

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA EN GRUPO

CONDICIONES CONFIAR - USO DE RED

CLAUSULA PRIMERA. AMPAROS. COBERTURAS Y EXCLUSIONES

1. AMPARO BÁSICO

MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

1.1. COBERTURA.

AMPARAR CONTRA EL RIESGO DE MUERTE O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE Y DEMÁS AMPAROS A CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO ASEGURADO, INCLUYE HOMICIDIO DESDE EL PRIMER DÍA DE VIGENCIA DEL SEGURO, SIDA DIAGNOSTICADO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, EL SUICIDIO SE CUBRE A PARTIR DE LOS 365 DÍAS DE INICIADA LA VIGENCIA.

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

1.2.1 EN TODOS LOS CASOS SE APLICARÁN LOS TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 1058 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

1.3. PERIODO DE CARENCIA

EL SUICIDIO SE CUBRIRÁ A PARTIR DE LOS 365 DÍAS DE INICIADA LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

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

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, MEDIANTE EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL Y PREVIO EL PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE, ASUME EL RIESGO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, QUE AL SER CALIFICADA DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS EN EL MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ (DECRETO 1507 DE 2014, O AQUEL VIGENTE AL MOMENTO DE LA CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ) SEA IGUAL O SUPERIOR AL 50% DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL, SIEMPRE Y CUANDO EL EVENTO GENERADOR Y LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA MISMA SE PRODUZCAN DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

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.

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

- A. LA PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS, NO PREEXISTENTE.
- B. LA AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA DE AMBAS MANOS, A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN RADIO CARPIANA O POR ENCIMA DE ELLA.
- C. LA AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA DE AMBOS PIES, A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN TIBIOTARSIANA O POR ENCIMA DE ELLA.
- D. LA AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE, A NIVEL DE LAS ARTICULACIONES YA DEFINIDAS.

LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEBERÁ SER CERTIFICADA POR LOS ENTES AUTORIZADOS EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA RESPECTIVA RECLAMACIÓN, 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.

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 ANTES DE LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO CUMPLA LOS SESENTA Y SEIS (66) AÑOS DE EDAD O CUALQUIER OTRA EDAD EXPRESADA EN LAS CONDICIONES 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.

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.

2.1.5. DEDUCCIONES

UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, 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 LA COBERTURA DE DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN,

ENFERMEDADES GRAVES, Y EN VIRTUD DE ÉL Y COMO CONSECUENCIA DEL MISMO ACCIDENTE O ENFERMEDAD, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA 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 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, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PAGARÁ LA SUMA ASEGURADA OTORGADA.

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 LOCURA.

2.2.4.2 LESIONES CAUSADAS VOLUNTARIAMENTE A SI 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 MEDICAMENTE.

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 EN RAZÓN DE ACCIDENTES AMPARADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA, ASÍ COMO LAS INFECCIONES BACTERIANAS (SALVO INFECCIONES PROGÉNICAS QUE ACONTEZCAN COMO CONSECUENCIA DE UNA HERIDA ACCIDENTAL).

- 2.2.4.8 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 ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.
- 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, SINCOPE, 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, INDEPENDIEMENTE 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. 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; ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, PAGARÁ EL PORCENTAJE CORRESPONDIENTE:

TABLA DE INDEMNIZACIONES		
CLASE DE PERDIDA		% DE INDEMNIZACION
1	PERDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISION EN AMBOS OJOS	100%
2	LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE AMBOS PIES O AMBAS MANOS	100%
3	SORDERA TOTAL BILATERAL	100%
4	PÉRDIDA DEL HABLA	100%
5	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNA MANO Y DE UN PIE	100%
6	PERDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNA MANO O UN PIE Y LA VISION DE UN OJO	100%
7	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DEL BRAZO O DE LA MANO DERECHA	60%
8	PÉRDIDA COMPLETA DE LA VISIÓN DE UN OJO	60%
9	SORDERA TOTAL UNILATERAL	50%
10	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNA SOLA MANO O DE UN PIE	60%
11	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNA PIERNA POR ENCIMA DE LA RODILLA	50%
12	PÉRDIDA COMPLETA O INUTILIZACION DEL USO DE LA CADERA	30%
13	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DEL DEDO PULGAR DERECHO	25%
14	PÉRDIDA TOTAL O INUTILIZACIÓN DE TRES DEDOS DE LA MANO DERECHA O EL PULGAR Y OTRO DEDO QUE NO SEA EL ÍNDICE	20%
15	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DEL DEDO PULGAR IZQUIERDO	20%
16	PÉRDIDA TOTAL O INUTILIZACIÓN DE TRES DEDOS DE LA MANO IZQUIERDA O EL PULGAR Y OTRO DEDO QUE NO SEA EL ÍNDICE	20%
17	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA MUÑECA O DEL CODO DERECHO	20%
18	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE ALGUNA RODILLA	20%
19	FRACTURA NO CONSOLIDADA DE UNA RODILLA	20%
20	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DEL DEDO ÍNDICE DERECHO	15%
21	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA MUÑECA O DEL CODO IZQUIERDO	15%
22	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DEL TOBILLO	15%
23	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DEL DEDO ÍNDICE IZQUIERDO	15%
24	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNO CUALQUIERA DE LOS RESTANTES DEDOS DE LAS MANOS O DE LOS PIES, SIEMPRE QUE COMPRENDA LA TOTALIDAD DE LAS FALANGES DE CADA UNO	10%

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, SIEMPRE Y CUANDO SEA CONSECUENCIA DEL MISMO EVENTO DE LA INDEMNIZACIÓN YA PAGADA.

LAS PÉRDIDAS NO ENUNCIADAS EN LA TABLA ANTERIOR, AUNQUE SEAN DE MENOR TRASCENDENCIA, SERÁN INDEMNIZADAS EN RELACIÓN CON SU GRAVEDAD, COMPARÁNDOLAS CON LAS AQUÍ INDICADAS.

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.

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

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 INUTILIZACIÓN 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 MEDICAMENTE.

2.3.3.5 LESIONES CAUSADAS INTENCIONALMENTE POR OTRA PERSONA, CON ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE.

NO OBSTANTE, SE CUBRE LA DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN 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 EN RAZÓN DE 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 ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.

2.3.3.9 LAS ORIGINAS CUANDO EL ASEGURADO PARTICIPE 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.

2.3.3.10 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.

2.3.3.11 LAS ORIGINADAS POR ATAQUES CARDIACOS O EPILÉPTICOS, SINCOPE, ROTURA DE ANEURISMAS.

2.3.3.12 LAS ORIGINADAS COMO CONSECUENCIA DE EMBARAZO, ABORTO, ALUMBRAMIENTO.

2.3.3.13 LAS ORIGINADAS CUANDO EL ASEGURADO PARTICIPE COMO MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN DE CUALQUIER AERONAVE O HELICÓPTERO.

2.3.3.14 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.

2.3.3.15 LAS ORIGINADAS POR ENERGÍA ATÓMICA Y/O NUCLEAR, INSOLACIONES O CONGELACIONES, INDEPENDIENTEMENTE DE CÓMO SE HUBIEREN ORIGINADO.

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

2.3.3.17 LAS ORIGINADAS POR ACCIDENTES DE TRABAJO

2.4 ENFERMEDADES GRAVES.

2.4.1 COBERTURA

EN VIRTUD DEL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, PAGARÁ AL ASEGURADO EL VALOR ASEGURADO ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA CON UN MÁXIMO DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE, SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO LE SEA DIAGNOSTICADA MEDICAMENTE POR PRIMERA VEZ, CUALQUIERA DE LAS ENFERMEDADES QUE RELACIONAMOS Y DEFINIMOS A CONTINUACIÓN:

A. CÁNCER:

ENFERMEDAD PROVOCADA POR LA APARICIÓN DE UN TUMOR MALIGNO CARACTERIZADO POR EL CRECIMIENTO DESCONTROLADO Y LA DISEMINACIÓN DE LAS CÉLULAS MALIGNAS Y LA INVASIÓN DE LOS TEJIDOS NORMALES. SE INCLUYE EN ESTA DEFINICIÓN LAS LEUCEMIAS, LOS LINFOMAS, LA ENFERMEDAD DE HODGKIN Y EL MELANOMA MALIGNO.

B. INFARTO AL MIOCARDIO:

SE DEFINE COMO LA MUERTE DE UNA PARTE DEL MÚSCULO CARDÍACO, OCASIONADA POR UNA BRUSCA REDUCCIÓN DEL FLUJO SANGUÍNEO CORONARIO. ESTE DIAGNÓSTICO DEBE SUSTENTARSE EN LA PRESENCIA DE DOLORS PRECORDIALES, ALTERACIONES RECIENTES DEL ELECTROCARDIOGRAMA Y AUMENTO DE LAS ENZIMAS CARDÍACAS.

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:

SE DEFINE COMO LA MUERTE DE TEJIDO CEREBRAL, DEBIDO A UNA DISMINUCIÓN DEL FLUJO SANGUÍNEO CEREBRAL, QUE SE MANIFIESTA POR UN DÉFICIT NEUROLÓGICO DE SEVERIDAD VARIABLE, DEMOSTRABLE ADEMÁS CON ALTERACIÓN PERMANENTE DE 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. AFECCIÓN DE ARTERIA CORONARIA QUE EXIJA CIRUGÍA:

ENFERMEDAD CORONARIA QUE REQUIERA DE 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.

F. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER:

DIAGNÓSTICO CLÍNICO INCUESTIONABLE DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (DEMENCIA PRE-SENIL) ANTES DE LA EDAD DE 66 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.

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
- ✓ MOVILIDAD (CAPACIDAD DE DESPLAZARSE EN UN MISMO NIVEL)
- ✓ COMER/BEBER (CAPACIDAD DE ALIMENTARSE POR SÍ MISMO, PERO NO DE PREPARAR LA COMIDA).

ESTAS CONDICIONES DEBEN ESTAR MEDICAMENTE DOCUMENTADAS POR LO MENOS DURANTE TRES (3) MESES.

G. 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.

H. 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:

- ✓ TRANSFUSIÓN DE DERIVADOS DE LA SANGRE
- ✓ ESTIMULANTES DE LA MÉDULA ÓSEA
- ✓ AGENTES INMUNOSUPRESORES
- ✓ TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA

I. ESCLEROSIS MÚLTIPLE:

DIAGNÓSTICO INCUESTIONABLE FORMULADO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA DE POR LO MENOS DOS EPISODIOS DE SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS DE DESMIELINIZACIÓN, ANORMALIDADES NEUROLÓGICAS PERMANENTES ACOMPAÑADO DE DETERIORO FUNCIONAL CON UNA DURACIÓN CONTINÚA NO INFERIOR A SEIS MESES Y QUE HAYAN SIDO DOCUMENTADOS POR TÉCNICAS MODERNAS DE NEUROIMAGEN.

EL DIAGNÓSTICO DEBERÁ SER RATIFICADO CUMPLIDOS LOS SEIS (6) MESES POSTERIORES A LA OCURRENCIA DEL PRIMER EPISODIO.

J. TRAUMA MAYOR DE LA CABEZA:

TRAUMA MAYOR DE LA CABEZA CON DETERIORO DE LA FUNCIÓN CEREBRAL QUE DEBE SER CONFIRMADO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA Y DEMOSTRADO POR HALLAZGOS CARACTERÍSTICOS EN LA PRUEBA DE NEUROIMAGEN (TAC, RESONANCIA MAGNÉTICA CEREBRAL) DICHO TRAUMA DEBE PROVOCAR UNA INCAPACIDAD PERMANENTE PARA REALIZAR DE MANERA INDEPENDIENTE CUATRO 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
- ✓ MOVILIDAD (CAPACIDAD DE DESPLAZARSE EN UN MISMO NIVEL)
- ✓ COMER/BEBER (CAPACIDAD DE ALIMENTARSE POR SI MISMO, PERO NO DE PREPARAR LA COMIDA).

ESTAS CONDICIONES DEBEN ESTAR MEDICAMENTE DOCUMENTADAS POR LO MENOS DURANTE TRES (3) MESES

K. ENFERMEDAD DE PARKINSON:

DIAGNÓSTICO INCUESTIONABLE DE ENFERMEDAD DE PARKINSON PRIMARIA (TODAS LAS DEMÁS FORMAS DE PARKINSONISMO ESTÁN EXCLUIDAS) EMITIDO POR UN ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA. DICHA ENFERMEDAD DEBE PROVOCAR INCAPACIDAD PERMANENTE PARA REALIZAR CUATRO 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
- ✓ MOVILIDAD (CAPACIDAD DE DESPLAZARSE EN UN MISMO NIVEL)
- ✓ COMER/BEBER (CAPACIDAD DE ALIMENTARSE POR SI MISMO, PERO NO DE PREPARAR LA COMIDA).

ESTAS CONDICIONES DEBEN ESTAR MEDICAMENTE DOCUMENTADAS POR LO MENOS DURANTE TRES (3) MESES

L. 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 ESPECIALISTA Y EL DÉFICIT NEUROLÓGICO DEBE SER DOCUMENTADO POR LO MENOS DURANTE TRES MESES.

EL VALOR ASEGURADO DE ESTE AMPARO ADICIONAL NO PODRÁ SER SUPERIOR AL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE Y EL ASEGURADO SOLO TENDRÁ DERECHO AL PAGO DEL 50% O DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO ALCANZADO SEGÚN LAS CONDICIONES CONTRATADAS, ASÍ SE DIAGNOSTIQUE MÁS DE UNA DE LAS ENFERMEDADES Y/O SEA SOMETIDO A MÁS DE UN TRASPLANTE CUBIERTO MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO.

2.4.2. 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:

2.4.2.1 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.

2.4.2.2 CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE LAS ANTERIORES.

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

2.4.2.4 CARCINOMA DE TIROIDES VARIEDAD PAPILAR, EN SUS ETAPAS INICIALES T1-2, N0, M0 (DE LA CLASIFICACIÓN TNM). EL RESTO DE ESTADIOS Y CUALQUIER OTRO TIPO DE CÁNCER DE TIROIDES DIFERENTE AL MENCIONADO CON CUALQUIER CLASIFICACIÓN, TENDRÁN COBERTURA.

2.4.2.5 LOS TUMORES DE CUALQUIER NATURALEZA DE LA PIEL.

2.4.2.6 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.

2.4.2.7 LOS TUMORES DE LA PIEL, SALVO QUE SE TRATE DE MELANOMAS MALIGNOS.

2.4.2.8 CÁNCER IN SITU NO INVASIVO DE CUALQUIER ÓRGANO.

2.4.2.9 LA ANGIOPLASTIA Y/O CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN INTRA - ARTERIAL.

2.4.2.10 ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS

2.4.2.11 ENFERMEDADES O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA O AL INICIO DE ESTE ANEXO.

2.4.2.12 EL ESTADO DE COMA PROVOCADO POR EL ABUSO DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, TÓXICAS O DROGAS NO PRESCRITAS POR UN MÉDICO.

2.4.2.13 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.

2.4.2.14 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.

2.4.3 DEDUCCIONES

ESTE AMPARO NO ES ACUMULABLE CON EL AMPARO BÁSICO DE VIDA Y EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE; POR LO TANTO, UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR ESTE AMPARO, EL VALOR CANCELADO SERÁ DEDUCIDO DEL QUE PUEDA CORRESPONDER POR LOS AMPAROS MENCIONADOS. SIEMPRE Y CUANDO SEA CONSECUENCIA DEL MISMO EVENTO DE LA INDEMNIZACIÓN YA PAGADA.

2.5 TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES

2.5.1 COBERTURA

EN VIRTUD DEL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, 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 DE ALGUNO DE LOS ÓRGANOS 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:

2.5.1.1 QUE LA PRESENTE COBERTURA HAYA ESTADO EN VIGOR POR UN PERÍODO NO MENOR A (90) NOVENTA DÍAS, ANTES DE QUE SE DIAGNOSTIQUE LA ENFERMEDAD CUYO 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.

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

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

2.5.1.4 QUE EL ASEGURADO SOBREVIVA UN LAPSO DE TREINTA (30) DÍAS DESPUÉS DEL DIAGNÓSTICO 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.

NOTA: EL TRASPLANTE DE TODOS LOS DEMÁS ÓRGANOS, PARTES DE ÓRGANOS O EL TRASPLANTE DE CUALQUIER OTRO TEJIDO ESTÁN EXCLUIDOS. 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.

2.5.2 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.

2.5.3 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.

2.5.4. 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:

2.5.4.1 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.

2.5.4.2 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.

2.5.4.3 CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE LAS ANTERIORES.

2.5.4.4 DROGADICCION O INTOXICACIÓN POR DROGAS, VENENO O LICOR.

2.5.4.5 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.

2.5.4.6 CUANDO LA NECESIDAD DEL TRASPLANTE HA SIDO DIAGNOSTICADA DURANTE LOS PRIMEROS CIENTO VEINTE (120) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO, PARA CADA ASEGURADO.

2.5.4.7 CUANDO EL TRASPLANTE DE ÓRGANO SEA CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO, PARA CADA ASEGURADO.

2.5.4.8 A CAUSA DE LESIONES INTENCIONALMENTE INFLIGIDAS A SI MISMO, CUALQUIER INTENTO DE SUICIDIO; SEA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE O NO, EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES.

2.5.4.9 CUANDO EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS, NO SEA INDICADO POR UN, PROFESIONAL IDONEO, CON EXPERIENCIA DEMOSTRADA Y SEA AVALADO POR LOS ENTES DE CONTROL DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL.

2.5.4.10 CUANDO EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS SEA INDICADO POR ALGUNA PERSONA DE LA FAMILIA DEL ASEGURADO O QUE RESIDA EN LA MISMA CASA DEL ASEGURADO.

2.5.4.11 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.

2.5.4.12 TRASPLANTES QUE SEAN PROCEDIMIENTOS DE INVESTIGACIÓN Y EL TRASPLANTE DE ISLOTES DE LANGERHANS.

2.5.4.13 TRASPLANTE DE ÓRGANOS DIFERENTES A LOS MENCIONADOS Y DEFINIDOS EN LA PRESENTE COBERTURA.

2.5.4.14 TRASPLANTES DE ÓRGANOS QUE SEAN INDICADOS PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER O LOS TUMORES DEBIDOS O, COMO CONSECUENCIA DE LA INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).

2.5.4.15 CUANDO EL ASEGURADO OBRE EN CALIDAD DE DONANTE.

2.5.5 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.

2.6 RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

2.6.1 COBERTURA

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, INDEMNIZARÁ EL VALOR INDICADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA, POR CADA DÍA QUE LA PERSONA ASEGURADA SE ENCUENTRE RECLUIDA EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA O CLÍNICA, BAJO EL CUIDADO DE UN MÉDICO LEGALMENTE RECONOCIDO POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES PARA EL DESEMPEÑO DE SU PROFESIÓN.

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

LA INDEMNIZACIÓN SE OTORGARÁ DESDE EL SEGUNDO DÍA DE HOSPITALIZACIÓN, CON UN MÁXIMO DE CUARENTA Y CINCO DÍAS (45) DÍAS POR EVENTO Y CUATRO (4) EVENTOS DURANTE LA VIGENCIA ANUAL DE LA PÓLIZA (ENTENDIÉNDOSE POR EVENTO LAS HOSPITALIZACIONES COMO CONSECUENCIA DE UNA MISMA ENFERMEDAD O LESIÓN) Y SE EXTIENDE A AMPARAR AL ASEGURADO EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

2.6.1.1 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.

BAJO ESTE AMPARO LA COMPAÑÍA PAGARÁ UNA SUMA DIARIA POR CADA DÍA DE HOSPITALIZACIÓN, A PARTIR DEL SEGUNDO DÍA.

2.6.1.2 UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

BAJO ESTA COBERTURA, LA COMPAÑÍA RECONOCERÁ COMO BENEFICIO DIARIO, EL EQUIVALENTE A DOS (2) VECES LA SUMA PACTADA EN LA COBERTURA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN, DURANTE LA PERMANENCIA DEL ASEGURADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SIN EXCEDER DE TREINTA (30) DÍAS CONTINUOS, COMO RESULTADO DE UN MISMO ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

2.6.1.3 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.

2.6.1.4 PARTO NORMAL O POR CESÁREA

EL PARTO NORMAL O POR CESÁREA, ESTARÁN CUBIERTOS POR EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL SIEMPRE Y CUANDO EL EMBARAZO SE HAYA INICIADO DESPUÉS DE ENTRAR EN VIGENCIA 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 CINCO (5) DÍAS POR EVENTO Y POR VIGENCIA ANUAL.

LA INDEMNIZACIÓN PARA PERSONAS ASEGURADAS MAYORES DE SESENTA Y CINCO (65) AÑOS DE EDAD, SE REALIZARÁ ASÍ:

PORCENTAJE DEL BENEFICIO ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA

LOS PRIMEROS TRES (3) DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN.....	0%
LOS SIGUIENTES SIETE (7) DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN.....	50%
A PARTIR DEL DÉCIMO (10) DÍA Y HASTA EL VIGESIMOQUINTO (25) DÍA DE HOSPITALIZACIÓN.....	100%

NOTA: EL BENEFICIO DIARIO AQUÍ ESTIPULADO SE RECONOCERÁ HASTA POR UN MÁXIMO DE VEINTIDÓS (22) DÍAS POR CADA PERIODO DE HOSPITALIZACIÓN.

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.

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.).

2.6.2 EXCLUSIONES DEL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

SALVO ESTIPULACIÓN EXPRESA EN CONTRARIO, EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL NO CUBRE LOS EVENTOS A CONTINUACIÓN RELACIONADOS. NO OBSTANTE, PRODUZCAN AL ASEGURADO LAS CONSECUENCIAS ANTERIORMENTE DESCRITAS:

2.6.2.1 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.

2.6.2.2 HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS COMO CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES Y/O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA.

2.6.2.3 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.

2.6.2.4 TODO CUIDADO AMBULATORIO PROVISTO EN EL CONSULTORIO DE UN MÉDICO.

2.6.2.5 TRATAMIENTOS DE BELLEZA O CIRUGÍA CON FINES ESTÉTICOS.

2.6.2.6 EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO Y CONSULTAS MÉDICAS.

2.6.2.7 GUERRA, INVASIÓN ACTO DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES DE GUERRA (HAYA O NO DECLARACIÓN DE GUERRA) GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN O ASONADA.

2.6.2.8 SUICIDIO O SUS TENTATIVAS, BIEN SEA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE DEMENCIA. ASÍ COMO LAS LESIONES AUTO INFLIGIDAS O CUALQUIER INTENTO DE ELLO.

2.6.2.9 PRÁCTICA, ENTRENAMIENTO O PARTICIPACIÓN EN COMPETENCIAS CORRESPONDIENTES A DEPORTES COMO EL BUCEO, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, DEPORTES PROFESIONALES O CARRERAS DE ALTA VELOCIDAD.

2.6.2.10 VIAJAR COMO PILOTO O TRIPULANTE DE NAVES AÉREAS, INCLUYENDO HELICÓPTEROS.

2.6.2.11 PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN ACTIVIDADES ILÍCITAS CONTRARIAS A LA LEY COLOMBIANA O POR ENCONTRARSE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, DROGAS TÓXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS.

2.6.2.12 REACCIÓN O RADIACIÓN NUCLEAR, INDEPENDIENTEMENTE DE CÓMO SE HAYA GENERADO.

2.6.2.13 TRATAMIENTOS POR DESEQUILIBRIOS MENTALES.

2.6.2.14 HOSPITALIZACIÓN POR CHEQUEOS DE CONTROL O COMPLICACIONES DEL EMBARAZO.

2.6.2.15 HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS QUE SEAN CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES, ANÓMALAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS.

2.6.2.16 CIRUGÍAS PARA LA EXTRACCIÓN O CAUTERIZACIÓN DE VERRUGAS O LUNARES, UÑAS ENCARNADAS, LIPOMAS Y QUISTES SEBÁCEOS.

2.6.2.17 CIRUGÍAS QUE SEAN CONSECUENCIA DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS.

2.6.2.18 CIRUGÍAS Y TRATAMIENTOS DESTINADOS A ESTERILIZACIÓN O FERTILIDAD TANTO MASCULINA COMO FEMENINA.

2.6.2.19 HOSPITALIZACIONES QUE SEAN CONSECUENCIA DE TERREMOTO, ERUPCIÓN VOLCÁNICA, INUNDACIONES, HURACANES Y, EN GENERAL, TODO FENÓMENO DE LA NATURALEZA.

2.6.3 PAGO DE BENEFICIOS

2.6.3.1 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.

2.6.3.2. 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.

2.6.3.3 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.).

CLAUSULA SEGUNDA. OBJETO DEL SEGURO

AMPARAR CONTRA EL RIESGO DE MUERTE O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE Y DEMÁS AMPAROS A CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO ASEGURADO, INCLUYE HOMICIDIO DESDE EL PRIMER DÍA DE VIGENCIA DEL SEGURO, SIDA DIAGNOSTICADO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, EL SUICIDIO SE CUBRE A PARTIR DE LOS 365 DÍAS DE INICIADA LA VIGENCIA.

CLAUSULA TERCERA. GRUPO ASEGURADO

PODRÁN ACTUAR COMO ASEGURADOS LOS ASOCIADOS QUE A TRAVÉS DE LA PLATAFORMA TECNOLÓGICA DESTINADA PARA TAL FIN SEAN INCLUIDOS PREVIA VALIDACIÓN DE LAS CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD Y HAYAN SIDO ACEPTADOS POR ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA.

CLAUSULA CUARTA. DEFINICIONES.

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

1. Asegurador.

compañía aseguradora (aseguradora solidaria de Colombia., entidad cooperativa).

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 vinculo 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. Valor Asegurado

Valor que la compañía se compromete a pagar al asegurado o beneficiarios en caso de afectación de una o varias coberturas contratadas,

7. 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.

8. Accidente.

Es el suceso imprevisto, violento, visible, de origen externo, que no depende de la voluntad del asegurado y que en forma directa produce lesiones corporales visibles o lesiones internas médicamente comprobables.

9. Tratamiento.

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

10. 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.

11. 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.

12. 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.

13. Diagnóstico.

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

14. Enfermedad Preexistente.

Es cualquier patología, afección o condición médica, diagnosticada o manifestada con anterioridad a la entrada en vigencia 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

15. 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 aseguradora solidaria, 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.

16. 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.

17. 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.

18. 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.

19. Cónyuge

Es la condición civil que se demuestra a través de registro civil de matrimonio o declaración extra - juicio de convivencia (unión marital de hecho).

20. Seguro de Grupo Contributivo

Es aquel cuya prima es sufragada, en su totalidad o en parte, por los integrantes del grupo asegurado.

21. Seguro de Grupo no Contributivo

Es aquel cuya prima es sufragada en su totalidad por el tomador del seguro.

CLAUSULA QUINTA. EDADES DE INGRESO

AMPARO	EDAD MINIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD PERMANENCIA
	DESDE	HASTA	
AMPARO BÁSICO DE MUERTE	12 AÑOS MUJERES 14 AÑOS HOMBRES	65 AÑOS	72 AÑOS MÁS 364 DÍAS

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	12 AÑOS MUJERES 14 AÑOS HOMBRES	65 AÑOS MÁS 364 DÍAS	72 AÑOS MÁS 364 DÍAS
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN	12 AÑOS MUJERES 14 AÑOS HOMBRES	65 AÑOS MÁS 364 DÍAS	72 AÑOS MÁS 364 DÍAS
ENFERMEDADES GRAVES	12 AÑOS MUJERES 14 AÑOS HOMBRES	65 AÑOS MÁS 364 DÍAS	72 AÑOS MÁS 364 DÍAS
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN	12 AÑOS MUJERES 14 AÑOS HOMBRES	65 AÑOS MÁS 364 DÍAS	72 AÑOS MÁS 364 DÍAS

CLAUSULA SEXTA. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.

ESTAR EN BUEN ESTADO DE SALUD, ES DECIR QUE EL ASEGURADO NO PADEZCA, NI HAYA PADECIDO TRASTORNOS CARDIOVASCULARES NI RENALES, PRESIÓN ARTERIAL ALTA, DERRAMES CEREBRALES, CÁNCER, LEUCEMIA, TRASTORNOS INMUNOLÓGICOS, ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO O PADECIMIENTOS RELACIONADOS CON SIDA O CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD PREEXISTENTE EN LA PÓLIZA; IGUALMENTE, QUE A LA FECHA DE INGRESO NO TENGA PÉRDIDAS FUNCIONALES ANATÓMICAS NI HAYA SUFRIDO ACCIDENTES QUE LE IMPIDAN DESEMPEÑAR LAS LABORES PROPIAS DE SU PROFESIÓN.

CLAUSULA SÉPTIMA. PERSONAS NO ASEGURABLES

NO PODRÁN ASEGURARSE BAJO LA PRESENTE PÓLIZA:

- ✓ JUECES, SECRETARIOS Y ALTOS MIEMBROS DE LA RAMA JURISDICCIONAL.
- ✓ SENADORES, DIPUTADOS, GOBERNADORES Y ALCALDES.
- ✓ ALTOS DIGNATARIOS DEL GOBIERNO NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL.
- ✓ TOREROS
- ✓ PILOTOS FUMIGADORES.
- ✓ DEPORTISTAS DE ALTO RIESGO.
- ✓ ESCOLTAS O GUARDAESPALDAS.

PARA ESTAS ACTIVIDADES SOLO SE PUEDEN ASEGURAR EN EL PLA1

- ✓ MIEMBROS DE LAS FUERZAS MILITARES, DE POLICÍA O DEL DAS.
- ✓ DIRECTORES DE CÁRCELES Y DEMÁS EMPLEADOS PENITENCIARIOS.
- ✓ EMPLEADOS DE LA FISCALÍA

CLAUSULA OCTAVA. DEPORTES NO ASEGURABLES

NO SE ASEGURAN LAS PERSONAS QUE PRACTIQUEN COMO PROFESIONAL O AFICIONADO EN FORMA PERMANENTE LOS SIGUIENTES DEPORTES:

• ALPINISMO	• PARAPENTE
• CAZA	• MOTOCICLISMO
• TAUROMAQUIA	• BOXEO
• ARTES MARCIALES	• AVIACIÓN
• AUTOMOVILISMO	• LUCHA
• TIRO	• MOTONÁUTICA

• VUELO EN COMETA O ALA DELTA	• MOTOCROSS
• BUCEO (INMERSIONES SUBMARINAS)	

ESTA CONDICIÓN SE EXTIENDE PARA TODOS LOS DEPORTES CONSIDERADOS HABITUALMENTE COMO DEPORTES O ACTIVIDADES EXTREMAS.

EN CUALQUIER CASO, LA ÚNICA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA POR INGRESOS QUE CONTRAVENGAN ESTA CLÁUSULA SERÁ LA DEVOLUCIÓN DE LAS PRIMAS RECIBIDAS POR DICHO INGRESO.

CLAUSULA NOVENA. RENOVACIÓN DEL SEGURO

LA PÓLIZA SE RENOVARÁ DE MANERA AUTOMÁTICA, SALVO QUE EL ASEGURADO MANIFIESTE DE MANERA EXPRESA Y CON UNA ANTELACIÓN MÍNIMA DE 30 DÍAS ANTES DEL VENCIMIENTO DEL SEGURO. ESTO IMPLICA QUE NO SE REQUIERE EXPEDICIÓN DE PÓLIZA NUEVA.

CLAUSULA DÉCIMA. PERÍODO DE GRACIA DEL SEGURO

SI EL RECAUDO ES POR DÉBITO AUTOMÁTICO SE OTORGARÁ 60 DÍAS DE PERIODO DE GRACIA PARA PONERSE AL DÍA EN LOS PAGOS, TIEMPO DURANTE EL CUAL TENDRÁ DERECHO A LA COBERTURA. TRANSCURRIDO ESTE PLAZO CESARÁ LA COBERTURA Y PARA QUE EL ASEGURADO VUELVA A DISFRUTAR DEL SEGURO DEBE CUMPLIR CON LOS REQUISITOS INICIALES.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA. 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 TERMINARÁ AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA ESTIPULADA EN LA PÓLIZA O EN SUS ANEXOS DE RENOVACIÓN.

Parágrafo:

EN EL CASO DE LAS CAUSALES DE TERMINACIÓN PREVISTAS EN LOS LITERALES D, F, G, H, I ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, NOTIFICARÁ PREVIAMENTE DICHA CAUSAL AL ASEGURADO. EN LOS EVENTOS DE MUERTE O CALIFICACIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO PRINCIPAL; EL SEGURO PARA LOS FAMILIARES ASEGURADOS TERMINARÁ AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA ESTIPULADA EN LA PÓLIZA O EN SUS ANEXOS DE RENOVACIÓN.

CLAUSULA DÉCIMA SEGUNDA. DOCUMENTOS SUGERIDOS EN CASO DE RECLAMACIÓN

VIDA GRUPO - MUERTE

- a. FUCC (DOCUMENTO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE)
- b. FOTOCOPIA DE LA CÉDULA O REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO
- c. REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN
- d. CERTIFICADO MÉDICO PRUEBA DE DEFUNCIÓN Y/O HISTORIA CLÍNICA, SÍ LA MUERTE FUE NATURAL
- e. ACTA DE LEVANTAMIENTO DE CADÁVER Y/O INFORME DE LA FISCALÍA EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL.
- f. DOCUMENTOS QUE ACREDITEN LA IDENTIDAD DE LOS BENEFICIARIOS Y EL PARENTESCO.
- g. DECLARACIONES EXTRA PROCESO QUE INDIQUEN LA EXISTENCIA DE BENEFICIARIOS CON MEJOR O IGUAL DERECHOS ADQUIRIDOS

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

- a. FUCC (DOCUMENTO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE)
- b. CALIFICACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, EMITIDA POR LA ENTIDAD COMPETENTE (JUNTA DE CALIFICACIÓN) DE ACUERDO CON LA LEY 100 DE 1993 Y SUS DECRETOS REGLAMENTARIOS Y/O HISTORIA CLÍNICA COMPLETA QUE PERMITA ESTABLECER LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL.
- c. FORMULARIO DE RECLAMACIÓN Y/O CARTA FORMAL DE RECLAMACIÓN SUSCRITA POR EL ASEGURADO
- d. FOTOCOPIA DE LA CÉDULA O REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO

INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN

- a. FUCC (DOCUMENTO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE).
- b. HISTORIA CLÍNICA COMPLETA DEL ASEGURADO (ANTES DE INGRESAR A LA PÓLIZA Y EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE, SÍ ES EL CASO).
- c. FOTOCOPIA DE LA CÉDULA O REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO.
- d. DICTAMEN DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE LA EPS O DE LA JUNTA CALIFICADORA REGIONAL.

ENFERMEDADES GRAVES

- a. FUCC (DOCUMENTO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE).
- b. FOTOCOPIA DE LA CÉDULA O REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO.
- c. HISTORIA CLÍNICA Y/O INFORME MÉDICO QUE PERMITA ESTABLECER LA EXISTENCIA DE LA ENFERMEDAD, TIEMPO ESTIMADO DEL PADECIMIENTO DE LA MISMA, FECHA DE DIAGNÓSTICO TRATAMIENTO REQUERIDO.
- d. FORMULARIO DE RECLAMACIÓN.

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

- a. FUCC (DOCUMENTO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE).
- b. HISTORIA CLÍNICA COMPLETA DEL ASEGURADO.
- c. CERTIFICADO DEL NÚMERO DE DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN DE LA CLÍNICA, ACOMPAÑADO DEL RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LA ATENCIÓN.
- d. FOTOCOPIA DE LA CÉDULA O REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO.
- e. FORMULARIO DE RECLAMACIÓN.

CLAUSULA DÉCIMA TERCERA. VIGENCIA DE LOS AMPAROS INDIVIDUALES.

LOS AMPAROS INDIVIDUALMENTE CONSIDERADOS, SÓLO ENTRARÁN EN VIGOR A PARTIR DE LA FECHA EN QUE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA COMUNIQUE POR ESCRITO SU APROBACIÓN AL TOMADOR.

CLAUSULA DÉCIMA CUARTA. SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL.

EL VALOR ASEGURADO ES EL SEÑALADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL PARA CADA COBERTURA

CLAUSULA DÉCIMA QUINTA. PAGO DE PRIMAS.

EL PAGO DE LA PRIMERA PRIMA, ES CONDICIÓN INDISPENSABLE PARA LA VIGENCIA DEL SEGURO. PARA EL PAGO DE LAS DEMÁS PRIMAS, SEAN SEMESTRALES, TRIMESTRALES O MENSUALES, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, 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, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, 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 VIGENCIA RESPECTIVA.

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 ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA QUEDARÁ LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD POR SINIESTROS OCURRIDOS DESPUÉS DE LA EXPIRACIÓN DE DICHO PLAZO.

PERIODO DE GRACIA DEL SEGURO

- SI EL RECAUDO ES POR DÉBITO AUTOMÁTICO SE OTORGARÁ 60 DÍAS DE PERIODO DE GRACIA PARA PONERSE AL DÍA EN LOS PAGOS, TIEMPO DURANTE EL CUAL TENDRÁ DERECHO A LA COBERTURA.
- TRANSCURRIDO ESTE PLAZO CESARÁ LA COBERTURA Y PARA QUE EL ASEGURADO VUELVA A DISFRUTAR DEL SEGURO DEBE CUMPLIR CON LOS REQUISITOS INICIALES.

CLAUSULA DÉCIMA SEXTA. 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 PODRÁ CAMBIAR DE BENEFICIARIO EN CUALQUIER MOMENTO, PERO TAL CAMBIO SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA FECHA DE NOTIFICACIÓN POR ESCRITO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA.

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 ARTÍCULO 1142 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

CLAUSULA DÉCIMA SÉPTIMA. 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 ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, 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, ASÍ COMO FACILITAR A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, 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 OCTAVA. 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.

CLAUSULA DÉCIMA NOVENA. 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 PRESENTADOS POR ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, 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 ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA CUALQUIER MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

EN TAL VIRTUD, TANTO EL TOMADOR COMO EL ASEGURADO SE ENCUENTRAN OBLIGADOS A NOTIFICAR POR ESCRITO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, 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.

DEPENDIENDO DE LA MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, 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 DE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA.

CLAUSULA VIGÉSIMA. AMPAROS Y EXCLUSIONES

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, CON ESTRICTA 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 ESTAS CONDICIONES. 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 VIGÉSIMA PRIMERA. 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 VIGÉSIMA SEGUNDA. REVOCACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO

LA PRESENTE PÓLIZA Y SUS ANEXOS PODRÁN SER REVOCADOS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER MOMENTO, MEDIANTE AVISO ESCRITO DADO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. EL IMPORTE DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LA DEVOLUCIÓN SE CALCULARÁ A PRORRATA.

TRATÁNDOSE DE LOS AMPAROS ADICIONALES Y ANEXOS, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, 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, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA DEVOLVERÁ LA PARTE PROPORCIONAL DE LA PRIMA NO DEVENGADA DESDE LA FECHA DE LA REVOCACIÓN. EN CUALQUIER CASO, DE REVOCACIÓN, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, 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 VIGÉSIMA TERCERA. 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 VIGÉSIMA CUARTA. 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 QUINTA. 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 SEXTA. 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 SÉPTIMA. 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 LA MISMA.

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 NORTE AMÉRICA - U.S. DEPARTMENT OF THE TREASURY). ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA HARÁ USO DE SUS FACULTADES Y REVOCARÁ UNILATERALMENTE EL CONTRATO DE SEGUROS, EN LOS CASOS EN QUE A ELLO HUBIERE LUGAR.