

CONDICIONES DE RENOVACION 2022-2023

RAMO: VIDA GRUPO VOLUNTARIA MAPFRE FEISA
VIGENCIA: DESDE LAS 24:00 HORAS DEL 01/07/2022
HASTA LAS 24:00 HORAS DEL 01/07/2023

CONDICIONES PARTICULARES SEGURO DE VIDA GRUPO

1. AMPARO BÁSICO

1.1 FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA

Si el asegurado fallece por cualquier causa, incluyendo suicidio, homicidio, terrorismo y fallecimiento por SIDA no preexistente, muerte presunta por desaparecimiento, fallecimiento por estados de embriaguez y fenómenos de la naturaleza ocurrido durante la vigencia de ésta póliza y desde el primer día, la compañía pagará el valor asegurado para este amparo, siempre que la fecha de fallecimiento ocurra durante la vigencia de este amparo.

El pago del valor asegurado para este amparo generará la terminación automática del contrato de seguro.

1.1.1. EXCLUSIONES Y LIMITACIÓN DE COBERTURA BÁSICA

ESTA COBERTURA SE OTORGA SIN EXCLUSIONES

2. AMPAROS ADICIONALES

2.1. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

La COMPAÑÍA pagará al asegurado el valor contratado para esta cobertura, si como consecuencia de una enfermedad o accidente sufrido por el asegurado, siempre y cuando haya

sido ocasionada o se manifieste estando dentro de la vigencia de la póliza y le produzca una Incapacidad Total y Permanente, y persista por un período continuo no menor a trescientos sesenta y cinco (365) días calendario, contados a partir de la fecha en la cual se realiza el diagnóstico que genera la Incapacidad Total y Permanente por primera vez, para el caso de las enfermedades, para los accidentes corresponde a la fecha del accidente que deberán estar dentro de la vigencia de la póliza.

Para efectos de esta cobertura la fecha de siniestro será la fecha de estructuración que figure en el dictamen de calificación de la Incapacidad Total y Permanente. Para los regímenes exceptuados al Sistema General de Seguridad Social la fecha del siniestro será la fecha de estructuración que figure en el dictamen de calificación de la Incapacidad Total y Permanente salvo que no se determine en el dictamen, caso en el cual y de manera subsidiaria la fecha del siniestro será la fecha de la resolución emitida por la entidad competente del régimen exceptuado

Para la determinación de la Incapacidad Total y Permanente, el asegurado deberá aportar a la COMPAÑÍA copia de su historia clínica completa, y el dictamen de calificación de pérdida de la capacidad laboral que demuestre una pérdida de capacidad laboral igual o superior al cincuenta por ciento (50%), emitida por la EPS, ARL o AFP, conforme a las reglas del manual único para la calificación de la invalidez y las emitidas por las entidades que pertenecen a los regímenes de excepción, conforme a las reglas del manual correspondiente para la calificación de la invalidez.

El pago del valor asegurado para este amparo generará la terminación automática del contrato de seguro.

2.1.1 EXCLUSIONES PARA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- **LOS EVENTOS ACCIDENTALES CASUADOS DIRECTAMENTE POR 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; CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE; EVENTOS OCURRIDOS A CONSECUENCIA DE FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, RADIATIVIDAD O USO DE ARMAS ATOMICAS, BACTERIOLÓGICAS O QUÍMICAS. SALVO LOS EVENTOS ACCIDENTALES CAUSADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR ACTOS DE TERRORISMO.**
- **LA TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIONES INTENCIONALMENTE CAUSADAS POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.**
- **LA PRÁCTICA DE CUALQUIER DEPORTE DE MANERA PROFESIONAL.**

- PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS.
- CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, ASÍ COMO LOS DERIVADOS DE ACTOS DELICTIVOS.
- ENFERMEDAD MENTAL.
- ENFERMEDADES O LESIONES DIAGNOSTICADAS O TRATADAS CON ANTERIORIDAD A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO, ASÍ COMO LAS DE ORIGEN CONGÉNITO, SIEMPRE Y CUANDO SEAN CONOCIDOS POR EL ASEGURADO AL INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL O A LA INCLUSIÓN DE LA COBERTURA EN LA PÓLIZA.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN EJERCICIO DE FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO, DE SEGURIDAD O VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA Y SEA ESTA LA CAUSA DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE ALUCINÓGENOS Y SEA ESTA LA CAUSA DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER TIPO DE AERONAVE, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AEROLÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS Y SEA ESTA LA CAUSA DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.
- TENTATIVA DE HOMICIDIO, SALVO EL OCURRIDO EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO Y SEA ESTA LA CAUSA DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

2.2. FALLECIMIENTO ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN

SI EL ASEGURADO FALLECE O SUFRE ALGUNA DE LAS LESIONES CORPORALES ENUMERADAS EN LA TABLA DE INDEMNIZACIONES PREVISTA EN EL NUMERAL 2.2.1 COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO, SIEMPRE Y CUANDO EL FALLECIMIENTO O LA LESIÓN CORPORAL OCURRA DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA FECHA DEL ACCIDENTE.

DENTRO DE ESTA COBERTURA SE INCLUYE EL DESAPARECIMIENTO DEL ASEGURADO CUANDO OCURRA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES EVENTOS, QUE DEN ORIGEN A LA DECLARACIÓN JUDICIAL DE PRESUNCIÓN DE MUERTE POR DESAPARECIMIENTO, CON ARREGLO A LA LEY COLOMBIANA: LA DESAPARICIÓN EN CATÁSTROFES NATURALES TALES COMO: TERREMOTOS, INUNDACIONES, MAREMOTOS, DESAPARICIÓN EN UN RÍO, LAGO O MAR, DESAPARICIÓN COMO CONSECUENCIA DEL EXTRAVÍO, CAÍDA, EXPLOSIÓN, NAUFRAGIO O ENCALLADURA DE CUALQUIER VEHÍCULO DEL CUAL NO EXISTA EXCLUSIÓN EXPRESA DE COBERTURA.

PARA EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO SE CONSIDERARÁ FALLECIMIENTO ACCIDENTAL, CUANDO OCURRA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES EVENTOS QUE DEN ORIGEN A LA DECLARACIÓN JUDICIAL DE PRESUNCIÓN DE MUERTE POR DESAPARECIMIENTO, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1145 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

2.2.1 TABLA DE INDEMNIZACIONES

LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA ESTE AMPARO, DE ACUERDO CON EL PORCENTAJE CORRESPONDIENTE A LA LESIÓN O PÉRDIDA SUFRIDA:

PARÁLISIS TOTAL E IRRECUPERABLE.	100%
ENAJENACIÓN MENTAL IRRECUPERABLE.	100%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN DE AMBOS OJOS.	100%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE LAS MANOS O LOS PIES O DE UNA MANO Y UN PIE.	100%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNA MANO O UN PIE JUNTO CON LA PÉRDIDA DE LA VISIÓN DE UN OJO.	100%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN POR UN OJO.	50%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DEL HABLA.	50%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA AUDICIÓN POR AMBOS OÍDOS.	50%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNA MANO O UN PIE.	50%
ABLACIÓN O EXTIRPACIÓN DE LA MANDÍBULA INFERIOR.	30%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA AUDICIÓN POR UN OÍDO.	25%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE DOS O MÁS DEDOS DE CUALQUIERA DE LAS MANOS.	25%
CATARATA TRAUMÁTICA BILATERAL OPERADA.	20%
PÉRDIDA DE UN PULMÓN O REDUCCIÓN AL 50% DE SU CAPACIDAD.	20%
PÉRDIDA DE UN RIÑÓN, BAZO, HÍGADO O PÁNCREAS.	20%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DEL DEDO PULGAR DE CUALQUIER PIE.	10%
CATARATA TRAUMÁTICA OPERADA.	10%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DEL OLFATO O DEL GUSTO.	5%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UN DEDO DE CUALQUIER MANO.	5%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE DOS O MÁS DEDOS DE CUALQUIERA DE LOS PIES.	5%

PÉRDIDA: AMPUTACIÓN QUIRÚRGICA O TRAUMÁTICA O LA INHABILITACIÓN FUNCIONAL TOTAL Y DEFINITIVA DEL ÓRGANO O MIEMBRO LESIONADO, EN FORMA TAL QUE NO PUEDA DESARROLLAR NINGUNA DE SUS FUNCIONES NATURALES.

- **MANOS:** A LA ALTURA DE LA MUÑECA O POR ENCIMA DE ELLA.
- **PIES:** A LA ALTURA DEL TOBILLO O POR ENCIMA DE ÉL.
- **DEDOS:** AL NIVEL DE LAS ARTICULACIONES METACARPO FALÁNGICAS O METATARSO FALÁNGICAS O POR ENCIMA DE ELLAS.

EN CASO DE VARIAS PÉRDIDAS CAUSADAS POR EL MISMO ACCIDENTE, EL VALOR TOTAL DE LA INDEMNIZACIÓN SERÁ LA SUMA DE LOS PORCENTAJES CORRESPONDIENTES A CADA UNA, SIN EXCEDER EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA ESTE AMPARO.

CUALQUIER PÉRDIDA O LIMITACIÓN NO DESCRITA EN LA TABLA ANTERIOR NO SERA OBJETO DE COBERTURA.

2.2.2. EXCLUSIONES PARA FALLECIMIENTO ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN.

El presente amparo no cubre el fallecimiento o lesiones corporales en los siguientes eventos:

- **LOS EVENTOS ACCIDENTALES CASUADOS DIRECTAMENTE POR 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; CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE; EVENTOS OCURRIDOS A CONSECUENCIA DE FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, RADIATIVIDAD O USO DE ARMAS ATÓMICAS, BACTERIOLÓGICAS O QUÍMICAS. SALVO LOS EVENTOS ACCIDENTALES CAUSADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR ACTOS DE TERRORISMO.**
- **EL SUICIDIO O LESIONES INTENCIONALMENTE CAUSADAS POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.**
- **LA PRÁCTICA DE CUALQUIER DEPORTE DE MANERA PROFESIONAL.**
- **LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE INFRACCIÓN DE NORMAS DE CARÁCTER LEGAL.**
- **PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS.**
- **CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, ASÍ COMO LOS DERIVADOS DE ACTOS DELICTIVOS.**
- **ENFERMEDAD MENTAL.**
- **ENFERMEDADES O LESIONES DIAGNOSTICADAS O TRATADAS CON ANTERIORIDAD A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO, ASÍ COMO LAS DE ORIGEN CONGÉNITO, SIEMPRE Y CUANDO SEAN CONOCIDOS POR EL ASEGURADO AL INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL O A LA INCLUSIÓN DE LA COBERTURA EN LA POLIZA.**
- **CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN EJERCICIO DE FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO O DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA Y SEA ESTA LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO ACCIDENTAL O BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL.**
- **CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE DE ALUCINÓGENOS Y SEA ESTA LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO ACCIDENTAL O BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL.**
- **CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER TIPO DE AERONAVE, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AEROLÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS Y SEA ESTA LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO ACCIDENTAL O BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL.**
- **LOS ACCIDENTES SUFRIDOS DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X O CHOQUES ELÉCTRICOS, SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO.**

- **HOMICIDIO O SU TENTATIVA, SALVO EL OCURRIDO EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO Y SEA ESTA LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO ACCIDENTAL O BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL.**

Nota: se levanta exclusión de Homicidio doloso o intencional y las lesiones o muerte causadas por otra u otras personas, salvo que tales lesiones o muerte fueren consecuencia de un evento fortuito o un hecho culposo.

la extensión de cobertura para la muerte accidental y desmembración accidental: se incluye homicidio, terrorismo, peleas, riñas, contravenciones, deportes de alto riesgo, accidentes en moto, embriaguez, intoxicación y envenenamiento accidental, ahogamiento, fenómenos de la naturaleza y atraco, picaduras y mordeduras de animales.

2.2.3. COBERTURA AMPLIA DE VUELO

La Compañía cubrirá mediante el presente amparo, no obstante lo establecido en las exclusiones de la póliza, las pérdidas biológicas o lesiones que sufra el asegurado mientras este viajando como pasajero o mientras este subiendo o descendiendo de cualquier clase de aeronave que opere con carácter privado y este legalmente autorizada para el transporte de pasajeros entre ciudades y aeropuertos o helipuertos y que estos sirvan como medio regular de transporte entre ambos lugares.

2.3 ENFERMEDADES GRAVES

SI EL ASEGURADO ES DIAGNOSTICADO POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN, Y POR PRIMERA VEZ, ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES QUE A CONTINUACIÓN SE ENUMERAN, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO, SIEMPRE Y CUANDO HAYAN TRANSCURRIDO POR LO MENOS NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO DESDE EL INICIO DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO.

Opción No. 1 Como Anticipo del 50% del Amparo Básico

Con la contratación de esta opción, La Compañía pagará al asegurado el valor contratado para esta cobertura y el valor indemnizado se deducirá del amparo básico.

LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES GRAVES SERÁN OBJETO DE COBERTURA:

CÁNCER: ENFERMEDAD QUE SE CARACTERIZA POR EL CRECIMIENTO, INVASIÓN Y EXPANSIÓN INCONTROLABLE DE CÉLULAS MALIGNAS EN LOS TEJIDOS DE DIFERENTES ÓRGANOS. TAMBIÉN SE CONSIDERA BAJO ESTA DEFINICIÓN LA LEUCEMIA Y EL LINFOMA DE HODGKIN O NO HODKING.

ACCIDENTES CEREBRO-VASCULARES: PÉRDIDA SÚBITA DE LA FUNCIÓN CEREBRAL, RESULTANTE DE LA INTERRUPCIÓN DEL APOORTE SANGUÍNEO (TIPO TROMBOTICO, EMBOLICO O HEMORRÁGICO), QUE ACUSE LESIONES IRREVERSIBLES.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: DAÑO BILATERAL E IRREVERSIBLE DE LA FUNCIÓN DE LOS RIÑONES, QUE HAGA NECESARIA LA REALIZACIÓN EN FORMA REGULAR DE DIÁLISIS RENAL (PERITONEAL O HEMODIÁLISIS) O UN TRASPLANTE RENAL.

INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO: MUERTE DE UNA PARTE DEL MÚSCULO CARDÍACO, OCASIONADA POR UNA INTERRUPCIÓN DEL APOORTE SANGUÍNEO.

CIRUGÍA ARTERIO – CORONARIA: INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA A CORAZÓN ABIERTO, QUE SE REALIZA PARA CORREGIR LA ESTENOSIS U OCLUSIÓN DE LAS ARTERIAS CORONARIAS, QUE NO RESPONDEN A TRATAMIENTO MÉDICO Y EN CONSECUENCIA ES NECESARIA LA REALIZACIÓN DE UN BY-PASS O PUENTE CORONARIO.

ESCLEROSIS MÚLTIPLE: ENFERMEDAD QUE AFECTA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y SE MANIFIESTA POR ANOMALÍAS NEUROLÓGICAS PROGRESIVAS E IRREVERSIBLES QUE CONLLEVAN A UN ESTADO DE INCAPACIDAD SEVERA. DIAGNÓSTICO CLÍNICO INEQUÍVOCO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DIAGNOSTICADO POR ESPECIALISTA.

TRASPLANTE DE ÓRGANOS: LA COMPAÑÍA CUBRE EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD. LA COMPAÑÍA, AMPARA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO ESTRICTAMENTE INDISPENSABLE PARA LA RECEPCIÓN DE LOS SIGUIENTES ÓRGANOS COMPLETOS: CORAZÓN, UNO O DOS PULMONES, HÍGADO O PÁNCREAS TOTAL (SE EXCLUYE EL TRASPLANTE DE ISLOTES DE LANGERHANS), (NO ESTÁN INCLUIDOS NI RIÑÓN NI CORNEA) QUE PROVENGA DE UN DONANTE EFECTIVO COMPATIBLE VIVO O MUERTO.

GRAN QUEMADO: LA COMPAÑÍA OTORGA COBERTURA A PACIENTES CON QUEMADURAS MAYORES AL 20% DE EXTENSIÓN Y PACIENTES CON QUEMADURAS DE SEGUNDO GRADO EN CARA, PIES, MANOS Y PERINÉ.

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: DIAGNÓSTICO CLÍNICO INEQUÍVOCO DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (DEMENCIA PRE-SENIL), EVIDENCIADO POR HALLAZGOS TÍPICOS EN EXÁMENES PARACLÍNICOS COMO ESCANOGRAFIA CEREBRAL, RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA PET DE CEREBRO, CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA.

LA ENFERMEDAD DEBE PRODUCIR COMO RESULTADO UNA INCAPACIDAD PERMANENTE DE REALIZAR INDEPENDIEMENTE TRES O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

ENFERMEDAD DE PARKINSON: DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO DE ENFERMEDAD DE PARKINSON PRIMARIA O IDIOPÁTICO (TODAS LAS OTRAS FORMAS DE PARKINSONISMO ESTÁN EXCLUIDAS), CONFIRMADO POR UN NEURÓLOGO. LA ENFERMEDAD DEBE PROVOCAR INCAPACIDAD PERMANENTE PARA REALIZAR INDEPENDIEMENTE TRES O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

DEFINICIÓN DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: PARA EFECTOS DE ESTE AMPARO SE CONSIDERAN COMO ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: BAÑARSE (CAPACIDAD DE TOMAR UN BAÑO O DUCHARSE), VESTIRSE Y DESVESTIRSE, HIGIENE PERSONAL (CAPACIDAD DE USAR EL LAVATORIO Y MANTENER UN NIVEL RAZONABLE DE HIGIENE), MOVILIDAD (CAPACIDAD DE DESPLAZARSE AL INTERIOR DE UN MISMO NIVEL O PISO), CONTINENCIA (CONTROL SOBRE LOS ESFÍNTERES), COMER/BEBER (CAPACIDAD DE ALIMENTARSE POR SÍ MISMO PERO NO DE PREPARAR LA COMIDA) O CAUSAR POSTRACIÓN E INCAPACIDAD PARA LEVANTARSE SIN

ASISTENCIA DE TERCEROS. ESTAS CONDICIONES DEBEN ESTAR MÉDICAMENTE DOCUMENTADAS POR LO MENOS DURANTE 3 MESES.

ESTADO DE COMA NO INDUCIDO: ESTADO SEVERO DE LA PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA SIN RESPUESTAS A ESTÍMULOS EXTERNOS O NECESIDADES INTERNAS, REQUIRIENDO PERMANENTEMENTE APOYO DE SOPORTE VITAL POR UN PERIODO DE AL MENOS 96 HORAS CONSECUELA NEUROLOGICA PERMANENTE, EL DIAGNÓSTICO DEBE SER CONFIRMADO POR ESPECIALISTA Y EL DÉFICIT NEUROLÓGICO DEBE SER DOCUMENTADO POR LO MENOS DURANTE 3 MESES.

TRAUMATISMO MAYOR DE CABEZA: TRAUMA CON ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN CEREBRAL DIAGNOSTICADA Y CONFIRMADA POR EXÁMENES PARACLÍNICOS COMO ESCANOGRAFÍA CEREBRAL O RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR.

EL TRAUMA DEBE PROVOCAR UNA INCAPACIDAD PERMANENTE PARA REALIZAR INDEPENDIEMENTE TRES O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

EN CASO QUE EXISTA CONCOMITANCIOA DE LAS ENFERMEDADES AMPARADAS EN LA COBERTURA SE DARA COBERTURA UNICAMENTE A LA DE MAYOR SEVERIDAD ES DECIR NO SON ACUMULATIVAS.

2.3.1. ANTICIPO POR CANCER IN SITU

Si es contratada la cobertura de Enfermedades Graves, la Compañía indemnizará al asegurado el veinte por ciento (20%) del valor asegurado para este amparo Máximo \$20.000.000 Evento / Vigencia, cuando le sea diagnosticada médicamente y por primera cáncer de seno y matriz (no invasivo), y el diez por ciento (10%) del valor asegurado para este amparo Máximo \$5.000.000 Evento / Vigencia, cuando le sea diagnosticada médicamente y por primera cáncer In situ, no obstante las exclusiones de esta cobertura, siempre y cuando hayan transcurrido mínimo noventa (90) días desde el inicio de la vigencia de la presente póliza.

El valor indemnizado se deducirá del valor asegurado del amparo de Enfermedades Graves.

Este amparo no ofrecerá ningún tipo de cobertura para enfermedades preexistentes o diagnosticadas con anterioridad al inicio de vigencia del amparo y la póliza.

2.3.1 EXCLUSIONES PARA ENFERMEDADES GRAVES

EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE LAS ENFERMEDADES QUE HAYAN SIDO OCASIONADAS O QUE ESTÉN RELACIONADAS CON ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

- **LOS EVENTOS ACCIDENTALES CASUADOS DIRECTAMENTE POR 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; CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE; EVENTOS**

OCURRIDOS A CONSECUENCIA DE FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, RADIATIVIDAD O USO DE ARMAS ATOMICAS, BACTERIOLÓGICAS O QUÍMICAS. SALVO LOS EVENTOS ACCIDENTALES CAUSADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR ACTOS DE TERRORISMO.

- LA TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIONES INTENCIONALMENTE CAUSADAS POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA
- LA PRESENCIA DEL VIRUS DEL SIDA CON PRUEBA CONFIRMATORIA, DESCUBIERTO MEDIANTE TEST DE ANTICUERPOS O VIRUS DE SIDA CON RESULTADO POSITIVO, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE ESTE VIRUS.
- CÁNCER DE SENO O ÚTERO.
- LA COLOCACIÓN DE STEN MEDICADO O NO, ASI COMO CUALQUIER OTRO TIPO DE PROTESIS ENDOVASCULAR.
- LOS ACCIDENTES VASCULARES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS Y ACCIDENTES CEREBROVASCULARES REVERSIBLES, ENTENDIENDO COMO TALES AQUELLOS EN LOS QUE EL ASEGURADO PUEDA RECUPERARSE COMPLETAMENTE EN LAS SEIS (6) SEMANAS SIGUIENTES A SU OCURRENCIA.
- ENFERMEDADES O LESIONES DIAGNOSTICADAS O TRATADAS CON ANTERIORIDAD A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO, ASÍ COMO LAS DE ORIGEN CONGÉNITO Y GENETICO, SIEMPRE Y CUANDO SEAN CONOCIDOS POR EL ASEGURADO AL INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL O A LA INCLUSIÓN DE LA COBERTURA EN LA POLIZA O SOPORTADA A TRAVÉS DE HISTORIA CLINICA CON FECHA DE DIAGNOSTICO (PREEXISTENCIA).
- ENFERMEDADES O LESIONES DERIVADAS DEL USO DE ALCOHOL O SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.
- CUALQUIER DOLENCIA AMPARADA POR LA PÓLIZA QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA O ESTÉ SIENDO TRATADA POR UN MÉDICO QUE NO POSEA LICENCIA PERMANENTE Y VÁLIDA, EXPEDIDA POR LA AUTORIDAD RESPECTIVA PARA PRACTICAR LA MEDICINA EN EL PAÍS.
- LA PRÁCTICA CUALQUIER DEPORTE DE MANERA PROFESIONAL.
- LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA.
- LESIONES PREMALIGNAS, CÁNCER DE PRÓSTATA EN SUS ETAPAS INICIALES T1A O T1B DE LA CLASIFICACION TNM (TUMOR NÓDULO METASTÁSIS) CON CLASIFICACION DE GLEASON INFERIOR A CINCO, CÁNCER INSITU NO INVASIVO (INCLUIDO EL MELANOMA MALIGNO EN ESTADIO INSITU), LOS TUMORES MALIGNOS DE PIEL (EXCEPTO EL MELANOMA MALIGNO INVASIVO), ENFERMEDAD DE HODGKIN ESTADIO I Y LOS TUMORES EN PRESENCIA DEL VIH O SIDA. CARCINOMA DE TIROIDES VARIEDAD PAPILAR EN SUS ETAPAS INICIALES T1 T2 N0 M0 (DE LA CLASIFICACION TNM). EL RESTO DE ESTADIOS, T3-4 Y CARCINOMAS DE TIROIDES VARIEDADES FOLICULAR, ANAPLASICO, MEDULAR, O CUALQUIER OTRO TIPO DE CÁNCER DE TIROIDES DIFERENTES A LOS MENCIONADOS, TENDRÁN COBERTURA EN CUALQUIERA DE SUS ESTADIOS.
- EL ESTADO DE COMA PROVOCADO POR EL ABUSO DE ALCOHOL, TÓXICOS O DROGAS NO PRESCRITAS POR UN MÉDICO.
- MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS.

NOTA ACLARATORIA:

SE LEVANTA EXCLUSIN PARA ASEGURADOS NUEVOS:

- **CÁNCER DE SENO O ÚTERO.**

2.4. RENTAS CLINICAS

2.4.1. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

Si el asegurado es recluido en una institución hospitalaria o clínica, bajo el cuidado de un médico según se define en la presente póliza, la compañía pagará el valor asegurado para este amparo, según el número de días que el asegurado se encuentre recluido.

El pago se producirá siempre y cuando la enfermedad o lesiones que hayan ocasionado la hospitalización se hayan producido transcurridos treinta (30) días calendarios desde el inicio de vigencia de la póliza.

La indemnización se otorgará desde el segundo día de hospitalización y cubrirá hasta un máximo de treinta (30) días continuos por evento y máximo un (1) evento por vigencia por asegurado.

Para efectos del presente amparo, se entiende como hospitalización cuando el asegurado se encuentre en una habitación de una institución hospitalaria o clínica, por un periodo mínimo de veinticuatro (24) horas.

No son consideradas como instituciones hospitalarias, para efectos de cobertura de este amparo, las instituciones mentales para tratamiento de enfermedades Psiquiátricas, los lugares de reposo, convalecencia o descanso para ancianos, drogadictos o alcohólicos, los centros de cuidado intermedio, los lugares donde se proporcionan tratamientos naturalistas o de estética.

2.4.2. RENTA DIARIA ADICIONAL POR SER INTERNADO EN UCI

La compañía pagará al asegurado el valor estipulado en la carátula de la póliza, por cada día que el asegurado se encuentre internado en una unidad de cuidados intensivos, de una clínica o institución hospitalaria, por cualquier causa, hasta un máximo de treinta (30) días continuos por evento y máximo un (1) evento por vigencia por asegurado.

El pago se producirá siempre y cuando la enfermedad o lesiones que hayan ocasionado la reclusión se hayan producido transcurridos treinta (30) días calendario desde el inicio de vigencia de la póliza.

2.4.3. RENTA DIARIA POST- HOSPITALARIA

La compañía pagará al asegurado de la presente póliza según el caso, el valor estipulado en la carátula de la póliza por cada día que la persona asegurada se encuentre recluido en su domicilio tras haber permanecido ingresada en una institución hospitalaria o clínica.

El pago se producirá siempre y cuando la enfermedad o lesiones que la hayan ocasionado se hayan producido transcurridos treinta (30) días calendario desde el inicio de vigencia de la póliza.

La indemnización se otorgará desde el segundo día y por un periodo máximo de siete (7) días continuos y hasta por el 50% del valor de la renta por Hospitalización, por evento y máximo un (1) evento por vigencia por asegurado.

2.4.4. CIRUGÍA AMBULATORIA O PEQUEÑA CIRUGÍA

La compañía pagará al asegurado de la presente póliza según el caso, el valor estipulado en la cobertura y en la carátula de la póliza en caso de cirugía ambulatoria o pequeña cirugía que sufra el asegurado, de acuerdo con la siguiente definición **Cirugía ambulatoria o pequeña cirugía:** Procedimientos de cirugía que no requieren de uso de quirófano y que se realizan en salas de urgencias o en consultorio, tales como esguinces, fracturas óseas simples que requieran inmovilización y vendaje y cuya reducción no afecta el uso del quirófano.

El pago se producirá siempre y cuando la enfermedad o lesiones que la hayan ocasionado se hayan producido transcurridos treinta (30) días calendario desde el inicio de vigencia de la póliza y hasta por el 50% del valor de la renta por Hospitalización.

La presente cobertura no tiene deducible ni límite de eventos por vigencia por asegurado.

2.4.5. EXCLUSIONES PARA RENTAS CLINICAS

EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE CUANDO LA INCAPACIDAD TEMPORAL O LA HOSPITALIZACIÓN TENGAN ORIGEN O RELACIÓN CON:

- LA PRÁCTICA DE EXÁMENES MÉDICOS DE RUTINA, EXÁMENES DE LABORATORIO, RADIOGRAFÍAS O FISIOTERAPIA, TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS, EXCEPTO EL EXAMEN QUE SE NECESITE A CONSECUENCIA DE UNA INCAPACIDAD DETERMINADA POR MÉDICO O CIRUJANO DEBIDAMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER SU PROFESIÓN Y QUE LA ENFERMEDAD MOTIVANTE SE HAYA ORIGINADO DENTRO DE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.
- LESIONES CORPORALES INFLIGIDAS POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO O INTENTO DE SUICIDIO, BIEN SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA O BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O ALUCINÓGENOS.

- LICENCIAS POR MATERNIDAD.
- HOSPITALIZACIONES POR PARTO NORMAL O QUIRÚRGICO DURANTE LOS DIEZ (10) MESES SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DEL AMPARO.
- HOSPITALIZACIONES O INCAPACIDAD DEL ASEGURADO CON OCASIÓN O POR CAUSA DE SU ESTADO DE EMBARAZO O ABORTO.
- CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO, A MENOS QUE SEAN COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE.
- TODA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA QUE TENGA POR FINALIDAD CORREGIR DEFORMACIONES, MALFORMACIONES, IMPERFECCIONES Y ANOMALÍAS CONGÉNITAS.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE INTERNADO EN CASAS DE REPOSO POR DESÓRDENES MENTALES, FUNCIONALES, PSICOSIS, NEUROSIS.
- TRATAMIENTOS POR DROGADICCIÓN, TABAQUISMO O CUALQUIER ESTADO PSIQUIÁTRICO.
- CONDICIONES FÍSICAS O DE SALUD PREEXISTENTES, ENTENDIÉNDOSE COMO TAL CUALQUIER ENFERMEDAD O LESIÓN DIAGNOSTICADA CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIACIÓN DEL AMPARO.
- TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS CIENTÍFICAMENTE POR LAS AUTORIDADES DE SALUD.
- DICTÁMENES MÉDICOS DADOS POR FACULTATIVOS QUE TENGAN PARENTESCO CON EL ASEGURADO, PARENTESCO ENTENDIDO DENTRO DEL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO DE AFINIDAD Y ÚNICO CIVIL.
- TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD, ESTERILIDAD Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR.
- FISIOTERAPIAS
- EXÁMENES DE CORRECCIÓN Y DEFECTOS DE REFRACCIÓN DE LA VISTA.
- CÁNCER Y SU TRATAMIENTO.
- PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES DE BUCEO, ALPINISMO, ESCALAMIENTO, EN LOS QUE SE HAGA USO DE SOGAS O GUÍAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, VUELOS EN COMETA, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO O DEPORTES PROFESIONALES.
- LESIONES CORPORALES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE VOLAR COMO PILOTO, ALUMNO PILOTO, MECÁNICO DE VUELO O MIEMBRO DE TRIPULACIÓN DE CUALQUIER NAVE AÉREA.
- PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS O ACTOS DELICTIVOS.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN EJERCICIO DE FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO O DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA.
- CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE; FISIÓN, FUSIÓN NUCLEAR O RADIATIVIDAD.
- ACTOS DE TERRORISMO O DE GUERRA DECLARADA O SIN DECLARAR.

2.5. AUXILIO EXEQUIAL

En caso de fallecimiento del asegurado según lo definido en el numeral 1.1. De este documento, la compañía pagará la suma asegurada para este amparo al (los) beneficiario (s) designado (s) o en su defecto los de ley, para sufragar los gastos funerarios.

El 30% del valor asegurado del amparo básico con un límite de 7 SMMLV por persona.

ESTA COBERTURA SE OTORGA SIN EXCLUSIONES

2.6. RENTA MENSUAL POR FALLECIMIENTO PARA GASTOS DE HOGAR

En caso de fallecimiento por cualquier causa del asegurado, según lo definido en el numeral 1.1. De este clausulado, la compañía pagará el valor asegurado contratado como renta mensual y por el número de meses definidos en las condiciones económicas, a partir del mes siguiente a la fecha de ocurrencia del fallecimiento.

ESTA COBERTURA SE OTORGA SIN EXCLUSIONES

2.7. RENTA MENSUAL POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA GASTOS DE HOGAR

En caso de incapacidad total y permanente del asegurado, según lo definido en el numeral 2.1. De este clausulado, la compañía pagará el valor asegurado contratado como renta mensual y por el número de meses definidos en las condiciones económicas, a partir del mes siguiente a la fecha de ocurrencia de la incapacidad total y permanente.

LAS EXCLUSIONES SERAN LAS DE LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

2.7. RENTA POR MATERNIDAD

La compañía pagara por maternidad o paternidad al funcionario la suma asegurada contratada por cada hijo nacido vivo durante la vigencia de la póliza.

El pago se producirá siempre y cuando el nacimiento ocurra transcurrido noventa (90) días desde el inicio de la vigencia del presente amparo.

MAXIMO 20 EVENTOS AL AÑO.

3. PERSONAS ASEGURABLES POR AMPARO

Quedarán amparadas bajo el presente contrato de seguros los Empleados sus Cónyuges, Hijos, y Padres que sean reportados por el Tomador y cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos en este documento.

CONDICION:

VIDA: Empleado, Cónyuge, hijos, hermanos y Padres máximo 100% del valor asegurado contratado por asociado.

ACCIDENTES: Empleado, Cónyuge, hijos, hermanos y Padres máximo 100% del valor asegurado contratado por el asociado.

RENTA CLINICA: Empleado, Cónyuge e Hijos mayores de 6 meses, Padres y hermanos 100% del valor asegurado contratado por el asociado.

4. VIGENCIA

La vigencia técnica de la póliza será de doce (12) meses, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia que aparece en la carátula de la póliza.

5. EDADES POR COBERTURA

EMPLEADO, CONYUGE, HIJOS, HERMANOS Y PADRES

COBERTURAS	MÍNIMA INGRESO	MÁXIMA INGRESO	PERMANENCIA
Fallecimiento por cualquier causa	18 años	70 años	80 años
Incapacidad Total y permanente	18 años	69 años y 364 días.	72 años y 364 días.
Fallecimiento Accidental beneficios por desmembración	18 años	70 años	72 años y 364 días.
Enfermedades Graves	18 años	60 años	65 años
Rentas Diarias	18 años	60 años	65 años
Auxilio Exequial	18 años	70 años	80 años
Renta mensual por fallecimiento para gastos de hogar	18 años	70 años	80 años
Renta mensual por incapacidad total y permanente para gastos de hogar	18 años	69 años y 364 días.	72 años y 364 días.

Nota Aclaratoria: Se mantienen los asegurados menores de edad que están vigentes, pero no aplica ingreso de nuevos menores de edad a partir de la renovación.

5.1. ERRORES E INEXACTITUDES

Si al momento de presentarse una pérdida amparada bajo la póliza a la cual se adhiere este documento, se comprobare que la edad real del asegurado afectado por la pérdida es mayor que la declarada a la Compañía, siempre y cuando la edad verdadera no supere la edad máxima de ingreso a la póliza, ésta reconocerá el cien por ciento (100%) de la indemnización.

6. VALOR ASEGURADO

El valor asegurado de cada persona, será el aceptado expresamente por La Compañía el cual se indicará en la carátula de la póliza.

7. CONTINUIDAD DE COBERTURA

La compañía otorga continuidad de cobertura, es decir no exigirá requisitos adicionales de asegurabilidad a los asegurados con seguro vigente en la fecha de expedición de la póliza, hasta

por el monto del valor asegurado y las coberturas que se tuvieran contratadas con la anterior aseguradora.

Los términos y condiciones del contrato de seguro incluyendo las edades de permanencia, amparos y definiciones de cada cobertura que aplicarán, serán las contenidas en el presente condicionado particular.

Esta continuidad se concede sin limitaciones por sus condiciones de salud pero con las siguientes salvedades:

- Que su actividad sea ilícita o se encuentre involucrado en procesos penales (excepto los delitos culposos) o privado de la libertad.
 - Que las condiciones de salud existieran con anterioridad a la inclusión en la póliza de seguro.
- Dentro del alcance de la continuidad de cobertura, cualquier incremento de valor asegurado o inclusión de coberturas requerirá el cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad establecidos en este documento. Sin perjuicio de lo anterior, el Tomador pondrá a disposición de la Compañía las solicitudes de seguro presentadas a la anterior aseguradora.