAL.
- 2.20.2.4.** LOS ACCIDENTES PROVOCADOS POR EL ASEGURADO POR CUALQUIER INFRACCIÓN DE LEYES O DECRETOS.
- 2.20.2.5.** LAS LESIONES O DAÑOS CAUSADOS SOBRE SÍ MISMO Y EN FORMA VOLUNTARIA POR EL ASEGURADO.
- 2.20.2.6.** ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE CUALQUIER CLASE DE PARTICIPACIÓN EN AVIACIÓN, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA LÍNEA AÉREA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS EN VIAJE INCLUIDO EN UN ITINERARIO REGULAR ENTRE AEROPUERTOS APROBADOS POR LA AERONÁUTICA CIVIL.
- 2.20.2.7.** LOS ACCIDENTES OCURRIDOS POR ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, DROGAS TOXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS.
- 2.20.2.8.** LAS LESIONES SUFRIDAS COMO CONSECUENCIA DE LA PRÁCTICA DE DEPORTES DE CARÁCTER PROFESIONAL, LOS CUALES INCLUYEN, PERO NO SE LIMITAN A: COMPETENCIAS DE VELOCIDAD O HABILIDAD AUTOMOVILÍSTICA, DE MOTOCICLISMO, BOXEO, LUCHA LIBRE, PARACAIDISMO, TOREO, CARRERAS DE CABALLOS, ARTES MARCIALES, CAZA, ETC., A NIVEL PROFESIONAL.
- 2.20.2.9.** SUICIDIO O SUS TENTATIVAS, SEA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE DEMENCIA.
- 2.20.2.10.** LESIONES CAUSADAS AL ASEGURADO INTENCIONALMENTE POR TERCERAS PERSONAS.
- 2.20.2.11.** LESIONES CORPORALES CAUSADAS POR OTRA PERSONA CON ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE.
- 2.20.2.12.** EL SECUESTRO SIMPLE O EXTORSIVO DEL ASEGURADO, EL HURTO CALIFICADO, Y SUS TENTATIVAS.
- 2.20.2.13.** TRABAJADORES EN ACTIVIDADES INFORMALES QUE NO SE ENCUENTREN INSCRITOS EN LA CÁMARA DE COMERCIO O EN EL RUT.

2.20.2.14. INCAPACIDADES A CONSECUENCIA DE ACTOS DELICTIVOS O CONTRAVENCIONALES.

2.20.2.15. DICTÁMENES MÉDICOS DADOS POR PERSONAS QUE TENGAN PARENTESCO CON EL ASEGURADO HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO DE AFINIDAD Y ÚNICO CIVIL.

2.20.3. DEDUCCIONES

ESTE AMPARO NO ES ACUMULABLE AL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN, RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN UCI Y RENTA DIARIA POST HOSPITALARIA. EN CASO DE QUE EL ASEGURADO AFECTE ALGUNO DE LOS ANTERIORES AMPAROS, LA PRESENTE COBERTURA ENTRA A OPERAR POSTERIOR AL EGRESO HOSPITALARIO.

EDADES

PARA LAS PÓLIZAS DE VIDA GRUPO SE ESTABLECEN EDADES MÍNIMAS DE INGRESO Y MÁXIMAS DE INGRESO Y DE PERMANENCIA PARA CADA UNO DE LOS AMPAROS, LAS CUALES SE DESCRIBEN A CONTINUACIÓN:

	MINIMA	MAXIMA	PERMANENCIA
AMPARO BASICO			
Muerte por Cualquier Causa	12	70	INDEFINIDA
AMPAROS OPCIONALES			
Incapacidad total y permanente por enfermedad o Accidente	12	65	70
Pérdida parcial de capacidad laboral.	18	65	70
Indemnización adicional por muerte accidental	12	65	70
Beneficios por desmembración por accidente	12	65	70
Enfermedades graves	12	65	70
Trasplante de órganos vitales	12	65	70
Auxilio funerario	12	70	INDEFINIDA
Auxilio por Maternidad o Paternidad	18	70	75
Auxilio de Repatriación	12	70	80
Gastos médicos por accidente	12	59	65
Renta para libre destinación en caso de fallecimiento del asegurado	12	70	80
Renta para libre destinación en caso de incapacidad total y permanente del asegurado	12	65	70
Renta diaria por hospitalización	12	64	65
Renta diaria por hospitalización en unidad de cuidados intensivos	12	64	65
Renta diaria por hospitalización por complicaciones del embarazo	18	59	60
Renta diaria por incapacidad domiciliaria post-hospitalaria	12	64	65
Canasta (Resultado de Fallecimiento)	12	70	80
Canasta (Resultado de Incapacidad y Permanente)	12	65	70
Desempleo involuntario	18	64	65
Incapacidad total temporal aplica para los trabajadores independientes	18	64	65

NOTA 1: Únicamente en casos particulares, cuando 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.

NOTA 2: La edad máxima de ingreso para la cobertura de Enfermedades Graves, en el amparo adicional de cáncer de mama y el de trasplantes de órganos es de 65 años. A su vez la edad máxima de permanencia también será de 70 años.

2.21. AMPARO FAMILIAR

2.21.1. COBERTURAS

EL PRESENTE AMPARO TIENE POR OBJETO OTORGAR COBERTURA A LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR DEL ASEGURADO PRINCIPAL, DE LA SIGUIENTE MANERA:

	MUERTE POR CUALQUIER CAUSA / AUXILIO FUNERARIO / CANASTA	INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	ENFERMEDADES GRAVES	AUXILIO FUNERARIO
CONYUGUE	Máximo 100% de la cobertura otorgada al Asegurado Principal	Máximo 100% de la cobertura otorgada al Asegurado Principal	Máximo 50% de la cobertura otorgada al Asegurado Principal	Máximo 100% de la cobertura otorgada al Asegurado Principal
HIJOS / HIJASTROS / HERMANOS	Máximo 25% de la cobertura otorgada al Asegurado Principal	N/A	Máximo 50% de la cobertura otorgada al Asegurado Principal	Máximo 50% de la cobertura otorgada al Asegurado Principal
PROGENITORES	Máximo 25% de la cobertura otorgada al Asegurado Principal	N/A	Máximo 50% de la cobertura otorgada al Asegurado Principal	Máximo 50% de la cobertura otorgada al Asegurado Principal

EDADES GRUPO FAMILIAR

BASICO (MUERTE POR CUALQUIER CAUSA), INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL. CANASTA, AUXILIO FUNERARIO, AUXILIO DE REPATRIACION			
PARENTESCO	Mínima de Ingreso	Máxima de Ingreso	Máxima de Permanencia
CONYUGUE	Las mismas del Asegurado Principal	Las mismas del Asegurado Principal	Las mismas del Asegurado Principal
HIJOS / HIJASTROS / HERMANOS	2 años	35 años	39 años
PROGENITORES	35 años	69 años	74 años

ENFERMEDADES GRAVES, RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION, RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION UCI			
PARENTESCO	Mínima de Ingreso	Máxima de Ingreso	Máxima de Permanencia
CONYUGE	Las mismas del Asegurado Principal	Las mismas del Asegurado Principal	Las mismas del Asegurado Principal
HIJOS / HIJASTROS / HERMANOS	2 años	24 años	29 años
PROGENITORES	35 años	54 años	59 años

2.21.2. EXCLUSIONES

LAS EXCLUSIONES PARA ESTOS AMPAROS SON LAS MISMAS INDICADAS EN EL PRESENTE CLAUSULADO GENERAL.

CLAUSULA SEGUNDA. DEFINICIONES.

Para los efectos del presente contrato y donde quiera que se utilicen, las siguientes expresiones significarán:

1. Asegurador.

Compañía aseguradora (LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A.)

2. Tomador.

Es la persona jurídica que, por tener interés asegurable, contrata un seguro por cuenta de terceros para asegurar un número determinado de personas. El tomador, es el responsable del pago de la totalidad de las primas causadas a través de la vigencia de la póliza.

3. Grupo Asegurable.

Conjunto de personas naturales, no siendo este grupo inferior a 10 personas, con potencialidad de convertirse en un grupo asegurado, vinculados bajo una misma personería jurídica, en virtud de una situación legal o reglamentaria, o que tengan con una tercera persona (tomador) relaciones estables de la misma naturaleza y cuyo vínculo no se presente con el propósito de contratar el seguro de vida.

4. Grupo Asegurado.

Conjunto de miembros del grupo asegurable cuya vida se asegura desde la fecha en que cumplen con los requisitos de elegibilidad, por las sumas y en los términos especificados en esta póliza.

5. Asegurado.

Es cada una de las personas del grupo asegurado.

6. Enfermedad.

Alteración de la salud en detrimento de una persona como resultado de la acción de múltiples factores que menoscaban la capacidad personal, laboral, familiar y social de quien la padece y que requiere de atención médica o quirúrgica.

7. Accidente.

Se entiende por accidente todo suceso imprevisto, fortuito, externo, violento, visible o interno, repentino e independiente de la voluntad del Asegurado, ocurrido durante la vigencia de la póliza, que produzca en la integridad física del mismo, lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas visibles, o lesiones internas medicamente comprobadas, que desencadenen su muerte, ya sea de forma inmediata o posteriormente.

8. Tratamiento.

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

9. Médico.

Es la persona natural que, cumpliendo con los requisitos legales, está autorizado para el ejercicio de la profesión en el área clínica, quirúrgica o de apoyo diagnóstico o asistencial.

10. Centro Hospitalario

Establecimiento legalmente registrado y autorizado que reúne las condiciones exigidas para atender a los enfermos. No se consideran centros hospitalarios para efectos de esta póliza los siguientes establecimientos:

- a. Instituciones para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas y mentales
- b. Lugares de reposo, convalecencia o descanso para ancianos, drogadictos o alcohólicos.
- c. Lugares donde se proporcionan tratamientos naturistas.

11. Unidad de cuidados intensivos.

Es el lugar de cuidado especializado ubicado en un centro hospitalario dotado con recursos humanos y equipos especiales, donde se presta atención permanente al paciente crítico.

12. Diagnóstico.

Es toda identificación de una enfermedad fundándose en los síntomas manifestados por el enfermo, confirmadas por evidencias clínicas y paraclínicas.

13. Enfermedad Preexistente.

Es cualquier patología, afección o condición médica, diagnosticada o manifestada con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza o la fecha de ingreso de cada asegurado, sean estas agudas o crónicas, quedaran excluidas de las coberturas otorgadas bajo el contrato de seguro que se celebre, salvo manifestación expresa en contrario de la aseguradora. Cuando la patología principal sea preexistente, quedaran además excluidas todas aquellas patologías relacionadas con ella.

14. Declaración Inexacta o reticente

El tomador y los asegurados individualmente considerados están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo según el cuestionario que le sea propuesto. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por “**LA COMPAÑÍA**”, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducirlo a

estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del presente contrato o de sus certificados.

15. Periodo de Hospitalización.

Comprende todas las hospitalizaciones continuas o discontinuas que requiera cualquiera de los asegurados, debidas a una misma causa o relacionadas entre sí.

16. Beneficios.

Son los límites máximos que por concepto de indemnización reconoce la compañía, de acuerdo con los términos y condiciones que se establecen en la carátula de la póliza o en sus anexos.

17. Uso de red

Es el canal mediante el cual permite a las compañías de seguros comercializar, promover y gestionar productos haciendo uso de la red de las entidades vigiladas por la superintendencia financiera de Colombia.

18. Cáncer In-Situ y/o No Invasivo

El cáncer que se mantiene dentro del mismo tejido del órgano en donde se ha originado sin afección de otras capas o estructuras del mismo órgano y que no presenta invasión a tejidos contiguos o a distancia, ni ha hecho metástasis.

19. Actividades Diarias

Para efectos de la presente póliza, 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 de preparar la comida).

20. El trasplante de órganos

Se entiende como la inserción de un órgano de un donante humano en el cuerpo del asegurado con restablecimiento de las conexiones vasculares arteriales y venosas.

21. Hospitalización

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

22. Deducible

El deducible es el tiempo de internamiento en el hospital que tiene que transcurrir antes de que el Asegurado tenga derecho a recibir la prestación contratada en el Amparo Opcional de Renta Diaria por Hospitalización.

23. Día

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

CLAUSULA TERCERA. MODALIDADES DEL SEGURO

- **SEGURO DE GRUPO CONTRIBUTIVO**

ES AQUEL CUYA PRIMA ES SUFRAGADA, EN SU TOTALIDAD O EN PARTE, POR LOS INTEGRANTES DEL GRUPO ASEGURADO.

- **SEGURO DE GRUPO NO CONTRIBUTIVO**

ES AQUEL CUYA PRIMA ES SUFRAGADA EN SU TOTALIDAD POR EL TOMADOR DEL SEGURO.

CLAUSULA CUARTA. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.

TODA PERSONA ESTÁ OBLIGADA A CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD QUE SEÑALE “**LA COMPAÑÍA**” PARA PODER SER INCLUIDO EN EL GRUPO ASEGURADO.

CLAUSULA QUINTA. VIGENCIA DE LOS AMPAROS INDIVIDUALES.

LOS AMPAROS INDIVIDUALMENTE CONSIDERADOS, SÓLO ENTRARÁN EN VIGOR A PARTIR DE LA FECHA EN QUE “**LA COMPAÑÍA**” COMUNIQUE POR ESCRITO SU APROBACIÓN AL TOMADOR.

INDEPENDIENTEMENTE DEL MOMENTO EN QUE LA PERSONA INGRESE A FORMAR PARTE DEL GRUPO ASEGURADOS, LA PRESENTE PÓLIZA VENCE EN LA MISMA FECHA PARA TODO EL GRUPO ASEGURADO.

CLÁUSULA SEXTA. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL.

EL SEGURO DE CUALQUIERA DE LAS PERSONAS AMPARADAS POR LA PRESENTE PÓLIZA Y SUS AMPAROS ADICIONALES TERMINARÁ POR LAS SIGUIENTES CAUSAS:

- A. POR EL NO PAGO DE LA PRIMA DE PARTE DEL TOMADOR, VENCIDO EL PERIODO DE GRACIA.
- B. AL VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA SI ÉSTA NO SE RENUEVA.
- C. CUANDO EL ASEGURADO, POR ESCRITO, SOLICITA SU EXCLUSIÓN DE LA PÓLIZA
- D. POR CUMPLIR EL ASEGURADO LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA INDICADA EN CADA AMPARO.
- E. POR REVOCACIÓN
- F. CUANDO AL MOMENTO DE RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, EL GRUPO ASEGURADO SEA INFERIOR A DIEZ (10) ASEGURADOS PRINCIPALES
- G. CUANDO EL ASEGURADO DEJE DE PERTENECER AL GRUPO ASEGURADO.
- H. PARA LOS FAMILIARES CUANDO EL ASEGURADO PRINCIPAL DEJE DE PERTENECER AL GRUPO.

- I. EN LOS EVENTOS DE MUERTE O CALIFICACIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO PRINCIPAL; EL SEGURO PARA LOS FAMILIARES ASEGURADOS TERMINARA AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA ESTIPULADA EN LA PÓLIZA O EN SUS ANEXOS DE RENOVACIÓN.

CLAUSULA SÉPTIMA. SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL.

LA SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL PARA CADA UNO DE LOS AMPAROS SE DETERMINARÁ DE ACUERDO CON LA OPCIÓN ELEGIDA E INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

CLAUSULA OCTAVA. PAGO DE PRIMAS.

LAS PRIMAS SON ANUALES, PERO PUEDEN SER PAGADAS EN FRACCIONES SEMESTRALES, TRIMESTRALES O MENSUALES, MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LOS RECARGOS CORRESPONDIENTES.

EL PAGO DE LA PRIMERA PRIMA O CUOTA EN CASO DEL FRACCIONAMIENTO PRECITADO, ES CONDICIÓN INDISPENSABLE PARA LA VIGENCIA DEL SEGURO. PARA EL PAGO DE LAS DEMÁS PRIMAS, SEAN SEMESTRALES, TRIMESTRALES O MENSUALES, “**LA COMPAÑÍA**”, CONCEDE UN PLAZO DE GRACIA DE UN (1) MES CALENDARIO, A PARTIR DE LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO. DURANTE DICHO PLAZO SE CONSIDERA EL SEGURO EN VIGOR Y POR CONSIGUIENTE SI OCURRE ALGÚN SINIESTRO, “**LA COMPAÑÍA**”, TENDRÁ LA OBLIGACIÓN DE PAGAR EL VALOR ASEGURADO CORRESPONDIENTE, PREVIA DEDUCCIÓN DE LAS PRIMAS O FRACCIONES CAUSADAS Y PENDIENTES DE PAGO POR PARTE DEL TOMADOR, HASTA COMPLETAR LA ANUALIDAD RESPECTIVA.

SI LAS PRIMAS POSTERIORES A LA PRIMERA NO FUEREN PAGADAS ANTES DE VENCERSE EL PLAZO DE GRACIAS, SE PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y “**LA COMPAÑÍA**” QUEDARÁ LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD POR SINIESTROS OCURRIDOS DESPUÉS DE LA EXPIRACIÓN DE DICHO PLAZO.

CLAUSULA NOVENA. BENEFICIARIO.

EL BENEFICIARIO PODRÁ SER NOMBRADO A TÍTULO GRATUITO O A TÍTULO ONEROSO, SERÁ BENEFICIARIO A TÍTULO GRATUITO AQUEL CUYA DESIGNACIÓN TIENE POR CAUSA LA MERA LIBERALIDAD DEL TOMADOR O DEL ASEGURADO. EN LOS DEMÁS CASOS, EL BENEFICIARIO SERÁ A TÍTULO ONEROSO.

EN DEFECTO DE ESTIPULACIÓN EXPRESA EN LA PÓLIZA, SE PRESUMIRÁ QUE EL BENEFICIARIO HA SIDO DESIGNADO A TÍTULO GRATUITO.

EL ASEGURADO, SALVO EN EL SEGURO DE VIDA DEUDORES, PODRÁ CAMBIAR DE BENEFICIARIO EN CUALQUIER MOMENTO, PERO TAL CAMBIO SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA FECHA DE NOTIFICACIÓN POR ESCRITO A “**LA COMPAÑÍA**”

EL TOMADOR NO PODRÁ INTERVENIR EN LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS NI FIGURAR COMO TAL, SALVO QUE SEA A TÍTULO ONEROSO EN LOS SEGUROS DE VIDA DE GRUPO DEUDORES.

EN EL EVENTO EN QUE EL BENEFICIARIO SEA A TÍTULO GRATUITO Y OCURRA EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO SIN QUE SE HAYA DESIGNADO BENEFICIARIO, O LA DESIGNACIÓN SE HICIERE INEFICAZ O QUEDARE SIN EFECTO POR CUALQUIER CAUSA, O FALLECIERA SIMULTÁNEAMENTE CON EL ASEGURADO O SE IGNORE CUÁL DE LOS DOS HA MUERTO PRIMERO, SERÁN BENEFICIARIOS LOS DE LEY, CONFORME AL ARTICULO 1142 DEL CÓDIGO DE COMERCIO

CLAUSULA DÉCIMA. TRAMITE DE SINIESTRO.

EN CASO DE SINIESTRO QUE PUEDA DAR LUGAR A RECLAMACIÓN BAJO LA PÓLIZA, SUS AMPAROS ADICIONALES, O ANEXOS EL TOMADOR O EL BENEFICIARIO, SEGÚN EL CASO, DEBERÁN DAR AVISO DEL SINIESTRO A “**LA COMPAÑÍA**”, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1075 DEL CÓDIGO DE COMERCIO DENTRO DE LOS TRES (3) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE HAYA CONOCIDO O DEBIDO CONOCER SU OCURRENCIA, EN CASO DE MUERTE, EL AVISO SE DARÁ DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS COMUNES SIGUIENTES A AQUEL EN QUE HAYA CONOCIDO O DEBIDO CONOCER SU OCURRENCIA, ASI COMO FACILITAR A “**LA COMPAÑÍA**” LA INVESTIGACIÓN DEL SINIESTRO.

PARÁGRAFO.

SISTEMA SIMPLIFICADO PARA ATENCIÓN DE SINIESTROS EL PLAZO DE SOLUCIÓN DE RECLAMACIONES ES DE 20 DÍAS CALENDARIO, CONTADOS DESDE LA FORMALIZACIÓN DE RECLAMO EN LOS TÉRMINOS DEL ART. 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, DICHO PLAZO SOLO APLICA PARA LAS PÓLIZAS QUE SE COMERCIALIZEN A TRAVÉS DEL CANAL USO DE RED.

CLAUSULA DÉCIMA PRIMERA. ADHESIÓN.

SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO SE PRESENTAN MODIFICACIONES A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, LEGALMENTE APROBADAS, QUE REPRESENTEN UN BENEFICIO EN FAVOR DEL ASEGURADO, TALES MODIFICACIONES SE CONSIDERARAN AUTOMÁTICAMENTE INCORPORADAS A LA PÓLIZA, SIEMPRE QUE EL CAMBIO NO IMPLIQUE UN AUMENTO A LA PRIMA ORIGINALMENTE PACTADA Y LAS MISMAS HAYAN SIDO PREVIAMENTE INFORMADAS Y SUMINISTRADAS AL CONSUMIDOR FINANCIERO Y AL TOMADOR DE LA POLIZA.

CLAUSULA DÉCIMA SEGUNDA. MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

EL PRESENTE CONTRATO SE CELEBRA, CON BASE EN LOS DATOS FACILITADOS POR EL TOMADOR Y ASEGURADO DEL SEGURO, DECLARACIÓN SOBRE EL ESTADO DE SALUD, DOMICILIO, PROFESIÓN, OCUPACIÓN Y DEMÁS DATOS CONTENIDOS EN LOS CUESTIONARIOS DE ASEGURABILIDAD PRESENTADOS POR “**LA COMPAÑÍA**”, TODO LO CUAL HA DETERMINADO LA ACEPTACIÓN DEL RIESGO Y EL CÁLCULO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE. SOLAMENTE RESPECTO DE LOS AMPAROS ADICIONALES, EL ASEGURADO O EL TOMADOR ESTÁ OBLIGADO A COMUNICAR A “**LA COMPAÑÍA**”, CUALQUIER MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1060 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

EN TAL VIRTUD, PARA LOS AMPAROS DISTINTOS AL BÁSICO, TANTO EL TOMADOR COMO EL ASEGURADO SE ENCUENTRAN OBLIGADOS A NOTIFICAR POR ESCRITO A

“LA COMPAÑÍA”, LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS NO PREVISIBLES QUE SOBREVENGAN CON POSTERIORIDAD A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO Y QUE SIGNIFIQUEN AGRAVACIÓN DEL RIESGO. LA NOTIFICACIÓN DEBE HACERSE CON UNA ANTELACIÓN NO MENOR DE DIEZ (10) DÍAS HÁBILES A LA FECHA DE LA MODIFICACIÓN DEL RIESGO, SI ÉSTA DEPENDE DEL ARBITRIO DEL TOMADOR O ASEGURADO, O ES CONOCIDA POR ALGUNO DE ELLOS. SI LE ES EXTRAÑA, DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A AQUEL EN QUE TENGA CONOCIMIENTO DE ELLA, CONOCIMIENTO QUE SE PRESUME TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS HÁBILES DESDE EL MOMENTO DE LA MODIFICACIÓN. DEPENDIENDO DE LA MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO, **“LA COMPAÑÍA”**, PODRÁ MODIFICAR LAS CONDICIONES TÉCNICAS Y ECONÓMICAS DEL PRESENTE CONTRATO A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE TENGA CONOCIMIENTO, DE DICHA MODIFICACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO O TOMADOR.

CLAUSULA DÉCIMA TERCERA. AMPAROS Y EXCLUSIONES

“LA COMPAÑÍA”, CON ESTRUCTURA SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y LÍMITES DE SUMA ASEGURADA, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES DEL TOMADOR Y DE LOS ASEGURADOS INDIVIDUALES, CONSIGNADAS EN LA PRESENTE PÓLIZA O SUS ANEXOS Y EN SUS SOLICITUDES, LAS CUALES SE INCORPORAN A ESTE CONTRATO DE SEGURO, CUBRE LOS RIESGOS RELACIONADOS, OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO, SALVO LAS EXCLUSIONES CONSIGNADAS EN CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES. IGUALMENTE, FORMAN PARTE DEL CONTRATO, TODAS LAS DECLARACIONES DE ASEGURABILIDAD, LOS CERTIFICADOS MÉDICOS Y CUALQUIER OTRO DOCUMENTO, ESCRITO Y ACEPTADO POR LAS PARTES, QUE GUARDE RELACIÓN CON EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.

CLAUSULA DÉCIMA CUARTA. CONTINUIDAD DE COBERTURA.

“LA COMPAÑÍA”, OTORGA AL GRUPO ASEGURADO VIGENTE AL MOMENTO DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA CONTINUIDAD DE LA COBERTURA QUE TUVIERAN CON OTRA ASEGURADORA, LO CUAL IMPLICA QUE SE AMPARAN LAS MISMAS COBERTURAS CONTRATADAS Y HASTA POR EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO, ACEPTANDO DICHOS RIESGOS EN EL ESTADO EN QUE SE ENCUENTREN Y EN IGUALES CONDICIONES DE EDAD, ESTADO DE SALUD, CALIFICACIÓN DE EXTRAPRIMAS, PORCENTAJES, LIMITACIONES DE COBERTURA Y CAUSAS

PARA EFECTOS DE LAS PREEXISTENCIAS SE CUBREN LAS QUE SE HAYAN ADMITIDO EN LA PÓLIZA ANTERIOR, EXCEPTO PARA EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, TODA VEZ QUE SU COBERTURA Y POR CONSIGUIENTE LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA SE VA A ESTABLECER CON BASE EN LA FECHA DEL EVENTO GENERADOR O ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD.

EN LO NO PREVISTO EN ESTA CLÁUSULA SE APLICARÁN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y CLÁUSULAS DEFINIDAS POR LA COMPAÑÍA EN SUS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES, INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO A LAS EDADES DE PERMANENCIA.

EN VIRTUD DE ESTA CLÁUSULA, “**LA COMPAÑÍA**”, SE SUBROGA EN LOS MISMOS DERECHOS Y OBLIGACIONES QUE PODRÍAN HABER ASISTIDO A LA ASEGURADORA QUE TENÍA EL RIESGO EN LA VIGENCIA INMEDIATAMENTE ANTERIOR, PARA TAL EFECTO SE DEJA CONSIGNADA LA OBLIGACIÓN DEL TOMADOR CONSISTENTE EN SUMINISTRAR A “**LA COMPAÑÍA**” LA RELACIÓN DE LAS PERSONAS ASEGURADAS EN LA COMPAÑÍA ANTERIOR CON LA SIGUIENTE INFORMACIÓN, NOMBRES, APELLIDOS, NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD, FECHA DE NACIMIENTO, SUMA ASEGURADA, COBERTURAS CONTRATADAS, LIMITACIÓN DE COBERTURA, ANOTANDO SI EXISTE ALGÚN TIPO DE EXTRA PRIMA POR SALUD U OCUPACIÓN, SU RESPECTIVO PORCENTAJE Y CAUSA, ANEXANDO LA SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO DILIGENCIADA POR CADA ASEGURADO; LAS PERSONAS QUE SUPEREN LOS LÍMITES ESTABLECIDOS EN ESTA CLÁUSULA DEBERÁN CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD QUE “**LA COMPAÑÍA**”, ESTIME CONVENIENTES.

CLAUSULA DÉCIMA QUINTA: AMPARO AUTOMÁTICO

ES UNA FACILIDAD DE MANEJO ADMINISTRATIVO PARA UN GRUPO DE ASEGURADOS QUE CUMPLA UN TIEMPO DE ENTREGA DEL CERTIFICADO DE ASEGURABILIDAD, UNA EDAD Y UN MONTO ESTIPULADO EN LA PÓLIZA, CON EL ÁNIMO QUE EL TOMADOR HAGA UN SÓLO REPORTE MENSUAL CON LOS INGRESOS DE ASEGURADOS QUE SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO DE SALUD, ADJUNTANDO AL REPORTE LAS DECLARACIONES DE ASEGURABILIDAD DEBIDAMENTE DILIGENCIADAS. LA CLÁUSULA DE AMPARO AUTOMÁTICO NO LIBERA AL ASEGURADO DEL DILIGENCIAMIENTO DE LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, DONDE EL ASEGURADO DEBE ENCONTRARSE EN BUEN ESTADO DE SALUD.

UNA VEZ SE RECIBAN LAS DECLARACIONES Y PREVIO ANÁLISIS CON EL MÉDICO SUSCRIPTOR, LA COMPAÑÍA PODRÁ: AUTORIZAR EL INGRESO EN CONDICIONES NORMALES, APLICAR EXTRAPRIMA, SOLICITAR IMT O PRUEBAS MÉDICAS COMPLEMENTARIAS, CONDICIONAR COBERTURAS O NO ACEPTAR EL INGRESO. ESTA CONDICIÓN ES ACEPTADA POR EL TOMADOR.

AMPARO AUTOMÁTICO SIN DILIGENCIAMIENTO DE DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD: CONSISTE QUE HASTA UN MONTO SE AMPARAN ENFERMEDADES PREEXISTENTES, ACLARANDO QUE PARA QUE EXISTA COBERTURA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, EL EVENTO GENERADOR Y LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE ESTA, DEBE HABERSE DADO POSTERIOR AL INICIO DE VIGENCIA

CLAUSULA DÉCIMA SEXTA. GARANTÍA DEL TOMADOR.

SE OTORGA LA CONTINUIDAD DE AMPARO DESCRITA EN EL PUNTO ANTERIOR, BAJO LA GARANTÍA SUMINISTRADA POR EL TOMADOR DE INFORMAR LOS RIESGOS QUE HAN SIDO EXTRAPRIMADOS POR LA ASEGURADORA ANTERIOR, A FIN DE APLICAR ESTAS MISMAS EXTRA-PRIMAS EN EL COBRO DE LA NUEVA PÓLIZA. ASÍ MISMO, LA CONTINUIDAD DE AMPAROS QUEDA CONDICIONADA A QUE EL TOMADOR NOS INFORME POR ESCRITO SI TIENE CONOCIMIENTO DE QUE HAYA ASEGURADOS A LOS CUALES YA SE LES HUBIERE DIAGNOSTICADO ENFERMEDADES DE CARÁCTER TERMINAL.

CLAUSULA DÉCIMA SÉPTIMA. REVOCACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO

LA PRESENTE PÓLIZA Y SUS ANEXOS PODRÁN SER REVOCADOS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER MOMENTO, MEDIANTE AVISO ESCRITO DADO A “**LA COMPAÑÍA**”

EL IMPORTE DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LA DEVOLUCIÓN SE CALCULARÁ TOMANDO EN CUENTA LA TARIFA DE SEGUROS A CORTO PLAZO.

TRATÁNDOSE DE LOS AMPAROS ADICIONALES Y ANEXOS, “**LA COMPAÑÍA**”, PODRÁ REVOCARLOS MEDIANTE AVISO ESCRITO AL TOMADOR, ENVIANDO A SU ÚLTIMA DIRECCIÓN CONOCIDA, CON NO MENOS DE DIEZ (10) DÍAS HÁBILES DE ANTELACIÓN A LA FECHA DE REVOCACIÓN, CONTADOS A PARTIR DE LA DEL ENVÍO.

EN ESTE CASO, “**LA COMPAÑÍA**” DEVOLVERÁ LA PARTE PROPORCIONAL DE LA PRIMA NO DEVENGADA DESDE LA FECHA DE LA REVOCACIÓN.

EN CUALQUIER CASO, DE REVOCACIÓN, “**LA COMPAÑÍA**”, INFORMARÁ AL TOMADOR QUE DISPONE A SU FAVOR DE LA PRIMA NO DEVENGADA O DE UNOS SALDOS CORRESPONDIENTES A LA DEVOLUCIÓN DE LA PRIMA NO DEVENGADA.

CLAUSULA DÉCIMA OCTAVA. NOTIFICACIONES.

CUALQUIER ACLARACIÓN QUE DEBAN SURTIRSE LAS PARTES EN RELACIÓN CON ESTE CONTRATO, DEBERÁ HACERSE POR ESCRITO (SI ASÍ LO EXIGE LA LEY) ENVIANDO A LA ÚLTIMA DIRECCIÓN REGISTRADA POR ELLAS.

CLAUSULA DÉCIMA NOVENA. PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN.

EL ASEGURADO O BENEFICIARIO, SEGÚN CORRESPONDA, QUEDARA PRIVADO DE TODO DERECHO DERIVADO DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUANDO LA RECLAMACIÓN PRESENTADA FUERE DE CUALQUIER MANERA FRAUDULENTO, O SI EN APOYO A ELLA SE HICIEREN O UTILIZAREN DECLARACIONES FALSAS O SE EMPLEAREN OTROS MEDIOS O DOCUMENTOS ENGAÑOSOS O DOLOSOS

CLAUSULA VIGÉSIMA. DOMICILIO.

SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS CON EL PRESENTE CONTRATO SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS PARTES EL ANOTADO EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

CLAUSULA VIGÉSIMA PRIMERA. DISPOSICIONES LEGALES.

LAS ANTERIORES CONDICIONES DE AMPAROS DEFINIDOS Y EXCLUSIONES APLICAN SÍ Y SOLO SÍ, SON CONTRATADOS POR EL TOMADOR E INDICADOS EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA

LA PRESENTE PÓLIZA ES LEY PARA LAS PARTES. EN LAS MATERIAS Y PUNTOS NO PREVISTOS NI RESUELTOS EN ESTE CONTRATO, TENDRÁN APLICACIÓN LAS DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LAS LEYES DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.

CLAUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA. PREVENCIÓN Y CONTROL DEL RIESGO DE LAFT

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA, SOBRE EL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE

ACTIVOS Y LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO SARLAFT; EL TOMADOR, EL (LOS) ASEGURADOS Y EL BENEFICIARIO SE OBLIGAN PARA CON LA ASEGURADORA A DILIGENCIAR EL FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE (FUCC) DE ACUERDO CON SUS POLÍTICAS PREVIO A LA VINCULACIÓN Y AL MOMENTO DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

LA ASEGURADORA ACTUALIZA LOS DATOS DE LOS CLIENTES DE FORMA ANUAL ATENDIENDO LAS POLÍTICAS DEFINIDAS AL INTERIOR DE ESTA.

SE ENCUENTRAN EXCLUIDAS DE ASEGURAMIENTO TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN EN LAS LISTAS INTERNACIONALES VINCULANTES PARA COLOMBIA, DE CONFORMIDAD CON EL DERECHO INTERNACIONAL; PERSONAS QUE SE ENCUENTREN EN LA LISTA DE LA OFICINA DE CONTROL DE ACTIVOS EXTRANJEROS (OFFICE OF FOREIGN ASSETS CONTROL OFAC DEL DEPARTAMENTO DEL TESORO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMÉRICA (U.S. DEPARTMENT OF THE TREASURY). “**LA COMPAÑÍA**”, HARÁ USO DE SUS FACULTADES Y REVOCARÁ UNILATERALMENTE EL CONTRATO DE SEGUROS, EN LOS CASOS EN QUE A ELLO HUBIERE LUGAR

CLÁUSULA DE CONVERTIBILIDAD

LOS ASEGURADOS MENORES DE 70 AÑOS QUE REVOQUEN SU SEGURO O QUE POR CAUSA DISTINTA DE SINIESTRO, DEJEN DE PERTENECER AL GRUPO ASEGURADO DESPUÉS DE PERMANECER EN ÉL POR LO MENOS DURANTE UN AÑO CONTINUO, TENDRÁN DERECHO A SER ASEGURADOS SIN REQUISITOS MÉDICOS O DE ASEGURABILIDAD, HASTA POR UNA SUMA IGUAL A LA QUE TENGAN BAJO LA PÓLIZA DE GRUPO, PERO SIN BENEFICIOS ADICIONALES, EN CUALQUIERA DE LOS PLANES DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL DE LOS QUE ESTÉN AUTORIZADOS A LA COMPAÑÍA.

EL SEGURO INDIVIDUAL QUE SE EXPIDA, SE EMITIRÁ DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES PARTICULARES DEL RESPECTIVO PLAN Y CONFORME A LA TARIFA APLICABLE A LA EDAD ALCANZADA POR EL ASEGURADO, A SU OCUPACIÓN Y ESTADO DE SALUD EN LA FECHA DE LA SOLICITUD. EN CASO DE HABERSE ACEPTADO BAJO LA PÓLIZA RIESGOS ESPECIALES, SE EXPEDIRÁ LA PÓLIZA INDIVIDUAL CON LA EXTRAPRIMA QUE CORRESPONDA.

SI EL ASEGURADO FALLECE DENTRO DEL PLAZO ARRIBA INDICADO PARA SOLICITAR LA PÓLIZA INDIVIDUAL, SIN QUE ELLA SE HUBIERE EXPEDIDO (CON PAGO O NO DE LA PRIMA), SE CONSIDERARÁ AMPARADO EN LOS TÉRMINOS DE LA PRESENTE PÓLIZA.

ESTA CONDICIÓN NO SE APLICARÁ A LOS AMPAROS ADICIONALES.