

CLAUSULADO SEGURO VIDA GRUPO
 20/01/2023-1407-P-34-GR-0000000000003-D00I

CONDICIONES GENERALES

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., que en el presente contrato se llamará **LA ASEGURADORA**, en consideración de las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por el **TOMADOR** y las solicitudes individuales de los asegurados, las cuales se incorporan a este contrato para todos sus efectos, pagará dentro del plazo legal la correspondiente suma asegurada previa presentación de las pruebas que acrediten que alguno de los eventos cubiertos por esta póliza de las personas amparadas ocurrió dentro la vigencia.

Forman parte de este contrato las cláusulas adicionales, las declaraciones de asegurabilidad, los certificados médicos y cualquier otro documento escrito y aceptado por las partes, que guarde relación con el presente seguro.

En lo no previsto por esta póliza, los derechos y obligaciones emanadas de este contrato se rigen por lo previsto en el Código de Comercio Colombiano y demas normas que lo modifiquen o adicionen.

CONDICIÓN PRIMERA - AMPAROS

1. COBERTURA BÁSICA – MUERTE POR CUALQUIER CAUSA: Si cualquiera de los asegurados fallece por cualquier causa durante la vigencia de la póliza, **LA ASEGURADORA** reconocerá a sus beneficiarios el valor asegurado para esta cobertura indicado en el certificado individual del seguro, sin que haya lugar a la aplicación de exclusión alguna.

2. COBERTURAS ADICIONALES: A solicitud del **TOMADOR**, asumiendo el pago de la prima correspondiente, podrán incluirse las siguientes coberturas adicionales, lo cual deberá señalarse en la carátula de la póliza y en el certificado individual del seguro:

2.1. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: Se entenderá por incapacidad total y permanente la condición de salud del **ASEGURADO** que por cualquier causa no provocada intencionalmente y que no sea una enfermedad o trauma preexistente a la fecha de su inclusión en la póliza, le genere una pérdida del 50% o más de su capacidad laboral, calificada según el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional (Decreto 1507 del 2014) o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

TOMADOR

Es la persona natural o jurídica que traslada los riesgos a LA ASEGURADORA y a cuyo nombre se expide la presente póliza, para asegurar un número determinado de personas, el cual está obligado al pago de la prima.

ASEGURADO

Es cada una de las personas del grupo asegurado

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.

Para poder acceder a la indemnización, esta cobertura deberá estar vigente a la fecha de estructuración de la invalidez la cual a su vez constituye la fecha de ocurrencia del siniestro.

La fecha de ocurrencia del siniestro será la fecha de estructuración de invalidez determinada por alguna de las entidades competentes señaladas en el **Numeral 1, CONDICIÓN CUARTA - RECLAMACIONES** de las presentes condiciones generales, a través del dictamen de pérdida de capacidad laboral que debe ser emitido atendiendo únicamente los parámetros establecidos en el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional (Decreto 1507 del 2014) o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

También se considerará como incapacidad total y permanente:

- La pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos,
- La amputación de ambas manos a nivel de la articulación radiocarpiana,
- La amputación de ambos pies a nivel de la articulación tibiotarsiana,
- La amputación de toda una mano y de todo un pie.

Así mismo, se considerará como incapacidad total y permanente, la pérdida total e irreparable del habla o de la audición, independientemente del porcentaje de pérdida de capacidad laboral que produzca, siempre y cuando no se trate de una preexistencia conocida por el **ASEGURADO**, condición cuyo medio de prueba será su inclusión como diagnóstico de calificación dentro del dictamen correspondiente.

2.2. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL, BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CON OCASIÓN DE UN ACCIDENTE: Si dentro de la vigencia de la póliza y como consecuencia de un accidente que dentro de los ciento ochenta (180) días calendario siguientes a su ocurrencia produzca una lesión que cause al **ASEGURADO** la muerte, desmembración o su incapacidad total y permanente en los términos de la definición indicada en el numeral **2.1. LA ASEGURADORA** pagará, previa comprobación de la ocurrencia del accidente, una indemnización adicional al monto del valor asegurado de la cobertura básica de Muerte por Cualquier Causa o Incapacidad total y permanente según corresponda, de acuerdo con la tabla de indemnizaciones indicada en el numeral **2.2.1 TABLA DE INDEMNIZACIÓN** de las presentes condiciones generales.

AMPUTACIÓN

Pérdida del órgano o la extremidad a nivel anatómico definido.

DIAGNÓSTICO

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

ACCIDENTE

Se entiende por accidente el hecho exterior, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del **ASEGURADO** y que en forma directa produce lesiones corporales visibles o lesiones internas médicamente comprobables.

2.2.1 TABLA DE INDEMNIZACIÓN: LA ASEGURADORA pagará el valor pactado en el certificado individual del seguro y en el porcentaje que se indica a continuación por cada concepto, dentro del mes siguiente al recibo de las pruebas fehacientes que puedan ser determinadas por los médicos de una manera cierta, que el **ASEGURADO** sufrió, a causa de un accidente amparado bajo esta cobertura, cualquiera de las siguientes pérdidas:

CONCEPTO DE LA PÉRDIDA	PORCENTAJE DE INDEMNIZACIÓN
Pérdida de la vida	100%
Incapacidad Total y Permanente por Accidente	100%
Pérdida de las dos manos	100%
Pérdida de los dos pies	100%
Pérdida de todos los dedos de ambas manos	100%
Pérdida de todos los dedos de ambos pies	100%
Pérdida total de la visión de ambos ojos	100%
Pérdida total de la audición por ambos oídos	100%
Pérdida irreversible del habla	100%
Parálisis total	100%
Demencia incurable	100%
Pérdida de la visión por un ojo	50%
Pérdida de la audición por un oído	50%
Pérdida de todos los dedos de una mano	50%
Pérdida de los dedos índice y pulgar	20%
Pérdida de todos los dedos de un pie	20%
Desfiguración facial total	15%

PARÁGRAFO: Para efectos de la tabla anterior, se entenderá por pérdida lo siguiente con respecto de:

- **Manos:** La amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radiocarpiana.
- **Pies:** La amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana.
- **Ojos:** Pérdida completa de la visión o que es solo capaz de distinguir luces y sombras o que su agudeza visual con corrección está en 20/200.
- **Dedos:** La amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación metacarpofalángica en las manos y metatarsofalángica en los pies.
- **Oídos:** Cuando la pérdida de la audición supera los 70 decibelios (dB).
- **Habla:** Pérdida total y permanente de la habilidad para expresar el lenguaje hablado.
- **Demencia:** Término general para varias enfermedades que generalmente son de naturaleza crónica y progresiva, que resultan en deterioros cognitivos e interfieren con la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria.
- **Desfiguración Facial:** Se entenderá por desfiguración facial, el cambio total en el aspecto físico y estético del rostro por el que se alteran los rasgos y facciones de forma permanente.
- **Parálisis Total:** Pérdida de las funciones motoras del cuerpo.

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.



2.3. ENFERMEDADES GRAVES: En virtud de la presente cobertura adicional, **LA ASEGURADORA**, pagará al **ASEGURADO** el valor asegurado estipulado en el certificado individual del seguro, si durante la vigencia de esta cobertura le es diagnosticado médicamente por primera vez, cualquiera de los eventos definidos en el numeral **2.3.1. EVENTOS AMPARADOS**, cuando éstos se manifiesten o sean diagnosticados por primera vez por un médico y confirmadas por evidencias aceptables clínicas y paraclínicas, habiendo transcurrido por lo menos tres (3) meses desde el inicio de la vigencia de la presente cobertura.

2.3.1. EVENTOS AMPARADOS:

2.3.1.1. CÁNCER: La presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y la multiplicación incontrolada de células malignas y la invasión a otros tejidos. Esta definición incluye también leucemia en sus diversos tipos y enfermedades malignas del sistema linfático, como por ejemplo la enfermedad de Hodgkin.

2.3.1.2. INFARTO DEL MIOCARDIO: La muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de una irrigación sanguínea deficiente a la zona específica. El diagnóstico debe ser confirmado con la historia clínica que demuestre a través de cualquier medio aceptado por las comunidades científicas la muerte de una parte del músculo del miocardio

2.3.1.3. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: Cualquier evento cerebrovascular isquémico o hemorrágico provocado por infarto del tejido cerebral, hemorragia de un vaso intracraneal o por embolización de fuente extracraneal, que produzca un déficit neurológico por un tiempo mayor de 24 horas y que persista no menos de tres (3) meses independiente del proceso de rehabilitación. El diagnóstico debe estar confirmado por nuevos cambios en la Tomografía Axial Computarizada o la Resonancia Magnética Nuclear. Se debe presentar documentación médica que demuestre la existencia de deficiencia neurológica durante al menos tres (3) meses contados a partir del diagnóstico.

2.3.1.4. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: Estado de falla renal terminal debido a disfunción crónica e irreversible de ambos riñones y que requiera efectuar regularmente diálisis (hemodiálisis o diálisis peritoneal) o un trasplante renal. El diagnóstico y el requerimiento de diálisis regular deberán estar certificados por un informe nefrológico.



2.3.1.5. CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA:

La intervención quirúrgica para corregir el estrechamiento o bloqueo de dos o más arterias coronarias mediante injertos arteriales o venosos tipo bypass o puentes coronarios realizados por técnica de tórax (abierta o mínimamente invasiva). El diagnóstico de la oclusión coronaria debe ser efectuado por angiografía coronaria y la indicación quirúrgica debe estar dada por un cardiólogo según los resultados de la angiografía coronaria. El resultado de la angiografía coronaria, así como el informe médico deberán estar a disposición de **LA ASEGURADORA**.

2.3.1.6. TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES: Haber requerido un trasplante de corazón, pulmones, hígado, páncreas, riñón, médula ósea, en calidad de receptor del trasplante. La información y la historia médica deberán estar a disposición de **LA ASEGURADORA**.

Para efectos de este 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 arteriales, venosas, linfáticas y nerviosas
- El trasplante, es como receptor y nunca como donante.
- El trasplante deberá ser certificado por el médico que lo practicó, quien debe contar con experiencia certificada y avalada por los entes de control en el territorio nacional, para practicar la medicina y esta clase de intervenciones quirúrgicas

2.3.1.7. CIRUGÍA DE LA AORTA: La realización actual de cirugía por una enfermedad crónica de la aorta, que haya requerido la extirpación y reemplazo quirúrgico de la aorta enferma por una prótesis. A efectos de esta definición se entiende por aorta la aorta torácica y abdominal pero no sus ramas. La realización de la cirugía aórtica debe ser confirmada por un especialista.

2.3.1.8. REEMPLAZO DE LA VÁLVULA DEL CORAZÓN: Reemplazo quirúrgico de una o más válvulas cardíacas por válvulas artificiales, mecánicas o biológicas.

Esto incluye el reemplazo de válvulas aórtica, mitral, tricúspide y pulmonar por válvulas artificiales, debido a una estenosis o insuficiencia o a la combinación de ambos factores. La realización de la cirugía de reemplazo valvular

debe ser confirmada por un especialista.

2.3.1.9. ESCLEROSIS MÚLTIPLE: Diagnóstico inequívoco de Esclerosis Múltiple establecido por un neurólogo. Este diagnóstico debe ser confirmado por síntomas clínicos típicos de desmielinización y la afección de funciones motoras y sensoriales, y por hallazgos típicos en la resonancia magnética.

Para demostrar el diagnóstico, el **ASEGURADO** debe ya sea presentar anormalidades neurológicas persistentes por un período mínimo de seis (6) meses o haber presentado al menos dos episodios clínicamente documentados, con al menos un (1) mes de separación entre ambos o haber presentado un episodio clínicamente documentado acompañado de hallazgos característicos en el fluido cerebroespinal, como así también de lesiones cerebrales específicas detectadas por resonancia magnética.

2.3.1.10. ANEMIA APLÁSICA: Diagnóstico inequívoco de falla de la médula ósea confirmado por especialista y evidenciado por los resultados de biopsia de médula ósea. La enfermedad debe ocasionar anemia, neutropenia y trombocitopenia, que requieran al menos uno de los siguientes tratamientos:

- Transfusión de productos de sangre.
- Estimulantes de la médula ósea.
- Agentes inmunosupresores.
- Trasplante de médula ósea.

2.3.1.11. QUEMADURAS GRAVES (Gran quemado): Quemaduras de tercer grado que cubran al menos un 20% del área de superficie del cuerpo del **ASEGURADO**. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por los resultados de la carta de Lund Browder o un calculador equivalente de áreas corporales quemadas.

2.3.1.12. PARÁLISIS DE MIEMBROS SUPERIORES Y/O MIEMBROS INFERIORES: Pérdida total e irreversible del uso de dos o más extremidades por parálisis secundaria a enfermedad o accidente de la médula espinal. Estas condiciones deben ser documentadas médicamente al menos tres (3) meses después de su diagnóstico.

2.3.1.13. PARKINSON: Enfermedad de Parkinson primaria o idiopática donde se incapacite de manera permanente para realizar de forma independiente tres (3) o más actividades de

la vida diaria. Estas condiciones deben perdurar por lo menos durante tres (3) meses y estar médicamente documentadas.

2.3.1.14. 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, inotropia, alimento parenteral) por un período mínimo de 96 horas y resultando en un déficit neurológico permanente.

El diagnóstico deberá ser confirmado por un especialista y el déficit neurológico debe ser documentado por lo menos durante tres (3) meses.

2.3.1.15. ALZHEIMER: Enfermedad neurodegenerativa que se manifiesta como deterioro cognitivo y trastornos conductuales. Se caracteriza por una pérdida permanente que impide realizar de manera independiente tres (3) o más actividades de la vida diaria. El diagnóstico lo debe hacer un neurólogo confirmado con una evaluación neuropsicológica.

2.3.1.16. TRAUMATISMO MAYOR DE CABEZA: Trauma mayor de la cabeza con trastorno de la función cerebral que debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por hallazgos típicos en los test neurorradiológicos (por ejemplo: TAC o RNM de cerebro). El trauma debe provocar una incapacidad permanente para realizar independientemente tres (3) o más actividades de la vida diaria.

Para efectos de la presente cobertura, 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
- Subir y bajar escaleras
- Movilidad (capacidad de desplazarse en un mismo nivel)
- Comer/beber (capacidad de alimentarse por sí mismo, pero no de preparar la comida).

2.4. AUXILIO FUNERARIO: Por el fallecimiento del **ASEGURADO**, se otorga un Auxilio Funerario, el cual será pagado a los beneficiarios designados de acuerdo a los porcentajes que les corresponden en el seguro como suma única estipulada en el Certificado Individual de Seguro, junto con el pago de la indemnización, si hubiere lugar a ella. En consecuencia, en caso de que el **BENEFICIARIO** no tenga derecho al pago del Amparo Básico de Vida, tampoco habrá lugar al pago del Auxilio Funerario.

2.5. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN:

LA ASEGURADORA será responsable del pago del valor asegurado indicado en el certificado individual del seguro, por cada día que el **ASEGURADO** permanezca en un hospital o clínica, bajo la atención de un médico autorizado por la autoridad competente legalmente reconocida para el desempeño de su trabajo.

El pago se realizará siempre que la enfermedad o accidente requiera hospitalización después de transcurridos treinta (30) días consecutivos desde la fecha de inicio de vigencia individual de la póliza y siempre y cuando no sea preexistente.

El presente amparo incluye la hospitalización en casa o domiciliaria, cuando sea prescrita por el médico tratante.

La indemnización se pagará por cada vigencia anual de la póliza y se extiende a amparar al **ASEGURADO** en cualquiera de las siguientes situaciones:

2.5.1. HOSPITALIZACIÓN: Se determina mediante la internación del **ASEGURADO** en un centro hospitalario habilitado, por un período no menor de veinticuatro (24) horas para su diagnóstico y tratamiento, bajo el cuidado y supervisión de un médico legalmente reconocido por las autoridades correspondientes.

Esta cobertura cuenta un período de carencia de un (1) día, el cual se aplicará solo en el evento en que el ingreso sea directo a hospitalización, sin ingreso previo a Unidad de Cuidados Intensivos. Durante este primer día **LA ASEGURADORA** no será responsable del pago de la suma pactada, por lo tanto, se tendrá derecho al pago por cada día de hospitalización o recuperación, a partir del segundo día de la hospitalización y durante un máximo de cuarenta y cinco (45) días.

2.5.2. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI): Bajo esta cobertura, **LA ASEGURADORA** reconocerá como beneficio

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:

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

TRATAMIENTO

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

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.



diario, el equivalente a dos (2) veces la suma pactada en la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización, si como consecuencia de un mismo accidente o enfermedad el asegurado es internado en la Unidad de Cuidados Intensivos sin exceder de treinta (30) días continuos, los cuales serán descontados del máximo de cuarenta y cinco (45) días de hospitalización descritos en el numeral 2.5.1. de la presente condición.

Esta cobertura cuenta un período de carencia de un (1) día, el cual se aplicará solo en el evento en que el ingreso sea directo a Unidad de Cuidados Intensivos, sin hospitalización previa. Durante este primer día **LA ASEGURADORA** no será responsable del pago de la suma pactada, por lo tanto, se tendrá derecho al pago por cada día de hospitalización o recuperación, a partir del segundo día de la hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos.

Esta cobertura sólo tendrá validez, por internación en Unidad de Cuidado Intensivo y no en la de Cuidado Intermedio, así la misma se encuentre habilitada en el mismo espacio físico dentro de la entidad hospitalaria.

2.5.3. TRATAMIENTO MÉDICO Y CIRUGÍA AMBULATORIA COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTE: Se entenderá como un procedimiento médico o quirúrgico necesario para **EL ASEGURADO** y que sea consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, realizado en forma ambulatoria, en un centro hospitalario autorizado o en un centro quirúrgico que reúna los requisitos para tal fin. Bajo este seguro, **LA ASEGURADORA** pagará la suma pactada en el certificado individual del seguro correspondiente a un (1) día de hospitalización.

2.5.4. COMPLICACIONES POR PARTO NORMAL O CESÁREA: Las complicaciones originadas en el parto natural o la cesárea estarán cubiertas mientras el embarazo se haya concebido posterior a la inclusión del **ASEGURADO** en la póliza.

Esta cobertura cuenta un período de carencia de un (1) día, por lo tanto, se tendrá derecho al pago por cada día de hospitalización o recuperación, a partir del segundo día de la hospitalización y durante un máximo de siete (7) días.

2.6. RENTA POR INCAPACIDAD POST-HOSPITALARIA: Si a consecuencia del mismo evento que haya provocado la hospitalización le es ordenado un periodo de incapacidad adicional que le dé continuidad a dicha hospitalización y/o como consecuencia directa de la misma, **LA ASEGURADORA**

pagará el valor asegurado pactado en el certificado individual del seguro por cada día de incapacidad que le sea otorgado por la institución de salud, durante máximo seis (6) días por evento y por vigencia.

La suma asegurada se restablecerá en cada renovación de la póliza.

2.7. RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE:

Si dentro de los treinta (30) días siguientes a la materialización de un evento amparado dentro de la póliza, al **ASEGURADO** se le emite una incapacidad temporal que lo limite a realizar sus deberes y/u obligaciones relacionadas directamente con su actividad laboral, **LA ASEGURADORA** pagará los días correspondientes a la incapacidad hasta por un periodo máximo de veinte (20) días por evento y por vigencia.

- En caso de incapacidad temporal a consecuencia de un accidente: se tendrá un periodo de carencia de cuatro (4) días, por lo cual **LA ASEGURADORA**, será responsable del pago a partir del quinto día de incapacidad y con un máximo de veinte (20) días.
- En caso de incapacidad temporal a consecuencia de enfermedad **NO PREEXISTENTE**: se tendrá un periodo de carencia de ocho (8) días, por lo cual **LA ASEGURADORA**, será responsable del pago a partir del noveno día de incapacidad y con un máximo de veinte (20) días.

2.8. BONO CANASTA POR FALLECIMIENTO: Si dentro de la vigencia de la póliza el **ASEGURADO** llegase a fallecer por un evento amparado dentro de las condiciones de esta, **LA ASEGURADORA**, pagará la suma acordada en el certificado individual del seguro. Este pago será de libre destinación para sus beneficiarios, si hubiere lugar a ella.

2.9. BONO CANASTA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

Si dentro de la vigencia de la póliza el **ASEGURADO** llegase a quedar en condición de incapacidad total y permanente por un evento amparado dentro de las condiciones de esta, **LA ASEGURADORA**, pagará la suma acordada en el certificado individual del seguro. Este pago será de libre destinación del **ASEGURADO** principal, si hubiere lugar a ella.

2.10. AUXILIO DE MATERNIDAD / PATERNIDAD: **LA ASEGURADORA**, pagará el valor pactado en el certificado individual del seguro el auxilio de maternidad y/o paternidad

una única vez por vigencia en caso de que se produzca el nacimiento de un hijo vivo o un hijo adoptado, aun tratándose de alumbramiento múltiple. Esta cobertura será por una única vez, por **ASEGURADO(A)** por vigencia anual.

2.11. AUXILIO DE TRASLADO DEL CUERPO: LA ASEGURADORA pagará el valor pactado en el certificado individual del seguro a los beneficiarios consignados en la misma o en su defecto a los beneficiarios de ley, en caso de que por fallecimiento del **ASEGURADO** sus restos fúnebres deban ser trasladados a su lugar de origen dentro del territorio colombiano.

2.12. AUXILIO DE REPATRIACIÓN: LA ASEGURADORA pagará el valor pactado en el certificado individual del seguro a los beneficiarios consignados en la misma o en su defecto a los beneficiarios de ley, en caso de que el fallecimiento del **ASEGURADO** haya sido fuera de su país de origen y los restos fúnebres deban ser repatriados.

CONDICIÓN SEGUNDA - EXCLUSIONES

1. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

A. Se excluyen la Incapacidad Total y Permanente relacionadas o derivadas de enfermedades psiquiátricas o trastornos del comportamiento.

2. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL, BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CON OCASIÓN DE UN ACCIDENTE: No se cubrirá la muerte, incapacidad total y permanente o desmembración, a consecuencia de:

A. Suicidio, tentativa de suicidio o lesión intencionalmente causada por el **ASEGURADO** a sí mismo, ya sea en estado de cordura o demencia, consciente o inconsciente, voluntario o involuntario.

B. Encontrarse el **ASEGURADO** por cualquier causa bajo la influencia de bebidas embriagantes, de drogas tóxicas, heróicas o alucinógenas, siempre y cuando tal influencia tenga relación causal con el accidente.

C. Lesiones causadas intencionalmente por otra persona, con arma de fuego, cortante, punzante o contundente que no produzcan la muerte del **ASEGURADO**.

D. Participación en competencias de velocidad.

E. Accidentes que sufra el **ASEGURADO** como consecuencia de cualquier clase de participación en aviación, salvo que viaje como pasajero de una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros.

F. Mientras el **ASEGURADO** se encuentre sirviendo en labores militares de las fuerzas armadas o de policía de cualquier país o autoridad nacional o internacional.

G. Los accidentes causados por violación por parte del **ASEGURADO**, de cualquier norma legal.

H. Accidentes en que el **ASEGURADO** se encuentre viajando como conductor o pasajero de, motonetas o carros a motor tipo karts.

I. Temblores de tierra, erupciones volcánicas, inundaciones, rayo, marejada, o cualquier otro fenómeno o convulsión de la naturaleza.

J. Guerra, invasiones, guerra civil, conmociones, tumultos, motines, huelgas, revoluciones o insurrecciones. Resultantes de actos terroristas o de movimientos subversivos.

K. Fisión nuclear y los efectos que produzca la contaminación radioactiva.

L. Enfermedad mental, corporal o cualquier dolencia, o infecciones bacterianas distintas de las contraídas por lesión corporal accidental.

M. Las infecciones producidas por picaduras de insectos.

N. Los accidentes sufridos por el **ASEGURADO** durante el tratamiento médico de cualquier tipo como consecuencia de un accidente cubierto por la presente cobertura.

O. Procesos de extracción o de construcción efectuados bajo tierra o sobre/bajo el agua.

P. Industrias químicas u otras industrias en donde se utilicen o fabriquen sustancias tóxicas o explosivas.

3. ENFERMEDADES GRAVES: LA ASEGURADORA no será responsable de los eventos producidos en forma directa o indirecta, total o parcialmente por:

A. Enfermedad o invalidez derivada o relacionada con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

B. Tumores malignos de la piel (excepto melanomas malignos), cáncer in situ no invasivo y tumores debidos a la presencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

C. Cáncer de seno, matriz, cuello uterino o próstata y lesiones premalignas.

D. Angioplastia y/o cualquier otra intervención intra-arterial, así como el tratamiento láser, operaciones de válvula (excepto el reemplazo valvular cardíaco), operación por tumoración intracardiaca o alteración congénita.

E. Lesiones causadas deliberadamente por el **ASEGURADO**, estando éste ya sea en estado de cordura o demencia, sea consciente o inconsciente, voluntario o involuntario.

F. Enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas o preexistentes al ingreso del **ASEGURADO** a la póliza.

G. El estado de coma provocado por el abuso de bebidas embriagantes, tóxicas o drogas no prescritas por un médico.

4. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN: No se cubre la renta diaria por hospitalización por atenciones médicas como consecuencia de:

A. Cualquier tratamiento de carácter estético o cirugía plástica o reconstructiva, siempre y cuando no sea consecuencia de un accidente objeto de cobertura de la póliza.

B. Tratamientos de infertilidad, fecundación in vitro, fertilización, pruebas genéticas, planificación familiar, anticoncepción, impotencia, frigidez, tratamientos por mal funcionamiento sexual, cambio de sexo total o parcial, y tratamientos de esterilización o su reversión.

C. Tratamientos hospitalarios derivados o que se relacionen de forma directa o indirecta con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y que no se haya desarrollado SIDA.

D. Enfermedades congénitas o padecidas antes del ingreso a la póliza por tratarse de hechos ciertos que no son asegurables.

E. Secuelas (enfermedades o lesiones) de accidentes ocurridos antes del inicio de la vigencia de la póliza.

F. Actos de guerra interior o exterior, revolución, rebelión, sedición, asonada o actos violentos motivados por conmoción social o por aplicación de la ley marcial, prestación del servicio militar, naval,

aéreo o de policía.

G. Eventos ocurridos como consecuencia de fisión o fusión nuclear, radiactividad o el uso de armas atómicas, bacteriológicas o químicas.

H. Encontrarse el **ASEGURADO** por cualquier causa bajo la influencia de bebidas embriagantes, de drogas tóxicas o heroicas y alucinógenas, siempre y cuando tal influencia tenga relación causal con el accidente.

I. Hospitalización o tratamiento médico o quirúrgico como consecuencia de catástrofes naturales tales como tifón, huracán, ciclón, erupción volcánica, terremoto, fuego subterráneo o inundación.

J. Tratamientos médicos por problemas de drogadicción, alcoholismo, trastornos o alteraciones psicológicas o psiquiátricas.

K. Tratamientos para adelgazar.

L. Cualquier hospitalización que tenga origen o sea consecuencia de la participación comprobada del **ASEGURADO** en una actividad delictiva.

M. Hospitalizaciones del **ASEGURADO** en Centros de cuidados paliativos y/o ancianatos

N. Hospitalizaciones para práctica de exámenes médicos de rutina, exámenes de laboratorio, radiografías, fisioterapia, tratamientos odontológicos, de diagnóstico y consultas médicas.

O. Hospitalizaciones originadas o relacionadas con la interrupción voluntaria del embarazo y/o aborto.

P. No se cubrirá la renta diaria por incapacidad post-hospitalaria como consecuencia de atención de tratamiento médico o quirúrgico ambulatorio.

5. RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE: No se cubre la renta diaria por incapacidad temporal por enfermedad o accidente a consecuencia de:

A. Cualquier tratamiento de carácter estético o cirugía plástica o reconstructiva, siempre y cuando no sea consecuencia de un accidente objeto de cobertura de la póliza.



B. Tratamientos de infertilidad, fecundación in vitro, fertilización, pruebas genéticas, planificación familiar, anticoncepción, impotencia, frigidez, tratamientos por mal funcionamiento sexual, cambio de sexo total o parcial, y tratamientos de esterilización o su reversión.

C. Tratamientos hospitalarios derivados o que se relacionen de forma directa o indirecta con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y que no se haya desarrollado SIDA.

D. Enfermedades congénitas o padecidas antes del ingreso a la póliza por tratarse de hechos ciertos que no son asegurables.

E. Secuelas (enfermedades o lesiones) de accidentes ocurridos antes del inicio de la vigencia de la póliza.

F. Actos de guerra interior o exterior, revolución, rebelión, sedición, asonada o actos violentos motivados por conmoción social o por aplicación de la ley marcial, prestación del servicio militar, naval, aéreo o de policía.

G. Eventos ocurridos como consecuencia de fisión o fusión nuclear, radiactividad o el uso de armas atómicas, bacteriológicas o químicas.

H. Encontrarse el **ASEGURADO** por cualquier causa bajo la influencia de bebidas embriagantes, de drogas tóxicas o heroicas y alucinógenas, siempre y cuando tal influencia tenga relación causal con el accidente.

I. Hospitalización o tratamiento médico o quirúrgico como consecuencia de catástrofes naturales tales como tifón, huracán, ciclón, erupción volcánica, terremoto, fuego subterráneo o inundación.

J. Tratamientos médicos por problemas de drogadicción, alcoholismo, trastornos o alteraciones psicológicas o psiquiátricas.

K. Tratamientos para adelgazar.

L. Cualquier hospitalización que tenga origen o sea consecuencia de la participación comprobada del **ASEGURADO** en una actividad delictiva.

M. Hospitalizaciones del **ASEGURADO** en Centros de cuidados paliativos y/o ancianos

N. Hospitalizaciones para práctica de exámenes médicos de rutina,

exámenes de laboratorio, radiografías, fisioterapia, tratamientos odontológicos, de diagnóstico y consultas médicas.

O. Hospitalizaciones originadas o relacionadas con la interrupción voluntaria del embarazo y/o aborto.

P. No se cubrirá la renta diaria por incapacidad post-hospitalaria como consecuencia de atención de tratamiento médico o quirúrgico ambulatorio.

6. BONO CANASTA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: Se excluye la Incapacidad Total y Permanente relacionadas o derivadas de enfermedades psiquiátricas o trastornos del comportamiento.

CONDICIÓN TERCERA - DEDUCCIONES.

1. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

A. La indemnización por incapacidad total y permanente no es acumulable con la cobertura básica de Muerte por Cualquier Causa y, por lo tanto, una vez pagada la Indemnización por dicha incapacidad, **LA ASEGURADORA** quedará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere a la cobertura básica de Muerte por Cualquier Causa.

2. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL, BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CON OCASIÓN DE UN ACCIDENTE:

A. Cuando como consecuencia de un accidente ocurra al mismo tiempo alguno de los conceptos especificados en el Numeral **2.2.1.** - TABLA DE INDEMNIZACIÓN y la muerte del **ASEGURADO, LA ASEGURADORA** sólo indemnizará el valor asegurado por muerte accidental.

B. Cuando como consecuencia de un accidente haya lugar a pagar beneficios por alguno de los conceptos especificados en la Tabla de Indemnización, que corresponda a un pago inferior al 100% y después, como consecuencia del mismo accidente, el **ASEGURADO** fallece, subsistirá la cobertura de Muerte Accidental en la diferencia.

C. Cuando como consecuencia de un accidente haya lugar a pagar beneficios por alguno de los conceptos especificados en la Tabla de Indemnización, que corresponda a un pago inferior al 100% y después, como consecuencia del mismo accidente, el **ASEGURADO** es declarado con una pérdida de capacidad laboral superior al 50%, subsistirá la cobertura de Incapacidad Total y Permanente por Ocasión de Accidente en la diferencia.

3. ENFERMEDADES GRAVES:

A. Esta cobertura no es acumulable con la cobertura básica de Muerte por Cualquier Causa; las coberturas adicionales de Incapacidad Total y Permanente; Indemnización Adicional por Muerte Accidental, Beneficios por Desmembración e Incapacidad Total y Permanente con Ocasión de un Accidente, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por el amparo de enfermedades graves el valor cancelado será deducido del que pueda corresponder por las coberturas mencionadas.

CONDICIÓN CUARTA - RECLAMACIONES

1. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: Para efectos de poder acceder a la indemnización por la cobertura de Incapacidad Total y Permanente, el **ASEGURADO** deberá presentar el dictamen de pérdida de capacidad laboral, de acuerdo con lo establecido en el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional (Decreto 1507 del 2014) o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, emitido por las siguientes entidades:

- Administradoras de riesgos laborales (ARL).
- Administradoras de fondos de pensiones (AFP).
- Aseguradoras de seguros de personas que asuman el riesgo de Invalidez y Muerte.
- Entidades promotoras de salud (EPS).
- COLPENSIONES.
- Juntas regionales y Junta Nacional de calificación de invalidez.

LA ASEGURADORA se reserva el derecho de comprobar la veracidad, la exactitud de las pruebas que para el pago de la indemnización se aporten y de solicitar la información adicional que considere necesaria.

CONDICIÓN QUINTA – LIMITE DEL VALOR ASEGURADO

1. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: El valor asegurado de esta cobertura adicional no podrá ser superior al valor asegurado contratado para la cobertura básica de Muerte por Cualquier Causa.

2. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL, BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CON OCASIÓN DE UN ACCIDENTE: El valor asegurado de esta cobertura adicional no podrá ser superior al valor asegurado contratado para la cobertura básica de Muerte por Cualquier Causa.

CONDICIÓN SEXTA – PERIODOS DE CARENCIA

1. RENTA POR HOSPITALIZACIÓN: LA ASEGURADORA reconocerá la renta diaria por la hospitalización, la incapacidad posthospitalaria o la

incapacidad temporal por enfermedad o accidente. derivada de las enfermedades citadas a continuación, siempre y cuando estén cubiertas por la póliza, no sean preexistentes y se haya cumplido el período de carencia de doce (12) meses, el cual comienza a contarse desde el primer día de inclusión del **ASEGURADO** en este anexo:

- Enfermedad coronaria
- Cálculos biliarios (en la vesícula)
- Cálculos urinarios o renales
- Cistocele o Rectocele
- Hernias de cualquier tipo
- Miomatosis uterina (miomas) Várices
- SIDA.

CONDICIÓN SEPTIMA – EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Para las pólizas de vida grupo colectivo se establecen edades mínimas de ingreso y permanencia para cada uno de los amparos descritos a continuación:

NOTA: Todas las edades aquí descritas son más 364 días.

COBERTURA BÁSICA	EDAD MINIMA DE INGRESO	EDAD MAXIMA DE INGRESO	EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA
MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	15 AÑOS	70 AÑOS	75 AÑOS
COBERTURAS ADICIONALES			
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	15 AÑOS	65 AÑOS	70 AÑOS
INDENIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL, BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CON OCASIÓN DE UN ACCIDENTE	15 AÑOS	65 AÑOS	70 AÑOS
ENFERMEDADES GRAVES	15 AÑOS	65 AÑOS	70 AÑOS
RENTAS Y AUXILIOS			
RENDA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN	15 AÑOS	65 AÑOS	70 AÑOS
HOSPITALIZACIÓN	15 AÑOS	65 AÑOS	70 AÑOS
UNIDAD DE CIUDADOS INTENSIVOS (UCI)	15 AÑOS	65 AÑOS	70 AÑOS
TRATAMIENTO MÉDICO Y CIRUGÍA AMBULATORIA COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTE	15 AÑOS	65 AÑOS	70 AÑOS
COMPLICACIONES POR PARTO NORMAL O CESÁREA	15 AÑOS	65 AÑOS	70 AÑOS
RENDA POR INCAPACIDAD POST-HOSPITALARIA	15 AÑOS	65 AÑOS	70 AÑOS
RENDA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE	15 AÑOS	65 AÑOS	70 AÑOS
AUXILIO EXEQUIAL	15 AÑOS	70 AÑOS	75 AÑOS
BONO CANASTA POR FALLECIMIENTO	15 AÑOS	70 AÑOS	75 AÑOS
BONO CANASTA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	15 AÑOS	65 AÑOS	70 AÑOS
AUXILIO DE MATERNIDAD / PATERNIDAD	15 AÑOS	65 AÑOS	70 AÑOS
AUXILIO DE TRASLADO DEL CUERPO	15 AÑOS	65 AÑOS	70 AÑOS
AUXILIO DE REPATRIACIÓN	15 AÑOS	65 AÑOS	70 AÑOS

CONDICIÓN OCTAVA – EXTENSIÓN FAMILIAR

La presente cláusula tiene como propósito mayor extender las coberturas básicas y adicionales al grupo familiar del **ASEGURADO** principal como se describe a continuación.

COBERTURA BÁSICA	CONYUGE	HIJOS, HIJASTROS Y HERMANOS	PROGENITORES
MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	100% Del Valor Asegurado Contratado Para Este Amparo Por El Asegurado Principal Con Cobro De Prima Adicional	100% Del Valor Asegurado Contratado Para Este Amparo Por El Asegurado Principal Con Cobro De Prima Adicional	100% Del Valor Asegurado Contratado Para Este Amparo Por El Asegurado Principal Con Cobro De Prima Adicional
COBERTURAS ADICIONALES			
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL, BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CON OCASIÓN DE UN ACCIDENTE ENFERMEDADES GRAVES	100% Del Valor Asegurado Contratado Para Este Amparo Por El Asegurado Principal Con Cobro De Prima Adicional	100% Del Valor Asegurado Contratado Para Este Amparo Por El Asegurado Principal Con Cobro De Prima Adicional	100% Del Valor Asegurado Contratado Para Este Amparo Por El Asegurado Principal Con Cobro De Prima Adicional
RENTAS Y AUXILIOS			
RENDA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN HOSPITALIZACIÓN UNIDAD DE CIUDADOS INTENSIVOS (UCI) TRATAMIENTO MÉDICO Y CIRUGÍA AMBULATORIA COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTE COMPLICACIONES POR PARTO NORMAL O CESÁREA RENDA POR INCAPACIDAD POST-HOSPITALARIA RENDA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE AUXILIO EXEQUIAL BONO CANASTA POR FALLECIMIENTO BONO CANASTA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE AUXILIO DE MATERNIDAD / PATERNIDAD AUXILIO DE TRASLADO DEL CUERPO AUXILIO DE REPATRIACIÓN	100% Del Valor Asegurado Contratado Para Este Amparo Por El Asegurado Principal Con Cobro De Prima Adicional	100% Del Valor Asegurado Contratado Para Este Amparo Por El Asegurado Principal Con Cobro De Prima Adicional	100% Del Valor Asegurado Contratado Para Este Amparo Por El Asegurado Principal Con Cobro De Prima Adicional

Nota 1: Es responsabilidad del **TOMADOR y/o INTERMEDIARIO** reportar los movimientos (inclusiones, exclusiones, modificaciones) de cada grupo familiar asegurado, una vez el **ASEGURADO** principal deje de hacer parte del grupo asegurado se deberá solicitar la exclusión de su grupo familiar asegurado.

Nota 2: Se aplicarán los mismos requisitos de asegurabilidad que se aplican para el **ASEGURADO** principal y para su grupo familiar **ASEGURADO**

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.

CONDICIÓN NOVENA – VIGENCIA.

Los amparos individualmente considerados sólo entrarán en vigor en la fecha prevista en a Solicitud individual o Solicitud-Certificado, siempre y cuando haya pago de la prima del primer período, y el documento no haya sido rechazado por **LA ASEGURADORA**.

CONDICIÓN DECIMA – LIMITE DE RESPONSABILIDAD.

De conformidad con lo dispuesto en los Artículos 1138 y 1056 del Código de Comercio, **LA ASEGURADORA** limitará su responsabilidad cuando se suscriban pólizas de seguros de vida tomadas por un mismo **ASEGURADO** bajo ésta misma modalidad de seguro, hasta un valor asegurado máximo igual al ofrecido en la opción más alta vigente en el momento de expedir el o los seguros indicados en el certificado individual del seguro.

CONDICIÓN DECIMO PRIMERA – CALCULO DE LA PRIMA.

La prima se establecerá, teniendo en cuenta la edad de cada **ASEGURADO**, su estado de salud, el valor asegurado individual en el momento de ingresar a ésta póliza, su ocupación y el tipo de seguro



(Contributivo o No Contributivo) aplicando la tarifa correspondiente a la nota técnica de esta póliza sin perjuicio de la posibilidad que asiste a **LA ASEGURADORA** de determinar la prima por el sistema de Tasa promedio o Tasa Única: Para edades inferiores a veinte (20) años, se aplicará la tasa que corresponde a la edad veinte (20). Para ingresos posteriores a la expedición o renovación de la póliza se cobrará la prima a prorrata, con base en los factores anteriores.

CONDICIÓN DECIMO SEGUNDA – PAGO DE PRIMAS.

EI TOMADOR es responsable por el pago de las primas. El pago de la primera prima o cuota es condición indispensable para la vigencia del seguro. Excepto para la prima inicial, se concede al **TOMADOR** un período de gracia de un mes contado a partir de las fechas que para tal efecto se han señalado en la Solicitud Individual o Solicitud Certificado de esta póliza para el pago de cuotas en forma anual o mensual. Por consiguiente, si ocurre algún siniestro, **LA ASEGURADORA** 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.

Cuando la presente Póliza de Vida Grupo tenga el carácter de seguro contributivo, es decir, que la totalidad de la prima es sufragada por los integrantes del grupo asegurado, le corresponde al **ASEGURADO** proveer los recursos necesarios para que el **TOMADOR** efectúe el pago de la prima a **LA ASEGURADORA**.

Si las primas posteriores a la primera no fueren pagadas antes de vencerse el plazo de gracia, se producirá la terminación automática del contrato y **LA ASEGURADORA** quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de dicho plazo.

CONDICIÓN DECIMO TERCERA – FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS.

Las primas son anuales, pero pueden ser pagadas en fracciones mensuales, aplicando para ello el factor de 0.0916

CONDICIÓN DECIMO CUARTA – REVOCACIÓN DEL CONTRATO.

EI TOMADOR puede revocar unilateralmente el seguro mediante aviso escrito remitido a **LA ASEGURADORA**. Si el **TOMADOR** da aviso por escrito a la **ASEGURADORA** para que esta póliza sea revocada, será responsable de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de la revocación. El contrato quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación por la **ASEGURADORA** o en la fecha especificada por el **TOMADOR** para tal terminación, la que ocurra más tarde, y el **TOMADOR** será responsable de pagar a **LA ASEGURADORA** todas las primas

debidas en esa fecha, incluyendo una prima a prorrata por el período que comienza con el de gracia y termina en la fecha de tal revocación. **El ASEGURADO** podrá revocar su seguro individual con arreglo al mismo procedimiento.

CONDICIÓN DECIMO QUINTA– DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE.

Por tratarse de un contrato que hace referencia a reticencia están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por **LA ASEGURADORA**. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por **LA ASEGURADORA**, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o inexactitud producen igual efecto si el **TOMADOR** o el **ASEGURADO** han encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado de riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del **TOMADOR** o el **ASEGURADO**, el contrato no será nulo, pero **LA ASEGURADORA** sólo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente a la que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el Artículo 1160 del Código de Comercio.

Las sanciones consagradas en esta condición no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer hechos o circunstancias sobre los que versan los vicios de la declaración o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Si la reticencia o la inexactitud provienen del **ASEGURADO**, se aplicarán las mismas sanciones respecto de su seguro individual.

PARÁGRAFO: LA ASEGURADORA tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena, en caso de que el **TOMADOR** o el **ASEGURADO** hayan incurrido en reticencia o inexactitud en la declaración de asegurabilidad.

CONDICIÓN DECIMA SEXTA– IRREDUCTIBILIDAD.

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



CONDICIÓN DECIMA SEPTIMA – TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL.

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza termina por las siguientes causas:

- a. Por falta de pago de la prima o de cualquier cuota, si la prima anual ha sido fraccionada, una vez vencido el período de gracia estipulado.
- b. Un mes después de haber dejado de pertenecer al grupo asegurado.
- c. Cuando el **ASEGURADO**, por escrito, solicite su exclusión del seguro, caso en el cual **LA ASEGURADORA** devolverá la prima no devengada desde la fecha de la revocación.
- d. A la revocación del contrato, por parte del **TOMADOR** o el **ASEGURADO**.
- e. En el aniversario de la póliza más inmediato a la fecha en que el **ASEGURADO** cumpla 75 años de edad.
- f. En el seguro del cónyuge o cualquier **ASEGURADO** dependiente, al fallecimiento del **ASEGURADO** principal o cuando éste se retire del grupo.
- g. En el seguro del cónyuge o cualquier **ASEGURADO** dependiente, cuando **LA ASEGURADORA** pague indemnización al **ASEGURADO** principal por incapacidad total y permanente.
- h. Cuando la **ASEGURADORA** pague la indemnización por la cobertura de Incapacidad Total y Permanente.
- i. Al vencimiento de la vigencia del certificado individual si éste no se renueva.

CONDICIÓN DECIMA OCTAVA – COBERTURA ININTERRUMPIDA.

Con el objetivo de garantizar la cobertura ininterrumpida del **ASEGURADO** y los beneficios adquiridos mediante la presente póliza de seguro, las partes acuerdan que ésta continuará vigente, salvo que se presente alguno de los siguientes supuestos y no opere alguna causal de terminación prevista en esta póliza:

- a. **EI ASEGURADO** o el **TOMADOR** manifiesten a la **ASEGURADORA** su intención de dar por terminado el contrato de seguro, lo cual pueden realizar en cualquier momento.



b. EI ASEGURADO o el **TOMADOR** manifiesten a **LA ASEGURADORA**, con anterioridad a la fecha del vencimiento de la póliza, su voluntad de que ésta no se renueve por un nuevo año.

c. LA ASEGURADORA manifieste al **TOMADOR** con una anticipación no menor de un mes a la fecha del vencimiento de la póliza, su voluntad de no renovarla.

CONDICIÓN DECIMA NOVENA – CONVERTIBILIDAD.

Los **ASEGURADOS** menores de 76 años que se separen del grupo después de permanecer en él por lo menos durante un año continuo, tendrán derecho a ser **ASEGURADOS** por el amparo de vida sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tenga bajo la Póliza de Grupo, pero sin beneficios ni amparos adicionales, en cualquiera de los planes de seguro individual de los que emite **LA ASEGURADORA**, con excepción de los planes temporales o crecientes, siempre y cuando lo solicite dentro de un mes contado a partir de su retiro del grupo. El seguro individual se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan y conforme a la tarifa aplicada a la edad alcanzada por el **ASEGURADO** y a su ocupación en la fecha de la solicitud. Si la cobertura individual de un **ASEGURADO** se incluyó en la póliza como riesgo subnormal o con Extra-prima se expedirá la póliza individual con la clasificación impuesta bajo la Póliza de Grupo y la Extra-prima que corresponda al Seguro de Vida Individual.

CONDICIÓN VIGESIMA – INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE EDAD.

Antes o durante la vigencia del seguro **LA ASEGURADORA** o las personas por ella designada podrán realizar inspecciones en el lugar de localización de los bienes asegurados y a su discreción podrá dejar registros de video y fotográficos como constancia.

El **ASEGURADO** y/o **TOMADOR**, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, uno u otro deberá notificar por escrito a **LA ASEGURADORA** los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato, y que signifiquen agravación del riesgo o variación de su identidad local.

Si la modificación depende del **TOMADOR** y/o **ASEGURADO**, la notificación debe ser realizada por escrito y con antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo. Si la modificación le es extraña, la notificación escrita deberá hacerse dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella. En todo caso se presume que hay conocimiento transcurridos treinta (30) días calendario desde el momento de la modificación del riesgo.



a. Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa de **LA ASEGURADORA**, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el Artículo 1058 del Código de Comercio.

b. Si es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por **LA ASEGURADORA**.

c. Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el literal b) de la presente condición.

CONDICIÓN VIGESIMA PRIMERA – EDADES DESCONOCIDAS.

Cuando se ignore la edad de alguno de los integrantes del grupo, la prima básica de las edades desconocidas se calculará aplicando la tasa correspondiente a la edad de cuarenta (40) años y en el certificado de seguro o recibo correspondiente se advertirá al **ASEGURADO** que su prima se liquidó con tasa de cuarenta (40) años por desconocerse su edad real.

CONDICIÓN VIGESIMA SEGUNDA – CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

LA ASEGURADORA expedirá para cada **ASEGURADO** un certificado individual en aplicación a esta póliza. En caso de cambio de valor asegurado o modificación de coberturas, previo cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad previstos para este contrato, y a la aprobación de **LA ASEGURADORA** se expedirá un nuevo certificado, que reemplazará al anterior, el cual quedará sin efecto.

CONDICIÓN VIGESIMA TERCERA – DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.

Los beneficiarios serán a título gratuito, por lo tanto, **EL ASEGURADO** los podrá cambiar en cualquier momento, pero tal cambio sólo surtirá efecto a partir de la fecha de notificación por escrito a **LA ASEGURADORA**.

En el evento en que ocurra el fallecimiento del **ASEGURADO** sin que haya designado beneficiario, o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, o el beneficiario fallezca simultáneamente con el **ASEGURADO** o se ignore cuál de los dos ha muerto primero, serán beneficiarios el cónyuge del **ASEGURADO** en la mitad del seguro y los herederos del **ASEGURADO** en la otra mitad.

En caso de no existir designación, se tomarán por beneficiarios los establecidos por la ley (Artículo 1142 del Código de Comercio).



CONDICIÓN VIGESIMA TERCERA – RECLAMACIÓN.

El beneficiario o **ASEGURADO**, según el caso, deberá remitir los documentos necesarios para acreditar la ocurrencia del siniestro.

EI ASEGURADO o el beneficiario, según el caso, quedará privado de todo derecho procedente de la presente póliza, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, si en apoyo de ella se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos.

EI TOMADOR o beneficiario, a petición de **LA ASEGURADORA**, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle la investigación del siniestro. En caso de incumplimiento de esta obligación, **LA ASEGURADORA** podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento.

CONDICIÓN VIGESIMA CUARTA – PAGO DE SINIESTRO.

LA ASEGURADORA pagará al **ASEGURADO** o a los beneficiarios, según el caso, la indemnización a la que está obligada por la presente Póliza y sus coberturas, dentro del mes siguiente a la fecha en la que se acredite la ocurrencia del siniestro, bajo jurisdicción colombiana.

CONDICIÓN VIGESIMA QUINTA – DERECHO DE INSPECCIÓN.

LA ASEGURADORA se reserva el derecho de inspeccionar los libros y documentos del **TOMADOR** que se refieran al manejo de esta Póliza.

CONDICIÓN VIGESIMA SEXTA – NOTIFICACIONES.

Salvo el aviso de siniestro, cualquier declaración que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá consignarse por escrito; y será prueba suficiente de la notificación la constancia del envío escrito por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada por las partes.

CONDICIÓN VIGESIMA SEPTIMA – DOMICILIO.

El lugar de cumplimiento de las obligaciones emanadas del presente contrato es la ciudad de Bogotá D.C., en la República de Colombia, que constituye el domicilio principal de **LA ASEGURADORA**.