

**SECCION I
AMPAROS Y EXCLUSIONES**

CONDICION PRIMERA – AMPAROS

1.1. AMPAROS BASICOS

1.1.1. MUERTE O INVALIDEZ POR CUALQUIER CAUSA

1.2. AMPAROS ADICIONALES

1.2.1. INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE O INVALIDEZ ACCIDENTAL

1.2.3. ENFERMEDADES GRAVES

1.2.4. CANCER INVASIVO DE MAMA, CERVIX Y PROSTATA.

1.2.5. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION

1.2.5.1. RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POST-HOSPITALARIA

1.2.6. FRACTURA DE HUESOS CON HOSPITALIZACION

1.2.7. MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES GRAVES

**1.2.8. RENTA MENSUAL PARA GASTOS DEL HOGAR POR MUERTE O INVALIDEZ
POR CUALQUIER CAUSA**

1.3. ANEXOS OPCIONALES DE ASISTENCIAS

1.3.1. EMERGENCIA ODONTOLOGICA

1.3.2. ASISTENCIA AL HOGAR

1.3.2. ASISTENCIA EN VIAJE

1.3.4. ORIENTACION MÉDICA

CONDICION SEGUNDA - EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

**2.1. PARA LOS AMPAROS BASICOS DE MUERTE O INVALIDEZ POR CUALQUIER
CAUSA.**

**2.1.1. LA MUERTE O INVALIDEZ COMO CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD NO
DECLARADA POR EL ASEGURADO AL MOMENTO DEL INGRESO AL SEGURO.**

**2.1.2. LA MUERTE O INVALIDEZ COMO CONSECUENCIA DE SUICIDIO, HOMICIDIO
O POR CUALQUIER ENFERMEDAD QUE SEA DERIVADA O RELACIONADA CON EL
SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA, (SIDA), COMIENZA NOVENTA
(90) DIAS DESPUES DE INICIADA LA VIGENCIA DEL SEGURO.**

2.2. PARA AMPAROS ADICIONALES

2.2.1. PARA INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE O INVALIDEZ ACCIDENTAL

- 1. EL EJERCICIO DE ACTIVIDADES ILÍCITAS DEL ASEGURADO.**
- 2. SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA A SI MISMA YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.**
- 3. GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, MOTÍN, HUELGA, MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS, EN GENERAL CONMOCIONES CIVILES DE CUALQUIER CLASE Y ACTOS TERRORISTAS.**
- 4. LESIONES O MUERTE CAUSADAS POR OTRA PERSONA CON ARMA DE FUEGO, CORTANTE PUNZANTE O CONTUNDENTE.**
- 5. ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE CUALQUIER CLASE DE PARTICIPACIÓN EN AVIACIÓN, SALVO QUE VUELE COMO PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.**
- 6. LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR VIOLACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO DE CUALQUIER NORMA LEGAL DE CARÁCTER PENAL.**
- 7. ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE DROGAS TOXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS.**
- 8. PARTICIPACIÓN EN COMPETENCIAS DE VELOCIDAD O DEPORTES DE ALTO RIESGO.**
- 9. CULPA GRAVE DEL ASEGURADO Y PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER CLASE DE RIÑAS.**
- 10. ENCONTRARSE EN EJERCICIO DE FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO, DE SEGURIDAD VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA.**

2.2.2. PARA ENFERMEDADES GRAVES

2.2.2.1. NINGÚN BENEFICIO ES PAGADERO SI LA ENFERMEDAD EN CUESTIÓN HA SIDO DIAGNOSTICADA O SI SE HA RECIBIDO TRATAMIENTO POR DICHA ENFERMEDAD ANTES DE LA FECHA DE INICIACIÓN DEL PRESENTE AMPARO.

2.2.2.2. EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA – SIDA LA PRESENCIA DEL VIRUS VIH, ASI COMO DE CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE ESTE VIRUS.

2.2.2.3. OPERACIÓN POR TUMORACIÓN INTRACARDÍACA O TRATAMIENTOS POR

LÁSER.

2.2.2.4. LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA, O ALGUNO DE LOS SIGUIENTES TIPOS DE CÁNCER: TUMORES QUE PRESENTAN LOS CAMBIOS MALIGNOS DE CARCINOMA IN SITU (INCLUYENDO LA DISPLASIA CERVICAL CIN-1, CIN-2 Y CIN-3), O AQUELLOS DESCRITOS POR HISTOLOGÍA COMO PREMALIGNOS; MELANOMAS DE MENOS DE 1.5 m.m. DE ESPESOR, DETERMINADO POR EXAMEN HISTOLÓGICO, O INVASIÓN MENOR DEL NIVEL DE CLARK 3; TODAS LAS HIPERQUERATOSIS O LOS CARCINOMAS BASOCELULARES DE LA PIEL; TODOS LOS CARCINOMAS DE PIEL, DE CÉLULAS ESCAMOSAS, A MENOS QUE SE TRATE DE DISEMINACIÓN DE OTROS ÓRGANOS; EL SARCOMA DE KAPOSI Y OTROS TUMORES RELACIONADOS CON LA INFECCIÓN VIH O SIDA;

2.2.2.5. PADECIMIENTOS CONGÉNITOS, O LAS ENFERMEDADES SUFRIDAS POR RIESGOS NUCLEARES.

2.2.2.6. EN LO QUE A ACCIDENTES CEREBRO VASCULARES SE REFIERE, CUANDO SEAN ACCIDENTES VASCULARES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS O ACCIDENTES DE LOS QUE EL ASEGURADO PUEDA RECUPERARSE COMPLETAMENTE DENTRO DE LAS SEIS (6) SEMANAS SIGUIENTES AL MISMO.

2.2.2.7. LESIONES TRAUMÁTICAS DE LA AORTA.

2.2.2.8. TRANSPLANTE DE TEJIDOS O LOS GASTOS RELACIONADOS CON UN EVENTUAL DONANTE DE UN ORGANO.

2.2.2.9. CUALQUIER TRANSPLANTE, TRATAMIENTO O CIRUGÍA EXPERIMENTAL.

2.2.2.10. FALLO RENAL REVERSIBLE O TEMPORAL QUE SE RESUELVA MEDIANTE TRATAMIENTO MEDICO.

2.2.2.11. EL ASEGURADO QUE RECIBA CUALQUIER INDEMNIZACIÓN IGUAL AL VALOR TOTAL ASEGURADO POR EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, QUEDARÁ AUTOMÁTICAMENTE EXCLUIDO DE ÉL.

2.2.3. PARA CANCER INVASIVO DE MAMA, CERVIX Y PROSTATA.

2.2.3.1. NINGÚN BENEFICIO ES PAGADERO SI LA ENFERMEDAD EN CUESTIÓN HA SIDO DIAGNOSTICADA O SI SE HA RECIBIDO TRATAMIENTO POR DICHA

ENFERMEDAD ANTES DE LA FECHA DE INICIACIÓN DEL PRESENTE AMPARO.

2.2.3.2. CUALQUIER INDEMNIZACIÓN POR ESTE AMPARO EXCLUYE AUTOMÁTICAMENTE LA COBERTURA POR ENFERMEDAD DE CÁNCER, DENTRO DEL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES

2.2.4. PARA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN Y RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POST-HOSPITALARIA

2.2.4.1. ESTE AMPARO NO CUBRE EXPRESAMENTE HOSPITALIZACIÓN POR MATERNIDAD, O COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

2.2.4.2. CUALQUIER ENFERMEDAD NO ORGANICA COMO LAS PSIQUIATRICAS O LOS DAÑOS CEREBRALES CAUSADOS POR EL CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS.

2.2.4.3. ENFERMEDADES O DEFECTOS FÍSICOS CONGÉNITOS O ADQUIRIDOS, ORIGINADOS U OCURRIDOS ANTES DE LA FECHA DE INICIACIÓN DEL PRESENTE AMPARO ADICIONAL.

2.2.4.4. HOSPITALIZACIÓN Y TRATAMIENTOS DE ENFERMEDADES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH Ó SIDA).

2.2.4.5. ESTERILIZACIÓN Y TRATAMIENTOS ANTICONCEPTIVOS, ASÍ COMO SUS CONSECUENCIAS DERIVADAS, TAMBIÉN TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD, IMPOTENCIA Y FRIGIDEZ.

2.2.4.6. CURAS DE REPOSO U HOSPITALIZACIÓN EN CASO DE DESORDENES MENTALES O NERVIOSOS.

2.2.4.7. CIRUGÍA ESTÉTICA O TRATAMIENTOS DE BELLEZA, SALVO LOS DE TIPO RECONSTRUCTIVO POR ACCIDENTE.

2.2.4.8. TRATAMIENTOS DE TABAQUISMO, ALCOHOLISMO O ADICCIÓN A LAS DROGAS.

2.2.4.9. ACTOS ILÍCITOS COMETIDOS POR EL ASEGURADO Y CONTRARIOS A LAS LEYES COLOMBIANAS.

2.2.4.10. CORRECCIÓN DE DEFECTOS DE REFRACCIÓN VISUAL.

2.2.4.11. TODO TIPO DE EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO INCLUSO AQUELLOS QUE CONCLUYAN CON LA HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO O QUE PARA REALIZARSE REQUIERAN SU HOSPITALIZACIÓN.

2.2.4.12. ENFERMEDADES DECLARADAS COMO EPIDÉMICAS POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS COMPETENTES.

2.2.4.13. LESIONES INMEDIATAS O TARDÍAS CAUSADAS POR FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR.

2.2.4.14. TODO TIPO DE PADECIMIENTOS PREEXISTENTES INCLUIDA TODA PATOLOGÍA DIAGNOSTICADA **O NO Y QUE POR SUS SÍNTOMAS O SIGNOS NO PUDIESEN PASAR DESAPERCIBIDOS POR EL ASEGURADO.**

2.2.4.15. CUANDO LA PATOLOGÍA PRINCIPAL SEA PREEXISTENTE QUEDARÁN ADEMÁS EXCLUIDAS TODAS AQUELLAS PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON ELLA.

2.2.5. PARA FRACTURAS DE HUESOS CON HOSPITALIZACION

2.2.5.1. SE EXCLUYEN EXPRESAMENTE LAS FRACTURAS OCASIONADAS POR OSTEOPOROSIS Y/O ENFERMEDADES RELACIONADAS.

2.2.6. PARA MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES GRAVES

2.2.6.1. SE EXCLUYEN EXPRESAMENTE MEDICAMENTOS PARA CANCER DE MAMA, CERVIX O PROSTATA.

2.2.7. PARA RENTA MENSUAL PARA GASTOS DEL HOGAR POR MUERTE O INVALIDEZ POR CUALQUIER CAUSA.

2.2.7.1. APLICAN LAS MISMAS EXCLUSIONES QUE PARA EL AMPARO BASICO DE MUERTE O INVALIDEZ.

SECCION II

CONDICIONES GENERALES

COLMENA VIDA Y RIESGOS PROFESIONALES - COLMENA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., que para el presente contrato se llamará “La Compañía”, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por el “Tomador” y a las solicitudes individuales de los asegurados, las cuales se incorporan al presente contrato para todos sus efectos, se obliga a pagar la correspondiente suma asegurada, al fallecimiento de cualesquiera de las personas amparadas, ocurrido durante la vigencia de este contrato y de acuerdo con las definiciones de coberturas y condiciones contenidas en la presente póliza.

Igualmente, forman parte del contrato, los anexos, las declaraciones de asegurabilidad, los certificados médicos, los parámetros técnicos fijados por la Superintendencia Financiera de Colombia y cualquier otro documento escrito y aceptado por las partes, que guarde relación con el presente contrato de seguro.

CONDICION PRIMERA – DEFINICION DE AMPAROS BASICOS.

1.1. MUERTE POR CUALQUIER CAUSA.

CUBRE AL ASEGURADO EN CASO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA.

LA COMPAÑÍA PAGARA A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO O LOS DE LEY, EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARATULA DE LA PRESENTE POLIZA O EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO SEGÚN EL PLAN ESCOGIDO, EN CASO DE FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA LEGALMENTE COMPROBADO DEL ASEGURADO, DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PRESENTE POLIZA.

1.2. INVALIDEZ POR CUALQUIER CAUSA

POR EL PRESENTE AMPARO BASICO LA COMPAÑÍA PAGARA AL MISMO ASEGURADO, EL VALOR CONTRATADO INDICADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO SEGÚN EL PLAN ESCOGIDO, SI COMO CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O UN ACCIDENTE, SE PRODUCE LA INVALIDEZ DEL ASEGURADO, TAL COMO SE DEFINE EN LA PRESENTE POLIZA.

1.2.1. DEFINICION DE INVALIDEZ

Para todos los efectos de este amparo se entiende por invalidez la sufrida por el asegurado menor de (65) años de edad que haya sido ocasionada por accidente o enfermedad y se manifieste estando asegurado bajo el presente amparo, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que le impida a la persona desempeñar en más del cincuenta por ciento (50%) su capacidad laboral o cualquier tipo de trabajo o actividad remunerada, haya sido calificada según Decreto 917/99, Manual Único de Calificación de la invalidez o cualquier norma legal que lo sustituya o modifique , siempre que dicha invalidez haya existido por un periodo continuo no menor de 150 días contados desde la fecha de estructuración de la invalidez y esta fecha se encuentre dentro de la vigencia del seguro y no haya sido provocada por el asegurado .

1.2.2. AMPAROS EXCLUYENTES

La indemnización por el amparo de Invalidez por cualquier causa no es acumulable al seguro de vida y por lo tanto, una vez pagada la indemnización del presente amparo, la Compañía quedará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere al contrato de seguro de vida.

SECCION III

CONDICIONES PARTICULARES

Por convenio entre LA COMPAÑÍA y el TOMADOR, los siguientes amparos adicionales hacen parte de la póliza de VIDA GRUPO arriba citada siempre y cuando se hayan incluido en EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO SEGÚN EL PLAN ESCOGIDO, pagado la correspondiente prima adicional y quedan sujetos a sus condiciones generales, sus estipulaciones y exclusiones, lo mismo que a las condiciones particulares de cada amparo adicional.

CONDICION PRIMERA - DEFINICION DE AMPAROS ADICIONALES

1.1. INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL

CUBRE AL ASEGURADO EN CASO DE MUERTE A CAUSA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PRESENTE POLIZA, OCURRIDA DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DIAS CALENDARIO SIGUIENTES A DICHO ACCIDENTE.

LA COMPAÑÍA PAGARA A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO O LOS DE LEY, UNA SUMA ADICIONAL AL AMPARO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA EQUIVALENTE AL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARATULA DE LA

PRESENTE POLIZA O EN EL ANEXO NO1. TABLA DE AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS SEGÚN EL PLAN ESCOGIDO, EN CASO DE FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE LEGALMENTE COMPROBADO DEL ASEGURADO, TAL COMO SE DEFINE EN LA PRESENTE POLIZA.

1.1.2. DEFINICION DE ACCIDENTE

Para los efectos de este amparo, se entiende por accidente todo suceso imprevisto, externo, violento, visible, repentino e independiente de la voluntad del ASEGURADO, que produzca en la integridad física del mismo, lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas visibles, o lesiones internas medicamente comprobadas.

1.2. INDEMNIZACION ADICIONAL POR INVALIDEZ ACCIDENTAL.

POR EL PRESENTE AMPARO BASICO LA COMPAÑÍA PAGARA AL MISMO ASEGURADO UNA SUMA ADICIONAL AL AMPARO DE INVALIDEZ POR CUALQUIER CAUSA, EQUIVALENTE AL VALOR CONTRATADO INDICADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO SEGÚN EL PLAN ESCOGIDO, SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE SE PRODUCE LA INVALIDEZ DEL ASEGURADO, TAL COMO SE DEFINE EN LA PRESENTE POLIZA.

1.2.1. AMPAROS EXCLUYENTES

La indemnización por el amparo de Invalidez por accidente no es acumulable al amparo de muerte accidental y por lo tanto, una vez pagada la indemnización del presente amparo, la Compañía quedará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere al amparo adicional de muerte accidental.

1.3. ANTICIPO POR DIAGNOSTICO MÉDICO DE ENFERMEDADES GRAVES.

POR EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL LA COMPAÑÍA PAGARA AL ASEGURADO EL VALOR CONTRATADO INDICADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO SEGÚN EL PLAN ESCOGIDO, SI DURANTE LA VIGENCIA DEL AMPARO, UN MEDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER SU PROFESIÓN, LE DESCUBRE Y DIAGNOSTICA POR PRIMERA VEZ, CON BASE EN PRUEBAS CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS, HISTOLÓGICAS Y DE LABORATORIO, LA PRESENCIA O PADECIMIENTO DE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O AFECCIONES.

1. CANCER

2. INFARTO AL MIOCARDIO

3. INSUFICIENCIA RENAL

4. ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR (ACV)

5. INTERVENCION QUIRURGICA POR ENFERMEDAD DE LAS ARTERIAS CORONARIAS

6. GRAN QUEMADO

Para todos los efectos de este amparo adicional se entiende por:

1.3.1. Cáncer

La presencia de uno o más tumores malignos, incluyendo leucemias no linfocíticas crónicas, linfomas y enfermedad de Hodgkin, caracterizados por la destrucción de tejidos normales por el crecimiento incontrolado celular y diseminación a distancia de células malignas o invasión a otros órganos adyacentes. El diagnóstico debe ser respaldado por un médico oncólogo y demostrado por un resultado de anatomía patológica e historia clínica. No incluye lesiones pre malignas, cáncer in situ, tumor circunscrito dentro del mismo órgano ni cáncer de Mama, Cérvix o Próstata.

1.3.1.1. Cáncer invasivo

Cáncer que se disemina fuera del tejido o capa en donde se inicio, y crece en otros tejidos o partes del cuerpo.

1.3.2. Infarto al miocardio.

Muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de abastecimiento sanguíneo inadecuado, tratado en un centro hospitalario.

El diagnóstico debe haber sido basado en todos los siguientes elementos a) antecedentes de dolores torácicos o precordiales atípicos, b) alteraciones recientes del electrocardiograma confirmatorias y c) aumento de las enzimas cardíacas y de las proteínas contráctiles (Troponina). En caso de que los criterios antes mencionados no fueren suficientes, el infarto deberá demostrarse mediante un examen de diagnóstico de alta especificidad.

1.3.3. Insuficiencia renal.

La etapa final de la insuficiencia renal, por fallo funcional, crónico e irreversible de ambos riñones, motivo por el que se inicia diálisis renal sistemática, o se realiza trasplante renal.

1.3.4. Accidente cerebro vascular.

Es todo déficit o padecimiento cerebro vascular tratado en un hospital, que produzca secuelas neurológicas que duren más de veinticuatro (24) horas. Debe existir una destrucción del tejido cerebral causada por trombosis, hemorragia o embolia de fuente extra craneal, así como pruebas de disfunción neurológica permanente. Estas pruebas deberán ser realizadas por un neurólogo después de transcurridas seis semanas, como mínimo, del accidente. No habrá pago alguno antes de realizar dichas pruebas. No incluye las Isquemias cerebrales transitorias. (NO INCLUYE TRAUMAS CRANEO ENCEFALICOS).

1.3.5. Intervención Quirúrgica por Enfermedad de las Arterias Coronarias.

Afecciones de las arterias coronarias tratadas con una operación “By – Pass” ó “Puente Coronario” por recomendación de un especialista y evidenciadas por el resultado de una angiografía, para corregir una estenosis u oclusión en dichas arterias. El resultado de la angiografía junto con el informe médico estará a disposición de la Compañía. La prestación sólo se pagará después de que la operación se haya efectuado.

Se excluyen angioplastia, tratamiento laser, operaciones de válvulas, operación por tumoración intracardiaca o alteración congénita.

1.3.6. Quemaduras Graves.

Lesiones de los tejidos producidos por energía térmica transmitida por radiación, productos químicos o contacto eléctrico, clasificadas como de III grado de profundidad y que comprometen más del 30% del área de superficie corporal.

1.3.7. LIMITE DE LA COBERTURA

La cobertura aplica solamente a las enfermedades graves definidas anteriormente cuando éstas sean diagnosticadas por primera vez habiendo transcurrido por lo menos noventa (90) días desde la vigencia del presente amparo adicional por un medico reconocido y confirmado por evidencias aceptables clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio.

1.3.8. VALOR ASEGURADO DEL AMPARO

El valor asegurado de este amparo adicional será el 50%, del valor contratado en el amparo básico de muerte por cualquier causa.

1.3.9. DEDUCCIONES DE ESTE AMPARO.

La indemnización por enfermedad grave no es acumulable al seguro de vida y por lo tanto, una vez pagada la indemnización del presente amparo, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por el amparo básico de muerte o invalidez por cualquier causa y este amparo quedará excluido de la póliza como cobertura.

1.3.10. Cuando el amparo es afectado por la enfermedad de Cáncer, una vez pagada la indemnización por este amparo, automáticamente quedará excluida la cobertura por cáncer de Mama, Cérvix y Próstata.

1.3.11. Así mismo, la prima para el seguro básico se reducirá en la misma proporción que haya entre el monto pagado por concepto del amparo adicional de enfermedad grave y la suma original del amparo básico de muerte por cualquier causa.

1.4. COBERTURA POR DIAGNÓSTICO DE CANCER INVASIVO DE MAMA, CERVIX Y PROSTATA.

POR EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL LA COMPAÑÍA PAGARA AL MISMO ASEGURADO, EL VALOR CONTRATADO INDICADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO SEGÚN EL PLAN ESCOGIDO, SI DURANTE LA VIGENCIA DEL AMPARO, UN MEDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER SU PROFESIÓN, LE DESCUBRE Y DIAGNOSTICA POR PRIMERA VEZ, CON BASE EN PRUEBAS CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS, HISTOLÓGICAS Y DE LABORATORIO, LA PRESENCIA O PADECIMIENTO DE CUALQUIERA DE ESTAS ENFERMEDADES ESPECIFICAS.

1.4.1. LIMITE DE LA COBERTURA

La cobertura aplica solamente en el cáncer invasivo, cuando éste es diagnosticado por primera vez habiendo transcurrido por lo menos noventa (90) días desde la vigencia del presente amparo, por un medico reconocido y confirmado por evidencias aceptables clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio.

1.4.2. DEDUCCIONES DE ESTE AMPARO.

La indemnización por diagnostico de cáncer invasivo de mama, cervix y próstata no es acumulable al de enfermedades graves y por lo tanto, una vez pagada la indemnización del presente amparo, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por la cobertura de cáncer en el amparo de enfermedades graves.

1.5. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION POR CUALQUIER CAUSA, CON RENTA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POST-HOSPITALARIA.

POR EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL , LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO, DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO, Y CON MOTIVO DE UNA HOSPITALIZACIÓN, POR CUALQUIER CAUSA, UNA RENTA DIARIA POR EL TOTAL DE DÍAS EFECTIVOS DE HOSPITALIZACIÓN, E INCAPACIDAD TEMPORAL POST-HOSPITALARIA UNA VEZ DEDUCIDOS TRES (3) DIAS CONTADOS A PARTIR DEL PRIMER DÍA DE HOSPITALIZACION.

Para todos los efectos de este amparo se entiende por incapacidad temporal post-hospitalaria la sufrida por el asegurado menor de (65) años de edad que haya sido ocasionada por accidente o enfermedad, que haya requerido una hospitalización de al menos 24 horas y se manifieste estando asegurado bajo el presente amparo, con dictamen hecho por médico tratante legalmente autorizado y previa transcripción de incapacidad con la EPS.

EL NUMERO MAXIMO DE DIAS QUE LA COMPAÑÍA PAGARA POR ESTE AMPARO Y POR VIGENCIA ANUAL DEL SEGURO SERA EL EQUIVALENTE A QUINCE (15) DIAS YA SEA QUE ELLOS OCURRAN EN UNO O VARIOS EVENTOS PREVIA HOSPITALIZACION EN CADA UNO DE ELLOS.

LA INDEMNIZACIÓN DIARIA CORRESPONDERÁ AL VALOR DE LA RENTA CONTRATADA EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO SEGÚN EL PLAN ESCOGIDO.

LA COBERTURA DE ESTE AMPARO OPCIONAL ES VÁLIDO EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL COLOMBIANO ASÍ COMO EN CUALQUIER PAÍS DEL EXTERIOR.

1.6. COBERTURA POR INCAPACIDAD POR FRACTURA DE HUESOS POR ACCIDENTE.

POR EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, LA COMPAÑÍA RECONOCERA AL ASEGURADO, DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO, EL VALOR INDICADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO SEGÚN EL PLAN ESCOGIDO, EN CASO DE FRACTURA DE HUESOS POR ACCIDENTE QUE OCASIONE UNA HOSPITALIZACION DE AL MENOS 24 HORAS.

SE RECONOCERÁ MÁXIMO UN (1) EVENTO POR VIGENCIA ANUAL.

1.7. COBERTURA PARA MEDICAMENTOS POR ENFERMEDAD GRAVE

POR EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, LA COMPAÑÍA RECONOCERÁ AL ASEGURADO, DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO, EL VALOR INDICADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO SEGÚN EL PLAN ESCOGIDO, AL DIAGNÓSTICO MÉDICO DE CUALQUIERA DE LAS ENFERMEDADES GRAVES AMPARADAS POR LA PRESENTE POLIZA.

SE RECONOCERÁ POR UNA SOLA VEZ ESTE AUXILIO POR VIGENCIA ANUAL DEL SEGURO.

1.8. RENTA MENSUAL PARA GASTOS DEL HOGAR, POR MUERTE O INVALIDEZ POR CUALQUIER CAUSA.

POR EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, LA COMPAÑÍA RECONOCERÁ A LOS BENEFICIARIOS O AL MISMO ASEGURADO, DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO, EL VALOR EQUIVALENTE A UNA RENTA MENSUAL PARA GASTOS DEL HOGAR POR 12 MESES, POR EL VALOR INDICADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO SEGÚN EL PLAN ESCOGIDO, A LA OCURRENCIA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD AMPARADO, QUE OCASIONE AL ASEGURADO LA MUERTE O INVALIDEZ TAL COMO ESTAN DEFINIDOS EN LA PRESENTE POLIZA.

LA INDEMNIZACIÓN DE ESTE AMPARO PUEDE HACERSE EFECTIVA A TRAVÉS DE BONOS DE ALMACENES DE CADENA O GRANDES SUPERFICIES O EN UN SOLO PAGO EN FORMA DE CAPITAL POR EL VALOR EQUIVALENTE A LAS DOCE MENSUALIDADES A ELECCIÓN DE LA COMPAÑÍA.

CONDICION SEGUNDA – OTRAS DEFINICIONES

2.1. Enfermedad no declarada

Para todos los efectos de esta póliza se entiende por ENFERMEDAD NO DECLARADA, las que en fecha anterior a la iniciación de la vigencia del amparo para cada asegurado hayan sido diagnosticadas por un médico, o por las cuales se haya consultado o recibido tratamiento médico, servicio o suministro, prescripción de medicamentos o drogas, o aparentes a la vista o las que por sus síntomas o

signos no pudieran pasar inadvertidas, también las lesiones o enfermedades de origen congénito, al igual que sus complicaciones, secuelas y recidivas, aunque ellas se manifiesten con posterioridad a la celebración del contrato.

2.2. Fecha de estructuración de invalidez

Fecha en la que se genera en el individuo una pérdida en su capacidad laboral en forma permanente y definitiva. Para cualquier contingencia, esta fecha debe documentarse con la historia clínica, los exámenes clínicos y de ayuda diagnóstica y, puede ser anterior ó corresponder a la fecha de calificación.

2.3. Fecha de calificación de invalidez

Momento en el cual queda en firme el dictamen emitido por la instancia competente sobre la pérdida de la capacidad laboral del asegurado.

2.4. Pérdida de la capacidad laboral

Pérdida o disminución de las habilidades, destrezas, aptitudes y/o potencialidades de orden físico, mental y social que le permiten desempeñarse en su trabajo habitual.

2.5. Fractura:

Pérdida de continuidad normal de la sustancia ósea. La fractura es una discontinuidad en los huesos, a consecuencia de golpes o traumas sobre el mismo.

CONDICION TERCERA – TOMADOR

Es la persona, natural o jurídica que, obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos, para asegurar un número determinado de personas. Es el responsable del pago de las primas.

CONDICION CUARTA - GRUPO ASEGURADO

Grupo Asegurado es el constituido por las personas que tienen el carácter de asegurables y se encuentran amparados por la presente póliza. Este, cualquiera que sea la modalidad del seguro, no podrá resultar inferior en ningún caso a 10 personas.

CONDICION QUINTA – GRUPO ASEGURABLE

Es el constituido por un conjunto de personas naturales, vinculadas 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, cuyo vínculo no tenga relación con el propósito único de contratar el seguro de vida.

Para este caso es asegurable el empleado al servicio activo del tomador.

CONDICION SEXTA - OBJETO DEL SEGURO

El presente seguro tiene por objeto amparar contra el riesgo de muerte e invalidez por cualquier causa y los amparos adicionales contratados, indicados en el certificado individual de seguro según plan escogido, a los miembros del grupo asegurado.

CONDICION SEPTIMA - MODALIDADES DEL SEGURO

Las pólizas de Seguro de Vida Grupo, tendrán cualquiera de las siguientes Modalidades:

7.1. Seguro de Grupo contributivo.

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

7.2. Seguro de Grupo no contributivo.

Es aquel cuya prima es sufragada en su totalidad por el TOMADOR del Seguro.

CONDICION OCTAVA - EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

AMPARO	INGRESO	PERMANENCIA
Básico de muerte	18 – 65 años	70 años
Invalidez	18 – 65 años	65 años
Enfermedades Graves y Cáncer Invasivo de Mama, Cérvix y Próstata	18 – 60 años	65 años

DEMÁS AMPAROS CONTRATADOS	18 – 65 años	65 años
--------------------------------------	---------------------	----------------

CONDICION NOVENA - REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Toda persona debe cumplir con los requisitos de asegurabilidad exigidos por LA COMPAÑÍA, como se indican en anexo o condición particular a esta póliza.

CONDICION DECIMA - 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 les sea propuesto por LA COMPAÑÍA. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por LA COMPAÑÍA la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, produce la nulidad relativa del presente contrato.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el TOMADOR o el ASEGURADO individualmente considerado, ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo, excepto lo previsto en la condición INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE EDAD de esta póliza.

Si la inexactitud o reticencia proviene de error inculpable del TOMADOR o del ASEGURADO, el contrato no será nulo, pero el Asegurador solo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

CONDICION DECIMA PRIMERA - VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La presente póliza se expide bajo el plan temporal anual renovable, por el término de un año contado a partir de la fecha de iniciación de la vigencia, siempre que conforme a las Condiciones Generales no se revoque o termine antes.

CONDICION DECIMA SEGUNDA - VIGENCIA DE LOS AMPAROS INDIVIDUALES

Los amparos, respecto de cada persona, solo entrarán en vigor a partir de la fecha en que LA COMPAÑÍA comunique por escrito su aprobación al TOMADOR. Si dentro de los treinta (30) días comunes siguientes a la fecha de recibo de la solicitud, LA

COMPAÑÍA no ha producido ésta comunicación, se considerará como no aprobada.

CONDICION DECIMA TERCERA - TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

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

- a) Por mora en el pago de la prima de acuerdo con la condición "PAGO DE PRIMAS".**
- b) Al vencimiento de la póliza si esta no se renueva, por decisión expresa de alguna de las partes.**
- c) Cuando el TOMADOR revoque la póliza por escrito.**
- d) Cuando el Tomador solicite la exclusión del asegurado de la póliza.**
- e) Cuando el Asegurado solicite su exclusión de la póliza.**
- f) Cuando al momento de la renovación del seguro, el grupo asegurado sea inferior a 10 personas.**
- g) Cuando el asegurado cumpla la edad estipulada para cada uno de los amparos básicos y adicionales contratados en la presente póliza.**
- h) Cuando el ASEGURADO deje de pertenecer al grupo asegurado**

CONDICION DECIMA CUARTA - VALOR ASEGURADO TOTAL

El valor asegurado total es el que se establece en la carátula de la presente póliza, de conformidad con los listados o documentos entregados a la Compañía por el Tomador para la expedición de la póliza.

El listado deberá remitirse a la Compañía en medio magnético y contener la información detallada de cada una de las personas para las cuales se solicita su ingreso a la Póliza de Vida Grupo, tales como: Número de Documento de identidad, Nombres y apellidos, fecha de nacimiento, designación de beneficiarios y plan escogido por el Tomador.

CONDICION DECIMA QUINTA - LÍMITE TOTAL INDEMNIZABLE POR EVENTO CATASTROFICO.

El límite total indemnizable por parte de la Compañía en caso de un evento que afecte más de dos asegurados, durante la vigencia del seguro, no excederá del valor indicado en la carátula de la presente póliza o en anexo a la misma.

CONDICION DÉCIMA SEXTA - AMPARO AUTOMATICO

La Compañía concede 30 días de amparo automático para todos los nuevos asegurados MENORES DE 60 AÑOS DE EDAD que entren a formar parte del grupo asegurable o aumentos de valor asegurado hasta el valor indicado en anexo a la presente póliza, con solo diligenciar la solicitud de seguro y declaración de asegurabilidad, a partir de la fecha en que aparezca dicha novedad registrada en los archivos internos del Tomador.

Para valores superiores al mencionado anteriormente o asegurados mayores de 60 años de edad o para aquellos que respondan afirmativamente a las preguntas relativas a antecedentes de estado de salud, La Compañía se reserva el derecho de exigir los requisitos de asegurabilidad que tenga establecidos.

La compañía confirmará al Tomador del seguro las condiciones de aceptación de los nuevos asegurados en la póliza, dentro de los treinta (30) días siguientes a partir del momento en que la Compañía haya recibido las solicitudes de seguro, los exámenes médicos y demás requisitos de asegurabilidad. La Compañía podrá solicitar exámenes adicionales o complementarios y se reserva el derecho de aceptar, limitar coberturas, extra primar, aplazar o declinar el o los riesgos que estime conveniente, dentro de sus políticas de suscripción.

CONDICION DÉCIMA SEPTIMA - CONTINUIDAD DE COBERTURA

La presente póliza otorga el beneficio de continuidad de coberturas, sin exigir para ello ningún requisito de asegurabilidad por edad, valor asegurado o estado de salud, a todos los asegurados que se trasladen a la póliza de vida grupo de la Compañía, que tengan su seguro vigente en la fecha de expedición de la nueva póliza y hasta por el mismo valor asegurado individual que tuvieran vigente con la anterior Aseguradora el cual será trasladado a la Compañía.

Es condición indispensable para otorgar este amparo, que la Póliza anterior lleve por lo menos un año de expedida con la anterior Aseguradora. El Tomador debe suministrar a la Compañía copia del último listado emitido por la Aseguradora de la cual es trasladado el grupo con plazo máximo de treinta (30) días con la siguiente información: Nombres, Apellidos, Documento de identidad, fecha de nacimiento, suma asegurada, coberturas, limitaciones de cobertura y extra primas por salud y/o actividad de cada uno de los asegurados. Así mismo el Tomador debe informar por escrito si tiene conocimiento de que haya asegurados a los cuales se les hubiere diagnosticado enfermedades graves de carácter terminal.

Cualquier incremento de valor asegurado sobre el inicial requerirá del cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad establecidos por la Compañía.

CONDICION DÉCIMA OCTAVA - BENEFICIARIOS

En la presente póliza los beneficiarios serán designados a título gratuito.

EL ASEGURADO lo podrá cambiar en cualquier momento, pero tal cambio surtirá efecto a partir de la fecha de notificación por escrito a LA COMPAÑÍA.

En el evento en que ocurra la muerte del ASEGURADO sin que se haya designado BENEFICIARIO a título gratuito, o la designación seriere ineficaz o quedare sin efecto por cualquier causa, o falleciere simultáneamente con el ASEGURADO o se ignore cual de los dos ha muerto primero, serán beneficiarios:

El cónyuge del ASEGURADO en la mitad del seguro y, Los herederos del ASEGURADO en la otra mitad.

Igual regla se aplicará en el evento de que se designe genéricamente como beneficiarios a los herederos legales del ASEGURADO.

CONDICION DÉCIMA NOVENA - FORMA PAGO DE PRIMAS

Las primas de la presente póliza están calculadas sobre la base de vigencias anuales, sin embargo, el tomador podrá acogerse a una forma de pago diferente siendo posible el pago semestral, trimestral o mensual.

En caso de siniestro de cualquiera de los asegurados, LA COMPAÑÍA deducirá del valor a indemnizar la fracción o fracciones que falten para completar el periodo de pago de la prima pactado.

CONDICION VIGESIMA - PAGO DE PRIMAS

El pago de la primera prima o de la primera cuota en caso de fraccionamiento para su pago, es condición indispensable para la iniciación de la vigencia del seguro.

EL TOMADOR es responsable del pago de las primas. El presente seguro de vida grupo tiene el carácter de *no contributivo*, caso en el cual la totalidad de la prima es sufragada por el Tomador

El TOMADOR dispone de un plazo de un mes, sin recargo de intereses, para el pago de las primas anuales subsiguientes a la primera o de las cuotas de prima subsiguientes a la primera, en caso de fraccionamiento; este plazo se contará desde la fecha de vencimiento del periodo de pago inmediatamente anterior.

El TOMADOR pagará la prima a LA COMPAÑÍA, acorde con lo estipulado en el anexo operativo, o dentro de los 30 primeros días de cada mes, correspondientes a la iniciación de la vigencia del período amparado.

El no pago de la prima dentro de las oportunidades indicadas, producirá la terminación automática del contrato y en consecuencia, LA COMPAÑÍA quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración del plazo para el pago de la prima.

Durante el plazo estipulado se considerará el seguro en vigor y por consiguiente, si ocurre algún siniestro, la Compañía tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente.

CONDICION VIGESIMA PRIMERA - IRREDUCTIBILIDAD

Transcurridos dos (2) años en vida del ASEGURADO, desde la fecha del perfeccionamiento del contrato, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad, sin perjuicio de lo establecido en la condición inexactitud en la declaración de la edad del asegurado.

CONDICION VIGESIMA SEGUNDA - CONVERTIBILIDAD

Tratándose del seguro de grupo contributivo o no contributivo, si media en este último convenio expreso, los asegurados menores de setenta años de edad que revoquen su seguro o que, por causa distinta del pago de un reclamo, se separen del grupo asegurado después de permanecer en él por lo menos durante un año continuo, tendrán derecho a ser asegurados sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo la póliza de vida grupo, pero sin beneficios adicionales, en una póliza de vida individual o vida Grupo en cualquiera de los planes que la Compañía tenga vigentes en estos ramos, , siempre y cuando lo solicite en el término de 30 días calendario contados a partir de su retiro del grupo.

El seguro individualmente considerado se emitirá en las mismas condiciones del plan anterior, para el amparo básico de vida y conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el ASEGURADO y a su ocupación en la fecha de la solicitud. En caso de haberse aceptado bajo la póliza de vida grupo anterior el riesgo como subestándar se aceptará su ingreso a la nueva póliza con la clasificación impuesta bajo la póliza de grupo anterior y la extra prima que corresponda.

Si el ASEGURADO muere después de haber solicitado la convertibilidad a la nueva póliza, conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que ella se hubiere expedido, sus beneficiarios tendrán derecho a la prestación asegurada bajo la presente póliza, caso en el cual se deducirá del valor de la indemnización el valor de la prima anual correspondiente.

CONDICION VIGESIMA TERCERA - AVISO DEL SINIESTRO

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo la presente póliza o sus amparos adicionales , el TOMADOR o el BENEFICIARIO según el caso, deberá dar aviso del siniestro a LA COMPAÑÍA, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

CONDICION VIGESIMA CUARTA - RECLAMACIÓN

EI TOMADOR, ASEGURADO o BENEFICIARIO deberán presentar a LA COMPAÑÍA la reclamación formal acompañada de los documentos indispensables para acreditar la ocurrencia del siniestro y su cuantía, en los términos del artículo 1077 del Código del Comercio, mediante la presentación de documentos tales como :

24.1. En caso de muerte:

- a) Certificado individual de Seguro de Vida Grupo y designación de beneficiarios.**
- b) Registro civil de nacimiento**
- c) Registro civil de defunción.**
- d) Fotocopia de la cedula de ciudadanía del fallecido y de los beneficiarios a título gratuito.**
- e) Certificado expedido por el médico que lo atendió en la enfermedad que precedió a la muerte. En donde se indique fecha de diagnostico y tiempo de evolución.**
- f) En caso de muerte accidental informe de las autoridades de las causas del accidente, copia del acta de levantamiento o necropsia o informe de la**

autoridad competente

- g) Si no hubo designación de beneficiarios a título gratuito: registro civil de matrimonio del cónyuge sobreviviente, fotocopia documento de identidad de los hijos, declaración extra juicio firmada por dos testigos que conocieron al fallecido indicando el estado civil, número de hijos matrimoniales y extra matrimoniales.**
- h) Los demás que la Compañía considere necesarios para el estudio de la reclamación.**

24.2. En caso de Invalidez.

El dictamen de calificación de la invalidez, emitido por la Junta de Calificación de Invalidez o alguna de las entidades que de conformidad con el Sistema de Seguridad Social están facultadas para hacerlo.

Previo al pago de la indemnización que corresponda bajo el presente amparo, LA COMPAÑÍA podrá en cualquier tiempo, exigir al ASEGURADO pruebas fehacientes y satisfactorias sobre la existencia o persistencia de la invalidez.

24.3. En caso de Enfermedades Graves.

Dictamen o diagnóstico de un médico debidamente autorizado, adjuntando exámenes radiológicos, histológicos que detecten la enfermedad.

CANCER: Resultado de anatomía Patológica e historias clínicas.

INFARTO DEL MIOCARDIO: Copia de la historia clínica completa. Electrocardiogramas (Lectura y Trazado) durante la hospitalización. Resultado de medición de enzimas cardíacas. Otros exámenes practicados.

CIRUGÍA ARTERIOCORONARIA: Angiografía coronaria, resultado de la misma, descripción quirúrgica del procedimiento, informe médico e historia clínica.

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: Certificado del médico especialista y resultado de exámenes practicados, copia de la historia clínica.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: Certificado del médico especialista y Resultado de exámenes practicados, copia de la historia clínica.

QUEMADURAS GRAVES: Copia de la historia clínica completa.

La Compañía se reserva el derecho de comprobar la veracidad y la exactitud de las pruebas presentadas.

24.4. En caso de hospitalización con Incapacidad temporal:

- **Dictamen o diagnostico de un medico debidamente autorizado, adjuntando exámenes radiológicos, histológicos que detecten la enfermedad.**
- **Incapacidad del médico tratante. y/o entidad de salud, transcrita por EPS.**
- **Copia del certificado individual de seguro.**
- **Copia del documento de identidad del asegurado.**

La mala fe del Asegurado o del Beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago del siniestro, causará la pérdida de tal derecho.

La Compañía se reserva el derecho de comprobar la veracidad y la exactitud de las pruebas presentadas.

CONDICION VIGESIMA QUINTA - PAGO DEL SINIESTRO

LA COMPAÑÍA pagará a los beneficiarios designados, la indemnización a que está obligada por la póliza y sus amparos adicionales , dentro del término legal de un mes, contado a partir de la fecha en que se acredite la ocurrencia del siniestro y su cuantía.

CONDICION VIGÉSIMA SEXTA - INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE EDAD

Si respecto a la edad del ASEGURADO se comprobare inexactitud en la declaración de aseguridad, se aplicarán las siguientes normas:

- a) Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por LA COMPAÑÍA, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el artículo 1058 del Código del Comercio (declaración inexacta o reticente).**
- b) Si es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por LA COMPAÑÍA, y**
- c) Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el literal b) anterior.**

Lo dispuesto en los literales b) y c) anteriores, no se aplicará cuando la prima se establezca por el sistema de tasas promedio o se utilice la tarifa para asegurados de edad desconocida.

CONDICION VIGÉSIMA SEPTIMA - RENOVACIÓN

La presente póliza es renovable anualmente a voluntad de las partes contratantes.

Si las partes con una anticipación no menor de un mes a la fecha de su vencimiento no manifestare lo contrario, el contrato se entenderá renovado automáticamente, en iguales condiciones, por un período igual al pactado, sin perjuicio de lo estipulado en la condición PAGO DE PRIMAS de la presente póliza.

Tratándose de incrementos de valor asegurado individual a la renovación del seguro, este será efectivo a partir de la fecha en que dicho cambio figure en los registros internos del TOMADOR. No obstante, la Compañía podrá fijar condiciones más onerosas para la aceptación del aumento del valor asegurado individual acorde con el nuevo estado del riesgo, tanto para los amparos básicos de vida como para los amparos opcionales adicionales solicitados.

CONDICION VIGÉSIMA OCTAVA - REVOCACIÓN

La presente póliza y sus amparos adicionales podrán ser revocados por el TOMADOR en cualquier momento, mediante aviso escrito dado a LA COMPAÑÍA. El importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

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 del envío. En este caso, LA COMPAÑÍA devolverá la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efecto la revocación y la de vencimiento del período del pago de prima convenido.

El hecho de que LA COMPAÑÍA reciba suma alguna después de la fecha de revocación, no hará perder los efectos de dicha revocación. En consecuencia, cualquier pago posterior será reembolsado.

CONDICION VIGÉSIMA NOVENA - CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

LA COMPAÑÍA expedirá para cada ASEGURADO un certificado individual en aplicación a ésta póliza. En caso de cambio de beneficiario o de valor asegurado, se expedirá uno nuevo que reemplazará al anterior.

CONDICION TRIGESIMA - DERECHO DE INSPECCIÓN

El TOMADOR autoriza a LA COMPAÑÍA para inspeccionar sus libros y documentos que se refieran al manejo de ésta póliza.

CONDICION TRIGESIMA PRIMERA - PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

CONDICION TRIGESIMA SEGUNDA - DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de las partes la ciudad de expedición de la póliza que figura en la carátula de la misma.

CONDICION TRIGESIMA TERCERA - NOTIFICACIONES

Las notificaciones que deban hacerse las partes para los efectos de la presente póliza, salvo el aviso de siniestro, deberán consignarse por escrito y serán prueba suficiente de las mismas, la constancia del envío de la comunicación por correo certificado o recomendado, dirigido a la última dirección por ellas registrada.

CONDICION TRIGESIMA CUARTA - TERRITORIALIDAD

La presente póliza otorga cobertura a nivel mundial, no obstante en todo caso se regirá por las leyes de la república de Colombia.

CONDICION TRIGESIMA QUINTA - DISPOSICIONES LEGALES

Para todos los aspectos no previstos explícitamente en la presente póliza, se aplicarán las disposiciones del Código de Comercio y demás normas legales pertinentes.

CONDICION TRIGESIMA SEXTA - PREVENCION LAVADOS DE ACTIVOS

De conformidad con lo establecido por la Superintendencia Financiera de Colombia, el Tomador, el Asegurado y los beneficiarios, se obligan con la Compañía a diligenciar con datos ciertos y reales el formato que para tal fin se presente y a suministrar los documentos que se soliciten como anexos, al inicio de la Póliza y a la renovación de la misma.

CONDICION TRIGESIMA SEPTIMA - AUTORIZACION PARA CONSULTAR Y REPORTAR INFORMACION FINANCIERA A CENTRALES DE RIESGO.

El Tomador , Asegurado y/o Beneficiario, autoriza a la Compañía para que, con fines estadísticos , de información entre Compañías, consulta o transferencia de datos con cualquiera autoridad que lo requiera , consulte , informe, guarde en sus archivos y reporte a las centrales de riesgos que considere necesario o, a cualquier otra entidad autorizada, la información que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente y bajo cualquier modalidad se le haya otorgado o se le otorgue en el futuro ,así como sobre novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan de esta relación comercial o contrato que declara conocer y aceptar en todas sus partes.

CONDICION TRIGESIMA OCTAVA - AUTORIZACION HISTORIA CLINICA

Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 34 de la ley 23 de 1981, Los Asegurados autorizan expresamente a Colmena Vida y Riesgos Profesionales para verificar y pedir ante cualquier médico o institución hospitalaria la información que sea necesaria incluyendo la historia clínica respectivamente. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de la historia clínica, aun después del fallecimiento del Asegurado.

• / •