

CONDICIONES PARTICULARES SEGURO DE VIDA GRUPO

1. AMPARO BÁSICO

1.1 FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA

Si el asegurado fallece por cualquier causa, la compañía pagará el valor asegurado para este amparo, siempre que la fecha de fallecimiento ocurra durante la vigencia de este amparo.

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

1.1.1. EXCLUSIONES Y LIMITACIÓN DE COBERTURA BÁSICA

ESTA COBERTURA SE OTORGA SIN EXCLUSIONES

2. AMPAROS ADICIONALES

2.1. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

La Compañía pagará al asegurado el valor contratado que figure en la carátula de la póliza para esta cobertura si como consecuencia de una enfermedad o accidente, sufre lesiones que le provoquen una pérdida irreversible y definitiva de su capacidad laboral, siempre que la fecha de estructuración de la incapacidad, que será la misma fecha de siniestro, ocurra dentro de la vigencia del amparo, la incapacidad no sea provocada por el asegurado y persista por un período continuo no menor a ciento ochenta (180) días, contados a partir del primer diagnóstico médico de la incapacidad total y permanente.

Para la determinación de la incapacidad total y permanente, el asegurado deberá aportar a la Compañía su historia clínica completa y el dictamen de calificación de la incapacidad total y permanente, que demuestre una pérdida de capacidad laboral igual o superior al cincuenta por ciento (50%), certificada por una entidad competente y conforme a las reglas del manual único para la calificación de la invalidez.

En caso de desacuerdo con el dictamen aportado por el asegurado, tendrá valor definitivo el dictamen emitido por la junta regional de calificación de invalidez del domicilio del asegurado.

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

2.1.1 EXCLUSIONES PARA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

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

- LA TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIONES INTENCIONALMENTE CAUSADAS POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- PRÁCTICAS Y COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO O EXTREMOS TALES COMO: BUCEO, ALPINISMO, ESCALAMIENTO, ESPELEOLOGÍA,

PARACAIDISMO, PLANEADORES, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO.

- LA PRÁCTICA DE CUALQUIER DEPORTE DE MANERA PROFESIONAL.
- PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS.
- CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, ASÍ COMO LOS DERIVADOS DE ACTOS DELICTIVOS.
- ENFERMEDAD MENTAL, CORPORAL O CUALQUIER DOLENCIA PREEXISTENTE.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN EJERCICIO DE FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO, DE SEGURIDAD O VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE ALUCINÓGENOS.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER TIPO DE AERONAVE, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AEROLÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.
- TENTATIVA DE HOMICIDIO, SALVO EL OCURRIDO EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO.
- CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE; FISIÓN, FUSIÓN NUCLEAR O RADIATIVIDAD.
- ACTOS DE TERRORISMO O DE GUERRA DECLARADA O SIN DECLARAR.

2.2. ENFERMEDADES GRAVES

Si el asegurado es diagnosticado por un médico legalmente autorizado para ejercer la profesión, y por primera vez, alguna de las enfermedades que a continuación se enumeran, la compañía pagará el valor asegurado para este amparo, siempre y cuando hayan transcurrido por lo menos noventa (90) días calendarios desde el inicio de la vigencia del presente amparo.

Como Anticipo del Amparo Básico del 50%

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

Las siguientes enfermedades graves son objeto de cobertura:

Cáncer: enfermedad que se manifiesta por la presencia de una lesión que puede o no ser tumoral, que se caracteriza por el crecimiento, invasión y expansión incontrolable de células malignas en los tejidos. También se considera bajo esta definición la leucemia y el mal de hodgkin.

Accidentes cerebro-vasculares: pérdida súbita de la función cerebral, resultante de la interrupción del aporte sanguíneo, que acuse lesiones irreversibles tales como afasia que da como resultado habla o comunicación ineficaz o disturbio persistente o significativo de la función motora de alguna extremidad, dando por resultado una alteración de los movimientos, marcha o la postura del individuo.

Insuficiencia renal: daño bilateral e irreversible de la función de los riñones, que haga necesaria la realización en forma regular de diálisis renal o un trasplante de riñón.

Infarto del miocardio: muerte de una parte del músculo cardíaco, ocasionada por una irrigación sanguínea deficiente.

Cirugía arterio – coronaria: intervención quirúrgica a corazón abierto, que se realiza para corregir la estenosis u oclusión de las arterias coronarias, que no responden a tratamiento médico y en consecuencia es necesaria la realización de un by-pass o puente coronario.

Esclerosis múltiple: enfermedad que afecta el sistema nervioso central y se manifiesta por anomalías neurológicas progresivas e irreversibles que conllevan a un estado de incapacidad severa, con disminución de la visión o daño motor de alguna de las extremidades.

Trasplante de órganos: la compañía cubre el trasplante de órganos ocasionados por cualquier tipo de accidente o enfermedad. La COMPAÑIA., ampara el procedimiento quirúrgico estrictamente indispensable para la recepción de los siguientes órganos completos: corazón, uno o dos pulmones, hígado o páncreas total (se excluye el trasplante de islotes de langerhans), que provenga de un donante vivo o muerto.

Gran quemado: la compañía otorga cobertura a pacientes con quemaduras mayores al 20% de extensión y pacientes con quemaduras de segundo grado en cara, pies, manos y periné.

2.2.1. EXCLUSIONES PARA ENFERMEDADES GRAVES

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

- CUALQUIER MANIFESTACIÓN O TRATAMIENTO RELATIVO A DOLENCIAS QUE SE HAYAN PRESENTADO CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
- LA PRESENCIA DEL VIRUS DEL SIDA CON PRUEBA CONFIRMATORIA, DESCUBIERTO MEDIANTE TEST DE ANTICUERPOS O VIRUS DE SIDA CON RESULTADO POSITIVO, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE ESTE VIRUS.
- CÁNCER DE SENO O ÚTERO
- LA ANGIOPLASTIA O CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN INTRA-ARTERIAL.
- LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA, LOS TUMORES DE LA PIEL (EXCEPTO MELANOMAS MALIGNOS), EL CÁNCER DE CÉRVIX Y CÁNCER IN SITU NO INVASIVO, O TODO TIPO DE TUMORES QUE SEAN DESCRITOS EN TÉRMINOS HISTOLÓGICOS COMO PREMALIGNOS O QUE PRESENTEN CAMBIOS MALIGNOS EN SU FASE INICIAL O TUMORES MALIGNOS SIN EVIDENCIA DE INVASIÓN.
- LOS ACCIDENTES VASCULARES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS Y ACCIDENTES CEREBROVASCULARES REVERSIBLES, ENTENDIENDO COMO TALES AQUELLOS EN LOS QUE EL ASEGURADO PUEDA RECUPERARSE COMPLETAMENTE EN LAS SEIS (6) SEMANAS SIGUIENTES A SU OCURRENCIA.
- ENFERMEDADES O LESIONES DIAGNOSTICADAS O TRATADAS CON ANTERIORIDAD A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO, ASÍ COMO LAS DE ORIGEN CONGÉNITO.
- ENFERMEDADES O LESIONES DERIVADAS DEL USO DE ALCOHOL O SUSTANCIAS ALUCINÓGENAS.
- TENTATIVA DE SUICIDIO, O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- CUALQUIER DOLENCIA AMPARADA POR LA PÓLIZA QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA O ESTÉ SIENDO TRATADA POR UN MÉDICO QUE NO POSEA LICENCIA PERMANENTE Y VÁLIDA, EXPEDIDA POR LA AUTORIDAD RESPECTIVA PARA PRACTICAR LA MEDICINA EN EL PAÍS.
- LESIONES O DOLENCIAS QUE SE DERIVEN DE LA PRÁCTICA DE DEPORTES DE ALTO RIESGO O EXTREMOS, TALES COMO EL BUCEO, EL ALPINISMO ESCALAMIENTO, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES,

AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, ASÍ COMO TAMBIÉN LA PRÁCTICA DE DEPORTES DE MANERA PROFESIONAL.

2.3. RENTA MENSUAL POR FALLECIMIENTO PARA GASTOS DE HOGAR

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

3. PERSONAS ASEGURABLES POR AMPARO

Quedarán amparadas bajo el presente contrato de seguros los Asociados del Tomador durante la vigencia de la póliza, que sean reportados por el Tomador y cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos en este documento.

4. VIGENCIA

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

5. EDADES POR COBERTURA

COBERTURAS	MÍNIMA INGRESO	MÁXIMA INGRESO	PERMANENCIA
Fallecimiento por cualquier causa	18 años	89 años y 364 días.	Ilimitada.
Incapacidad Total y permanente	18 años	64 años y 364 días.	65 años y 364 días.
Enfermedades Graves	18 años	64 años y 364 días.	65 años y 364 días.
Renta mensual por fallecimiento para gastos de hogar	18 años	65 años y 364 días.	65 años y 364 días.

5.1. ERRORES E INEXACTITUDES

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

6. VALOR ASEGURADO

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

7. AMPARO AUTOMÁTICO.

La Compañía concede al Tomador 30 días de amparo automático el cual opera a partir de la fecha en que aparezca dicha novedad en los registros internos del Tomador para todos los nuevos asegurados menores de 60 años de edad o suma asegurada menor igual a **\$100.000.000** que entren a formar parte del grupo asegurable; dentro de dicho periodo debe aportar la solicitud de seguro y/o declaración de asegurabilidad.

La Compañía concede amparo automático sin solicitud de seguro o requisitos de asegurabilidad para los aumentos de suma asegurada menor o igual al 20% siempre y cuando sean menores de 60 años de edad, a partir de la fecha en que aparezca dicha novedad en los registros internos del Tomador.

Para las personas que no cumplan con los parámetros establecidos o para aquellas personas que respondan afirmativamente a las preguntas de carácter medico sin importar su edad o valor asegurado no estarán amparadas y habrá lugar a cumplir los requisitos de asegurabilidad exigidos que serán evaluados por parte de la compañía, quien podrá solicitar exámenes adicionales o complementarios y se reserva el derecho de aceptar, limitar coberturas o valores asegurados, extra-primar, aplazar o declinar el o los riesgos que estime conveniente dentro de sus políticas de suscripción.

La Compañía confirmará al Tomador del seguro las condiciones de aceptación de los nuevos asegurados o aumentos de suma asegurada en la póliza, dentro de los quince (15) días corrientes siguientes a partir del momento en que La Compañía haya recibido las solicitudes de seguro, los exámenes médicos y demás requisitos de asegurabilidad a que hubiere lugar.

8. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

8.1. PARA NUEVOS ASEGURADOS Y/O AUMENTOS DE SUMA ASEGURADA MAYORES AL 20% Y/O INCLUSIÓN DE COBERTURAS

- Solicitud de seguro y/o declaración de asegurabilidad para todo el grupo asegurable.
- Presentación de los siguientes requisitos médicos por parte de los asegurados que excedan los límites definidos en la clausula de Amparo Automático, para su correspondiente análisis y aprobación por parte de la Compañía.

REQUISITOS MÉDICOS
Examen Médico
Análisis de orina químico y microscópico con estudio de sedimento
Electrocardiograma en reposo a 12 derivaciones
Análisis de sangre: (Cuadro Hemático, Glicemia, BUN, Creatinina, Colesterol Total, HDL y LDL, Triglicéridos, Ácido úrico, TGO, TGP.
VIH
Hombres mayores de 50 años: Antígeno Prostático

La Compañía, podrá solicitar exámenes complementarios y se reserva el derecho de aceptar, limitar coberturas o suma asegurada, extra-primar, aplazar o rechazar el o los riesgos que no cumplan con los parámetros de selección definidos por la Compañía.

Para Incapacidad Total y Permanente o Enfermedad Grave del Asegurado:

- Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.
- Copia de historia clínica completa.
- Certificado original del médico que haya asistido al Asegurado indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad.
- Dictamen de calificación de Incapacidad Total y Permanente igual o superior al 50%.
- Prueba de alcoholemia en caso de accidente de tránsito.

Los documentos señalados no constituyen el único medio probatorio para acreditar la ocurrencia del siniestro, pero en todo caso las pruebas presentadas por el asegurado deben ser idóneas y con validez legal para acreditar los hechos que configuran el siniestro.

11. DEDUCCIONES

- Una vez pagada la indemnización por el amparo de Incapacidad Total y Permanente, el contrato de seguro queda extinguido en su totalidad. Cuando la compañía haya realizado un pago bajo el amparo de Enfermedades Graves, éste será deducido del amparo de Incapacidad Total y Permanente, siempre y cuando la Incapacidad se produzca como consecuencia de alguna de las enfermedades graves definidas en el respectivo amparo.
- Cuando la compañía haya realizado un pago bajo el amparo de Enfermedades Graves, éste será deducido del amparo de Vida.
- Si a consecuencia del mismo accidente la compañía ha efectuado algún pago por desmembración, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por Incapacidad Total y Permanente.

12. PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

En caso de que la reclamación o los documentos presentados para sustentarla fuesen en alguna forma fraudulentos o, si en apoyo de ella se utilizaren medios o documentos engañosos o dolosos, se perderá todo derecho a indemnización bajo la presente póliza.

13. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus amparos adicionales, termina por las siguientes causas:

- Por el no pago de la prima vencido el plazo establecido en el presente documento.
- A la terminación de la vigencia del seguro, si éste no se renueva.
- Por la voluntad del tomador o asegurado.
- Por mutuo acuerdo de las partes.
- Cuando en el momento de la renovación de la póliza el grupo asegurado sea inferior a diez (10) personas, salvo que la Compañía lo acepte expresamente.
- Cuando la Compañía indemnice por el amparo básico o el amparo de incapacidad Total y Permanente.
- Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en este documento.

Los amparos adicionales de las personas aseguradas por la presente póliza terminarán por alguna(s) de la(s) siguiente(s) causa(s):

- Cuando el asegurado cumpla la edad de permanencia establecida por la Compañía.
- Cuando el tomador solicite por escrito la exclusión del amparo adicional.
- Cuando la Compañía indemnice el 100% del amparo adicional.
- Por revocación de la Compañía.

14. RENOVACIÓN DEL CONTRATO

El seguro es renovable a voluntad de las partes contratantes, en las condiciones técnicas y económicas acordadas según el resultado de la siniestralidad de la póliza en la vigencia inmediatamente anterior.

15. REVOCACIÓN DEL CONTRATO

La presente póliza y sus amparos adicionales podrán ser revocados por el Tomador o Asegurado en cualquier momento, mediante aviso escrito remitido a la Compañía. Se otorga un plazo de treinta (30), días para la revocación de la misma. El importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

La prima a corto plazo será equivalente a la prima a prorrata de la vigencia corrida, más un recargo del diez por ciento (10%) sobre la diferencia entre dicha prima a prorrata y la anual.

Tratándose de los amparos adicionales, la Compañía podrá revocarlos mediante aviso escrito al Tomador, enviado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío. En este caso, la Compañía devolverá la parte proporcional de la prima no devengada desde la fecha de revocación.

La percepción por parte de LA COMPAÑÍA de suma alguna por concepto de prima después de la fecha de revocación no hará perder los efectos de la misma procediendo LA COMPAÑÍA a rembolsar la suma recibida.

16. CONDICIONES ECONÓMICAS

RANGOS DE EDAD 18 -65 AÑOS

COBERTURAS	PLAN 1
Fallecimiento por cualquier Causa	\$100.000.000
Incapacidad Total y permanente	\$100.000.000
Enfermedades Graves como Anticipo (Excluyente con EG como suma adicional)	\$ 50.000.000
Renta Mensual o Bono Canasta por fallecimiento para gastos de hogar (Durante 12 meses)	\$ 150.000
PRIMA ANUAL	\$ 100.000

NOTA: ESTAS CONDICIONES SE OTORGAN GARANTIZANDO EMISIÓN PARA 2.500 ASEGURADOS

RANGOS DE EDAD	COBERTURAS	VALOR ASEGURADO	PRIMA AÑO
66 - 70 Años	Fallecimiento por cualquier Causa	\$ 20.000.000	\$ 100.000
71 - 75 Años	Fallecimiento por cualquier Causa	\$ 15.000.000	\$ 100.000
76 - 80 Años	Fallecimiento por cualquier Causa	\$ 10.000.000	\$ 100.000
81 - 90 Años	Fallecimiento por cualquier Causa	\$ 5.000.000	\$ 100.000

17. LIMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD (L.A.R) POR UN SOLO EVENTO:

El monto total indemnizable por parte de la Compañía por concepto de varias reclamaciones formuladas por la ocurrencia de un mismo evento durante la vigencia del seguro, no excederá del límite de indemnización fijado, de esta manera la suma a pagar por cada uno de los asegurados afectados, tendrán la misma proporción porcentual, sobre el **(L.A.R)**, que es lo correspondiente a la suma total de los siniestros a reconocer. Además, este límite opera, como único combinado para todas las pólizas de seguros de personas que tenga el tomador contratadas con la Compañía.

LIMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD \$ 2.000.000.000