

VIDA GRUPO SALARIO PROTEGIDO

PÒLIZA CON VIGENCIA DESDE EL **30/06/2023 HASTA EL 30/06/2024**

1. OBJETO DEL SEGURO:

Brindar protección a los asegurados, cuando se presente una incapacidad temporal por enfermedad o accidente e indemnizar a los beneficiarios de ley, en caso de fallecimiento o cualquier otro evento amparado por la póliza, hasta la suma contratada e indicada en la caratula de la misma.

2. GRUPO ASEGURADO

Podrán actuar como asegurados los asociados/afiliados del tomador aseguradora por su conducto, el correspondiente consentimiento individual para ser incluidos en la póliza, y hayan sido aceptados por seguros de vida del estado s.a.

3. BENEFICIARIOS

Persona designada en la póliza por el asegurado o contratante como titular de los derechos indemnizatorios que se establecen en este documento. su designación puede ser expresa o tacita y de libre nombramiento.

Para la presente póliza los beneficiarios serán los designados por el asegurado en la declaración de asegurabilidad o en su defecto los de ley

4. AMPAROS

4.1. BÁSICO DE MUERTE (VIDA)

Amparar contra el riesgo de muerte por cualquier causa a cada uno de los miembros del grupo asegurado, incluye fallecimiento por sida diagnosticado dentro de la vigencia de la póliza. cubre la muerte del asegurado, incluso el suicidio y el homicidio desde el inicio de la vigencia dela póliza.

FECHA: 2022-03-06

4.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Bajo este anexo, la compañía ampara al asegurado hasta por una suma igual al valor pactado en el amparo básico (muerte), cuando, por causa de una lesión orgánica o funcional, sufra una incapacidad total y permanente que le impida desempeñar de por vida su profesión u oficio habitual o cualquier otra actividad remunerativa o laboral y que, al ser calificada de acuerdo con lo estipulado por la ley 100 y sus decretos reglamentarios, sea igual o superior al 50% de la pérdida de su capacidad laboral, siempre y cuando el evento generador de la incapacidad o su fecha de estructuración se haya dado dentro de la vigencia de la póliza. no tendrán cobertura las incapacidades causadas intencionalmente por el asegurado.

el amparo básico y el amparo de incapacidad total y permanente, son excluyentes entre sí.

4.3. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN

Cubre la muerte accidental y la pérdida funcional o anatómica que sufra el asegurado como consecuencia de un accidente amparado por la póliza, siempre y cuando este ocurra dentro de los 365 días siguientes a la fecha del accidente.

en desmembración aplica según tabla de porcentaje de pérdida inserta en las condiciones de la póliza.

TABLA DE INDEMNIZACIONES

CLASE DE PÉRDIDA	INDEMNIZACIÓN
PÉRDIDA DE LA VIDA	100%
CEGUERA COMPLETA EN AMBOS OJOS	100%
PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE AMBAS MANOS O AMBOS PIES	100%
SORDERA TOTAL BILATERAL	100%
PÉRDIDA DEL HABLA	100%
PÉRDIDA DEL BRAZO O DE LA MANO DERECHA	60%
PÉRDIDA COMPLETA DE LA VISION DE UN OJO	50%
SORDERA TOTAL UNILATERAL	50%
PÉRDIDA DEL BRAZO O DE LA MANO IZQUIERDA	50%
PÉRDIDA DE UNA PIERNA POR ENCIMA DE LA RODILLA	50%
PÉRDIDA DE UN PIE	40%
PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA CADERA	40%
PÉRDIDA DEL DEDO PULGAR DERECHO	25%
PÉRDIDA TOTAL DE TRES DEDOS DE LA MANO DERECHA O EL PULGAR Y OTRO DEDO QUE NO SEA EL INDICE	20%
PÉRDIDA DEL DEDO PULGAR IZQUIERDO	20%

CONDICIONADO SALARIO PROTEGIDO

PÉRDIDA TOTAL DE TRES DEDOS DE LA MANO IZQUIERDA, O EL PULGAR Y OTRO DEDO QUE NO SEA EL INDICE	20%
PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA MUÑECA O DEL CODO DERECHO	20%
PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE ALGUNA RODILLA	20%
FRACTURA NO CONSOLIDADA DE UNA RODILLA	20%
PÉRDIDA DEL DEDO INDICE DERECHO	15%
PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA MUÑECA DEL CODO IZQUIERDO	15%
PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DEL TOBILLO	15%
PÉRDIDA DEL DEDO INDICE IZQUIERDO	12%
PÉRDIDA DEL DEDO ANULAR DERECHO	10%
PÉRDIDA DEL DEDO MEDIO DERECHO	10%
PÉRDIDA DEL DEDO ANULAR IZQUIERDO	8%
PÉRDIDA DEL DEDO MEDIO IZQUIERDO	8%
PÉRDIDA DEL DEDO GORDO EN ALGUNO DE LOS PIES	8%
PÉRDIDA DEL DEDO MEÑIQUE DERECHO	7%
PÉRDIDA DEL DEDO MEÑIQUE IZQUIERDO	5%

Las pérdidas no enunciadas en la tabla anterior, aunque sean de menor impacto, serán indemnizadas en relación con su gravedad, comparándolas con las aquí indicadas.

**4.4. ENFERMEDADES GRAVES
(50% DEL AMPARO BASICO, OPERA COMO PAGO ADICIONAL)**

Este anexo tiene como finalidad ayudar a sobrellevar la carga económica dada por los tratamientos médicos de una enfermedad terminal, si durante la vigencia de la póliza le es diagnosticada por primera vez al asegurado, cualquiera de las siguientes enfermedades:

Cáncer
Infarto al miocardio
Insuficiencia renal crónica
Accidente cerebro vascular
Afección de arteria coronaria que exija cirugía.

El diagnóstico de la enfermedad, deberá ser emitido por la entidad promotora de salud.

4.5. AUXILIO FUNERARIO

Si durante la vigencia de la póliza el asegurado llegare a fallecer, a consecuencia de un evento amparado, la compañía indemnizará el valor asegurado contratado.

**4.6. RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE,
HOSPITALARIA O AMBULATORIA**

Bajo este amparo se pagará a título de renta el valor asegurado diario establecido para este beneficio en la caratula de la póliza, multiplicado por el número de días de incapacidad temporal, que sufra el asegurado a causa de una enfermedad o accidente amparado, la cual deberá ser dictaminada por un profesional médico en ejercicio de sus funciones como representante de una entidad promotora de salud del régimen de seguridad social en salud colombiano.

El valor a indemnizar corresponderá al valor asegurado por cada día y hasta terminar los días correspondientes a la incapacidad (sin exceder en ningún caso los días máximos de incapacidad por patología establecidos en la tabla del anexo no 1 eventos cubiertos), cifra a la que posteriormente se le descontará el deducible establecido en la póliza. La indemnización opera aplicando el deducible a la incapacidad dada por la eps, aclarando que en todo caso el máximo número de días a indemnizar corresponde al establecido en la tabla mencionada.

Deducible: se establece un deducible de tres (3) días aplicables sobre el número de días a indemnizar en cada siniestro.

se establece un deducible para cualquier indemnización por los amparos de renta diaria por enfermedad y renta diaria por accidente de tres (3) días, no obstante cuando los días de incapacidad y hospitalización otorgados por la eps no superen 5 días, no se aplicará el deducible.

Definición 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.

El máximo a indemnizar por evento es de sesenta (60) días, conforme a tabla no 1 de eventos, la cual indica el número máximo de días de cobertura por patología y el máximo de eventos por vigencia es de tres (3).

DEFINICIÓN DE EVENTO:

Diagnóstico de salud individual e independiente, que genere incapacidad por enfermedad o accidente, siempre y cuando se encuentre contenida en la tabla de del anexo no 1 eventos cubiertos. igualmente se considera que hace parte del mismo evento aquellas incapacidades separadas por enfermedad o accidente, que tengan la misma causa o causa relacionada por la cual ya se haya pagado indemnización.

1.1. RENTA MENSUAL PARA GASTOS DEL HOGAR

Esta modalidad consiste en que, si el asegurado fallece o queda incapacitado total y permanentemente, la aseguradora indemnizará, el valor de un mercado mensual, de acuerdo con la opción elegida por el asegurado. en tal caso se pagará en forma de bonos de una empresa debidamente establecida, durante el tiempo pactado, los cuales podrán ser redimidos en un supermercado de cadena. en las ciudades en las que no sea posible el pago en bonos, la indemnización se efectuará en moneda legal.

1.2. RENTA MENSUAL PARA GASTOS DEL HOGAR

Esta modalidad consiste en que si el asegurado fallece o queda incapacitado total y permanentemente, la aseguradora indemnizará, el valor de un mercado mensual, de acuerdo con la opción elegida por el asegurado. en tal caso se pagará en forma de bonos de una empresa debidamente establecida, durante el tiempo pactado, los cuales podrán ser redimidos en un supermercado de cadena. en las ciudades en las que no sea posible el pago en bonos, la indemnización se efectuara en moneda legal.

2. EXTENSION DE COBERTURA

Se podrá asegurar al cónyuge o compañero (a) del asegurado principal siempre y cuando ejerza su profesión relacionada con la medicina. el ingreso a la póliza se realizará bajo el mismo proceso del ingreso del asegurado principal, es decir, el con el respectivo consentimiento individual y que haya sido debidamente aceptado (a) por la compañía seguros de vida del estado s.a.

3. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Todos los potenciales asegurados deberán ser reportados a la compañía seguros de vida del estado s.a mediante solicitud o constancia de continuidad, deben estar en perfecto estado de salud. no se cubren preexistencias.

NOTA ACLARATORIA: RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE,

HOSPITALARIA O AMBULATORIA, EL MAXIMO VALOR ASEGURADO ES DE QUINIENTOS MIL PESOS (\$500.000), M/CTE. INDEPENDIENTE DEL NUMERO DE PLANES QUE TOMA EL ASEGURADO.

4. PERIODOS DE CARENCIA

ORIGINA POR:	PERIODO DE CARENCIA
RENTA DIARIA POR ACCIDENTE	24 HORAS
MUERTE ACCIDENTAL	24
HORASRENTA DIARIA POR ENFERMEDAD	45 DIAS
ENFERMEDADES GRAVES	90 DIAS

DEFINICION DE PERIODO DE CARENCIA:

Es el periodo durante el cual el asegurado permanece sin derecho a los amparos contemplados en la presente póliza.

COBERTURA LIMITE EN CASO DE RENTA DIARIA POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD:

El número máximo de días de seguro para cada tipo de incapacidad se establece según la siguiente tabla, en la cual se realiza una división dependiendo del tipo de incapacidad así (a los días que resulten indemnizar debe descontarse el deducible respectivo):

EVENTOS CUBIERTOS

COLUMNA A = INCAPACIDAD SIN HOSPITALIZACION
COLUMNA B = INCAPACIDAD CON HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

EN EL ANEXO NO. 1 SE INDICA EL NUMERO MAXIMO DE DIAS PARA CADA TIPO DE INCAPACIDAD.

5. CONDICIONES PARTICULARES

En el momento que se solicite cambio de plan que implique aumento de valor asegurado, se aceptara si, y solo si, el asegurado declara nuevamente su estado de salud, con el diligenciamiento de la solicitud individual de seguro y/o a través del call center conforme a la información establecida en la estructura de llamada definida por el operador. se aclara que independiente de la declaración de salud que manifieste el asegurado aplicaran nuevamente los periodos de carencia establecidos.

FECHA: 2022-03-06

En la situación que se autorice el cambio de plan a un asegurado y presente una reclamación que ocurra en el periodo de carencia del nuevo plan, la liquidación se realizará de acuerdo con los valores asegurados del plan inmediatamente anterior.

Para efectos de las indemnizaciones en los amparos de: enfermedades graves y renta diaria por accidente o enfermedad, el asegurado deberá aportar la incapacidad emitida por la entidad promotora de salud (eps) a la cual se encuentre afiliado, adicionalmente debe estar cotizando en el sistema general de seguridad social en salud.

En caso de afectación de la cobertura de renta a consecuencia de un accidente laboral, deberá aportar la incapacidad emitida por la administradora de riesgos laborales (arl), a la cual se encuentre afiliado, así como, el formato único de reporte accidentes de trabajo (furat) e historia clínica completa.

El máximo valor asegurado individual, en una o varias pólizas será de \$120.000.000 para la cobertura básica e incapacidad total y permanente. para la cobertura de renta diaria por accidente o enfermedad, el máximo valor asegurado es de quinientos mil pesos (\$500.000), m/cte. independiente del número de planes que tome el asegurado.

La cobertura límite del amparo de renta diaria por accidente o enfermedad se registrará por lo indicado en el anexo no. 1, es decir los días máximos de cobertura son sesenta (60) días por evento.

El número de eventos cubiertos vigencia son tres (3). máximo 180 días por vigencia, lo anterior sujeto las patologías establecidas en la tabla del anexo no 1 eventos cubiertos.

6. EXCLUSIONES

6.1. AMPARO BASICO

SIN EXCLUSIONES.

6.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

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.
cuando el evento generador de la incapacidad total y permanente haya sido provocado por el asegurado.

NOTA ACLARATORIA: Renta por incapacidad temporal por enfermedad o accidente diaria hospitalaria o ambulatoria

El máximo valor asegurado es de quinientos mil pesos (\$500.000), m/cte. independiente del número de Planes que tome el asegurado.

1. PERIODOS DE CARENCIA

ORIGINA POR:	PERIODO DE CARENCIA
RENTA DIARIA POR ACCIDENTE	24 horas
MUERTE ACCIDENTAL	24 horas
HORAS RENTA DIARIA POR ENFERMEDAD	45 días
ENFERMEDADES GRAVES	90 días

DEFINICION DE PERIODO DE CARENCIA:

ES EL PERIODO DURANTE EL CUAL EL ASEGURADO PERMANECE SIN DERECHO A LOS AMPAROS CONTEMPLADOS EN LA PRESENTE POLIZA.

COBERTURA LIMITE EN CASO DE RENTA DIARIA POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD:

El número máximo de días de seguro para cada tipo de incapacidad se establece según la siguiente tabla, en la cual se realiza una división dependiendo del tipo de incapacidad así (a los días que resulten indemnizar debe descontarse el deducible respectivo):

EVENTOS CUBIERTOS

COLUMNA A = INCAPACIDAD SIN HOSPITALIZACION
COLUMNA B = INCAPACIDAD CON HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

EN EL ANEXO NO. 1 SE INDICA EL NÚMERO MÁXIMO DE DIAS PARA CADA TIPO DE INCAPACIDAD.

2. CONDICIONES PARTICULARES

En el momento que se solicite cambio de plan que implique aumento de valorasegurado, se aceptara si, y solo si, el asegurado declara nuevamente su estado de salud, con el diligenciamiento de la solicitud individual de seguro y/o a través del call center conforme a la información establecida en la estructura de llamada definida por el operador. se aclara que independiente de la declaración de salud que manifieste el asegurado aplicaran nuevamente los periodos de carencia establecidos.

En la situación que se autorice el cambio de plan a un asegurado y presente una reclamación que ocurra en el periodo de carencia del nuevo plan, la liquidación se realizara de acuerdo con los valores asegurados del plan inmediatamente anterior.

Para efectos de las indemnizaciones en los amparos de: enfermedades graves y renta diaria por accidente o enfermedad, el asegurado deberá aportar la incapacidad emitida por la entidad promotora de salud (eps) a la cual se encuentre afiliado, adicionalmente debe estar cotizando en el sistema general de seguridad social en salud.

En caso de afectación de la cobertura de renta a consecuencia de un accidente laboral, deberá aportar la incapacidad emitida por la administradora de riesgos laborales (arl), a la cual se encuentre afiliado, así como, el formato único de reporte accidentes de trabajo (furat) e historia clínica completa.

El máximo valor asegurado individual, en una o varias pólizas será de \$120.000.000 para la cobertura básica e incapacidad total y permanente. para la cobertura de renta diaria por accidente o enfermedad, el máximo valor asegurado es de quinientos mil pesos (\$500.000), m/cte. independiente del número de planes que tome el asegurado.

La cobertura límite del amparo de renta diaria por accidente o enfermedad se registrará por lo indicado en el anexo no. 1, es decir los días máximos de cobertura son sesenta (60) días por evento.

El número de eventos cubiertos vigencia son tres (3). máximo 180 días por vigencia, lo anterior sujeto las patologías establecidas en la tabla del anexo no 1 eventos cubiertos.

Si semestralmente la siniestralidad supera el 40%, se ajusta la tasa para los nuevos ingresos y en la renovación para los antiguos asegurados, en el mismo porcentaje que supere esta siniestralidad

3. EXCLUSIONES

3.1. AMPARO BASICO

SIN EXCLUSIONES.

3.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

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.
cuando el evento generador de la incapacidad total y permanente haya sido provocado por el asegurado.

1.1. INDEMNIZACION ADICIONAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN

- LESIONES CAUSADAS A SI MISMO POR EL ASEGURADO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- Causada por la participación en guerra civil o internacional, motines, huelgas, movimientos subversivos o, en general, conmociones de cualquier clase.
- Lesiones o muerte causada intencionalmente por otra persona, con arma de fuego, cortante, punzante o contundente.
- Accidentes que sufra el asegurado a consecuencia de cualquier clase de participación en aviación, salvo que viaje como pasajero en una línea aérea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros en viaje incluido en un itinerario regular entre aeropuertos aprobados por la aeronáutica civil.
- Los accidentes sufridos con violación, por parte del asegurado, de cualquier normalegal.
- Encontrarse el asegurado bajo la influencia de bebidas embriagantes o drogas tóxicas, heroicas o alucinógenas o de sustancias que por su propia naturaleza produzcan dependencia física o psíquica, a menos que el asegurado no se haya colocado voluntariamente en tal estado.
- Enfermedad mental, corporal o cualquier dolencia o tara preexistente, o infección bacteriana distinta de la contraída por lesión corporal externa y accidental.
- Las infecciones producidas por picaduras de insectos, tales como malaria, tifo, fiebre amarilla, etc.
- Participación en competencias de velocidad.
- Los accidentes sufridos por el asegurado durante intervenciones quirúrgicas, o como consecuencia de ellas o por tratamientos médicos de rayos x, choques eléctricos, etc. salvo que sean necesarios para lograr la curación de lesiones producidas por un accidente amparado por el presente anexo.
- Participación voluntaria en cualquier riña
- La muerte o desmembración por envenenamientos de cualquier origen o naturaleza no accidental.

1.2. ENFERMEDADES GRAVES

No se pagará ningún beneficio bajo el presente amparo, si el asegurado padece o se le diagnostica una de las enfermedades indicadas en el numeral 6.4, que sean consecuencia de o en conexión con:

- 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 autorizado para ejercer la profesión. la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (v.i.h) descubierto mediante el test de anticuerpos prueba de elisa positiva para v.i.h.
- Cualquier otra enfermedad derivada de lo anterior. el ----
- Cáncer de seno o matriz
- El cáncer de próstata
- Los tumores de la piel, salvo que se trate de melanomas malignos
- Insitu no invasivo de cualquier órgano
- 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 iniciación de la vigencia del presente amparo adicional.
- 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 semanas siguientes a su ocurrencia.
- la angioplastia y/o cualquier otra intervención intra - arterial.

1.1. INDEMNIZACION ADICIONAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACION

- Lesiones causadas a si mismo por el asegurado, ya sea en estado de cordura o demencia.
- causada por la participación en guerra civil o internacional, motines, huelgas, movimientos subversivos o, en general, conmociones de cualquier clase.
- Lesiones o muerte causada intencionalmente por otra persona, con arma de fuego, cortante, punzante o contundente.
- Accidentes que sufra el asegurado a consecuencia de cualquier clase de participación en aviación, salvo que viaje como pasajero en una línea aérea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros en viaje incluido en un itinerario regular entre aeropuertos aprobados por la aeronáutica civil.
- Los accidentes sufridos con violación, por parte del asegurado, de cualquier norma legal.
- Encontrarse el asegurado bajo la influencia de bebidas embriagantes o drogas tóxicas, heroicas o alucinógenas o de sustancias que por su propia naturaleza produzcan dependencia física o psíquica, a menos que el asegurado no se haya colocado voluntariamente en tal estado.
- Enfermedad mental, corporal o cualquier dolencia o tara preexistente, o

infección bacteriana distinta de la contraída por lesión corporal externa y accidental.

-Las infecciones producidas por picaduras de insectos, tales como malaria, tifo, fiebre amarilla, etc.

-Participación en competencias de velocidad.

-Los accidentes sufridos por el asegurado durante intervenciones quirúrgicas, o como consecuencia de ellas o por tratamientos médicos de rayos x, choques eléctricos, etc. salvo que sean necesarios para lograr la curación de lesiones producidas por un accidente amparado por el presente anexo.

-Participación voluntaria en cualquier rifa

-La muerte o desmembración por envenenamientos de cualquier origen o naturaleza no accidental.

1.1. ENFERMEDADES GRAVES

No se pagará ningún beneficio bajo el presente amparo, si el asegurado padece o se le diagnostica una de las enfermedades indicadas en el numeral 6.4, que sean consecuencia de o en conexión con:

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 autorizado para ejercer la profesión. la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (v.i.h) descubierto mediante el test de anticuerpos prueba de elisa positiva para v.i.h.

Cualquier otra enfermedad derivada de lo anterior. el

Cáncer de seno o matriz

El cáncer de próstata

Los tumores de la piel, salvo que se trate de melanomas malignos cáncer in situ no invasivo de cualquier órgano

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 iniciación de la vigencia del presente amparo adicional.

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 semanas siguientes a su ocurrencia.

la angioplastia y/o cualquier otra intervención intra - arterial

Enfermedades preexistentes

Cuando la enfermedad haya sido diagnosticada por primera vez durante los primeros noventa (90) días contados a partir de la fecha de iniciación de la vigencia de este amparo, para cada asegurado.

Deducciones

Este amparo no es acumulable al seguro de vida y, por lo tanto, cualquier pago que se haga en virtud de este no será deducido del que pueda corresponder por cualquier otro amparo otorgado bajo la presente póliza.

1.2. AUXILIO FUNERARIO Y RENTA MENSUAL PARA GASTOS DEL HOGAR

NO TIENE EXCLUSIONES.

1.3. RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE, HOSPITALARIA O AMBULATORIA

Los accidentes que sean consecuencia de terremoto, erupciones volcánicas, inundaciones, huracanes y, en general, todo fenómeno de la naturaleza.

Los accidentes resultantes directa o indirectamente por fisión y/o fusión nuclear y de radioactividad.

Los accidentes producidos por hechos de guerra, motín, asonada, insurrección, sedición, huelga o cualquier acto que constituya delito de conformidad con lo estipulado en la ley penal.

Los accidentes provocados por el asegurado por cualquier infracción de leyes o decretos, con excepción de las contravenciones provocadas por el asegurado que estén relacionadas con accidentes de tránsito

Las lesiones o daños causados sobre sí mismo y en forma voluntaria por el asegurado.

Accidentes que sufra el asegurado a consecuencia de cualquier clase de participación en aviación, salvo que viaje como pasajero en una línea aérea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros en viaje incluido en un itinerario regular entre aeropuertos aprobados por la aeronáutica civil.

Los accidentes ocurridos por encontrarse el asegurado voluntariamente bajo la influencia de bebidas embriagantes, drogas tóxicas, heroicas o alucinógenas

Las lesiones sufridas como consecuencia de la práctica, entrenamiento, formación o participación no ocasional en deportes como: buceo, inmersiones submarinas, tauromaquia, alpinismo o escalamiento de montañas, rafting, bungee jumping, espeleología, paracaidismo, planeadores, parapentismo, motociclismo, deportes de invierno, deportes profesionales o competencias de velocidad.

Suicidio o sus tentativas, sea que el asegurado se encuentre en uso de sus facultades mentales o en estado de demencia.

Lesiones causadas al asegurado intencionalmente por terceras personas.

Lesiones corporales causadas por otra persona con arma de fuego, cortante, punzante o contundente.

Enfermedades físicas o psíquicas y los tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean necesarios en razón de accidentes amparados por la presente póliza y las infecciones bacterianas (salvo infecciones progenicas que acontezcan como consecuencia de una herida accidental).

Defectos físicos o mentales y las enfermedades recurrentes de las cuales el asegurado era consciente en la fecha en que fue solicitada la póliza y que este no haya declarado; así como los defectos físicos o mentales y las enfermedades recurrentes que no hayan sido aceptadas expresamente por seguros de vida del estado s.a. guerra, invasión, actos de enemigo extranjero, hostilidades y operaciones de guerra (haya sido declarada o no), guerra civil, sedición, revolución, asonada, terrorismo, subversión o actos delictivos en que el asegurado participe directamente.

Embarazo, parto natural o cesárea, cuando estos eventos se presenten sin complicaciones o agravación de salud para la asegurada.

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

Los accidentes ocurridos directa o indirectamente con anterioridad a la vigencia de la póliza. enfermedades preexistentes.

2. DOCUMENTOS EN CASO DE RECLAMACION

14.1. AMPARO BASICO

Fotocopia de la cedula del asegurado.

Registro civil de defunción original o fotocopia autentica.

certificado médico prueba de defunción y/o historia clínica, si la muerte fue natural. acta de levantamiento de cadáver o informe de la fiscalía encaso de muerte accidental. documentos que demuestren la condición de beneficiarios

declaraciones extra proceso que indiquen la existencia de beneficiarios con mejor o igual derechos adquiridos.

aviso del siniestro y/o reclamación mediante comunicación escrita. los demás que la compañía estime pertinentes para la acreditación de ocurrencia, cuantía y pago a beneficiarios.

Nota: dentro de los documentos a suministrar por parte del tomador no se relaciona la solicitud individual de seguro, teniendo en cuenta que la misma de acuerdo a la operación actual, se obtiene a través de una grabación telefónica, si esta circunstancia varia, aplicara la solicitud individual de seguro.

14.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Fotocopia de la cedula del asegurado

calificación de la incapacidad total y permanente, emitida por la entidad competente (junta de calificación), de acuerdo con la ley 100 y sus decretos reglamentarios.

Aviso del siniestro y/o reclamación mediante comunicación escrita

los demás que la compañía estime pertinentes para la acreditación de ocurrencia, cuantía y pago a beneficiarios.

Nota: dentro de los documentos a suministrar por parte del tomador no se relaciona la solicitud individual de seguro, teniendo en cuenta que la misma de acuerdo a la operación actual, se obtiene a través de una grabación telefónica, si esta circunstancia varia, aplicara la solicitud individual de seguro.

14.3. ENFERMEDADES GRAVES

Fotocopia de la cedula del asegurado.

historia clínica y/o informe médico tratante emitida por la entidad promotora de salud a la cual se encuentra afiliado el asegurado, que permita establecer la existencia de la enfermedad, tiempo estimado del padecimiento de la misma, fecha de diagnóstico tratamiento requerido. aviso del siniestro y/o reclamación mediante comunicación escrita

Nota: dentro de los documentos a suministrar por parte del tomador no se relaciona la solicitud individual de seguro, teniendo en cuenta que la misma de acuerdo a la operación actual, se obtiene a través de una grabación telefónica, si esta circunstancia varía, aplicará la solicitud individual de seguro.

14.4. DESMEMBRACIÓN

-Fotocopia de la cedula del asegurado.

-Historia clínica y/o informe médico tratante emitida por la entidad promotora de salud a la cual se encuentra afiliado el asegurado, que permita establecer la desmembración, causa de la misma, fecha de diagnóstico tratamiento requerido.

-Aviso del siniestro y/o reclamación mediante comunicación escrita

Nota: dentro de los documentos a suministrar por parte del tomador no se relaciona la solicitud individual de seguro, teniendo en cuenta que la misma de acuerdo a la operación actual, se obtiene a través de una grabación Telefónica, si esta circunstancia varía, aplicará la solicitud individual de seguro.

14.5. AUXILIO FUNERARIO – RENTA MENSUAL PARA GASTOS DEL HOGAR

Se tendrán en cuenta los aportados e indicados para el amparo básico

14.6. RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE, HOSPITALARIA O AMBULATORIA

Historia clínica y/o informe médico tratante emitido por la entidad promotora de salud a la cual se encuentra afiliado el asegurado.

En caso de accidente de tránsito croquis o informe de accidente. certificación emitida por la entidad promotora de salud a la cual se encuentra afiliado el asegurado, en la cual se indique el número de días de la causa que dio origen a la misma.

Fotocopia de la cedula del asegurado.

Aviso del siniestro y/o reclamación mediante comunicación escrita