

Colmena Seguros de Vida S.A., en adelante Colmena, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por el Tomador y a las solicitudes/certificados individuales de seguro de los Asegurados, las cuales se incorporan al presente Contrato para todos sus efectos, otorga el siguiente seguro de vida grupo, sujeto a las condiciones que se describen a continuación.

Forman parte de este Contrato, los anexos, las declaraciones de asegurabilidad de los Asegurados, los certificados médicos, el certificado individual de seguro que será expedido para cada Asegurado principal en aplicación a esta póliza, 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.

CONDICIONES GENERALES

SECCION I

CONDICION PRIMERA. AMPAROS

I.1 AMPARO BASICO.

I.1.1. MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

Por convenio entre Colmena y el Tomador, y cuándo expresamente se indiquen en la carátula de la póliza, o en la solicitud/certificado individual de seguro o condiciones particulares del presente seguro, y siempre que se pague la correspondiente prima adicional, de conformidad con los alcances y limitaciones señalados en las correspondientes condiciones, se podrán otorgar los siguientes amparos adicionales, adicionales opcionales o anexos opcionales de asistencias:

I.2 AMPAROS ADICIONALES

- I.2.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
- I.2.2 INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL
- I.2.3 INDEMNIZACION ADICIONAL POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE ACCIDENTAL
- I.2.4 ENFERMEDADES GRAVES
- I.2.5 COBERTURA PARA CANCER INVASIVO DE MAMA, CERVIX UTERINO Y PROSTATA
- I.2.6 RENTA MENSUAL PARA GASTOS DEL HOGAR POR MUERTE O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR CUALQUIER CAUSA

I.3 AMPAROS ADICIONALES OPCIONALES

- I.3.1. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION
- I.3.1.1. RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POST-HOSPITALARIA
- I.3.2. FRACTURA DE HUESOS CON HOSPITALIZACION
- I.3.3. MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES GRAVES

I.4 ANEXOS OPCIONALES DE ASISTENCIAS

- I.4.1. EMERGENCIA ODONTOLOGICA
- I.4.2. ASISTENCIA EN VIAJE
- I.4.3. ORIENTACION MÉDICA

CONDICION SEGUNDA. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

2.1. EXCLUSIONES PARA TODOS LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA: CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO CUBRE PÉRDIDA ALGUNA, EVENTO, PATOLOGÍA O ENFERMEDAD, QUE SEA CONSECUENCIA DE, EN RELACIÓN, CON O CUANDO:

- A. LA MUERTE, INCAPACIDAD, ENFERMEDAD, LESIONES CORPORALES U HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO, ORIGINADA O DERIVADA POR CUALQUIER PATOLOGÍA, ENFERMEDAD FÍSICA O MENTAL, CONGÉNITA O ADQUIRIDA, O CUALQUIER CAUSA

PREEXISTENTE, QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA, O CONOCIDA POR EL ASEGURADO, O POR LA CUAL SE HAYA RECIBIDO TRATAMIENTO, O QUE POR SUS SÍNTOMAS O SIGNOS NO PUDIESE PASAR DESAPERCIBIDA, Y NO HAYA SIDO DECLARADA POR EL ASEGURADO CON ANTERIORIDAD A LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO Y/O DE LOS AMPAROS ADICIONALES.

- B. LA MUERTE, INCAPACIDAD, ENFERMEDAD, LESIONES CORPORALES U HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO, CAUSADA U ORIGINADA CON OCASIÓN O EN EL EJERCICIO DE ACTIVIDADES ILÍCITAS.

2.2. EXCLUSIONES PARA LOS AMPAROS ADICIONALES Y ADICIONALES OPCIONALES: EN RELACIÓN CON LOS AMPAROS ADICIONALES Y ADICIONALES OPCIONALES QUE SE OTORGUEN, LA PRESENTE PÓLIZA NO CUBRE EVENTO, PATOLOGÍA O ENFERMEDAD ALGUNA QUE SEA A CONSECUENCIA DE, EN RELACIÓN CON, O CUANDO:

2.2.1. PARA LOS AMPAROS DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL E INDEMNIZACION ADICIONAL POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE ACCIDENTAL.

- A. TENTATIVA DE HOMICIDIO. ESTA EXCLUSIÓN NO APLICA EN EL AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.
- B. LESIONES O MUERTE CAUSADAS INTENCIONALMENTE POR OTRA PERSONA CON ARMA DE FUEGO, CORTANTE PUNZANTE O CONTUNDENTE. ESTA EXCLUSIÓN NO APLICA EN EL AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.
- C. SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA A SI MISMO YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- D. PARA LOS AMPAROS DONDE SE ASEGURE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO, ACCIDENTAL O NO, SE ENTIENDE NO CUBIERTA LA INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL QUE SUFRA EL ASEGURADO, OCASIONADA POR UN ACCIDENTE Y CALIFICADA POR LAS ENTIDADES COMPETENTES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE AL MOMENTO DE LA RECLAMACIÓN.
- E. GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, MOTÍN, HUELGA, MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS, EN GENERAL CONMOVICIONES CIVILES DE CUALQUIER CLASE Y ACTOS TERRORISTAS.
- F. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN AVIACIÓN, SALVO QUE VUELE COMO PASAJERO EN UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS.
- G. LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR VIOLACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO DE CUALQUIER NORMA LEGAL DE CARÁCTER PENAL O DE TRÁNSITO.
- H. ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DROGAS TÓXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS Y SIEMPRE QUE DICHA CIRCUNSTANCIA SEA LA CONSECUENCIA DIRECTA DE LA REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO.
- I. PRÁCTICA Y/O PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO A NIVEL PROFESIONAL EN COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO TALES COMO PERO SIN LIMITARSE A ELLAS: AUTOCROSS, CICLISMO, EQUITACIÓN, AUTOMOVILISMO, BOXEO, BUZO, KARTING, MOTOCROSS, MOTOCICLISMO, MOTONÁUTICA, PARACAIDISMO, PARAPENTISMO, COMETA, BUNGEE JUMPING, PLANEADOR, VUELO DELTA.
- J. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN CUALQUIER CLASE DE RIÑA.
- K. ENCONTRARSE EN EJERCICIO DE FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO, DE SEGURIDAD VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA.

2.2.2. PARA LOS AMPAROS DE ENFERMEDADES GRAVES Y MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES GRAVES.

- A. EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), LA PRESENCIA DEL VIRUS VIH, ASÍ COMO DE CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE ESTE VIRUS.

- B. ANGIOPLASTIA, TRATAMIENTO LASER, OPERACIONES DE VÁLVULAS, OPERACIÓN POR TUMORACIÓN INTRACARDIACA O ALTERACIÓN CONGÉNITA.
- C. 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)
 - AQUELLOS DESCRITOS POR HISTOLOGÍA COMO PREMALIGNOS.
 - MELANOMAS DE MENOS DE 1.5 M.M. DE ESPESOR, DETERMINADOS 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 Y 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.
- D. PADECIMIENTOS CONGÉNITOS O ENFERMEDADES SUFRIDAS POR RIESGOS NUCLEARES.
- E. EN LO QUE A ACCIDENTES, EVENTO O ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR (ACV O ECV) 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.
- F. ISQUEMIAS CEREBRALES TRANSITORIAS, O TRAUMAS CRANEO ENCEFÁLICOS.
- G. TRASPLANTE DE TEJIDOS, O EN GENERAL CUALQUIER TRASPLANTE, TRATAMIENTO O CIRUGÍA EXPERIMENTAL, O LOS GASTOS RELACIONADOS CON UNA EVENTUAL DONACIÓN DE UN ÓRGANO.
- H. FALLA RENAL REVERSIBLE O TEMPORAL QUE SE RESUELVA MEDIANTE TRATAMIENTO MÉDICO.
- I. ESTE AMPARO NO CUBRE LOS TUMORES DE LA PIEL (EXCEPTO MELANOMAS MALIGNOS)
- J. LESIONES PRE MALIGNAS, CÁNCER IN SITU, TUMOR CIRCUNSCRITO DENTRO DEL MISMO ÓRGANO NI CÁNCER DE MAMA, CÉRVIX UTERINO O PRÓSTATA.
- K. NO SE CUBREN ENFERMEDADES QUE OCURRAN O SE DIAGNOSTIQUEN COMO CONSECUENCIA DEL USO DELIBERADO DE SUSTANCIAS QUE CAUSAN EFECTOS SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, TALES COMO PERO SIN LIMITARSE ELLAS, DROGAS ILEGALES O ALCOHOL.
- L. SE EXCLUYEN EXPRESAMENTE MEDICAMENTOS PARA CÁNCER DE MAMA, CERVIX UTERINO O PRÓSTATA.

2.2.3. PARA LOS AMPAROS DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION Y RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POST-HOSPITALARIA.

- A. ESTE AMPARO NO CUBRE EXPRESAMENTE HOSPITALIZACION POR MATERNIDAD, O COMPLICACIONES DEL EMBARAZO.
- B. CUALQUIER ENFERMEDAD NO ORGÁNICA COMO LAS PSIQUIÁTRICAS O LOS DAÑOS CEREBRALES CAUSADOS POR EL CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS.
- C. HOSPITALIZACIÓN Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH Ó SIDA).
- D. ESTERILIZACIÓN Y TRATAMIENTOS ANTICONCEPTIVOS, ASÍ COMO SUS CONSECUENCIAS.
- E. TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD, IMPOTENCIA Y FRIGIDEZ, ASÍ COMO SUS CONSECUENCIAS.
- F. CURAS DE REPOSO U HOSPITALIZACIÓN EN CASO DE DESÓRDENES MENTALES O NERVIOSOS.
- G. CIRUGÍA ESTÉTICA O TRATAMIENTOS DE BELLEZA, SALVO LOS DE TIPO RECONSTRUCTIVO POR ACCIDENTE.
- H. TRATAMIENTOS DE TABAQUISMO, ALCOHOLISMO O ADICCIÓN A LAS DROGAS.
- I. CORRECCIÓN DE DEFECTOS DE REFRACCIÓN VISUAL.
- J. TODO TIPO DE EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO INCLUSO AQUELLOS QUE CONCLUYAN CON LA HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO O QUE PARA REALIZARSE REQUIERAN SU HOSPITALIZACIÓN.
- K. ENFERMEDADES DECLARADAS COMO EPIDÉMICAS POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS COMPETENTES.

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

2.2.4. PARA EL AMPARO DE FRACTURAS DE HUESOS POR ACCIDENTE CON HOSPITALIZACION.

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

2.2.5. PARA EL AMPARO DE RENTA MENSUAL PARA GASTOS DEL HOGAR POR MUERTE POR CUALQUIER CAUSA O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE. LAS EXCLUSIONES PARA ESTE AMPARO SERÁN LAS MISMAS ESTABLECIDAS PARA LOS AMPAROS DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

SECCION II

CONDICION PRIMERA. DEFINICIÓN DE AMPAROS.

1.1 MUERTE POR CUALQUIER CAUSA. MEDIANTE ESTE AMPARO COLMENA PAGARÁ AL BENEFICIARIO, LA SUMA ASEGURADA ESTABLECIDA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, Y/O EN LA SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO Y/O CONDICIONES PARTICULARES, SEGÚN EL PLAN ESCOGIDO, UNA VEZ COMPROBADO LEGALMENTE EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, POR CUALQUIER CAUSA NATURAL NO PREEXISTENTE O ACCIDENTAL, O PREEXISTENTE DECLARADA Y ACEPTADA POR LA COMPAÑÍA.

PARA EFECTOS DE DETERMINAR LA COBERTURA DEL AMPARO BÁSICO SE ENTENDERÁ QUE LA FECHA DE LA MUERTE CONSTITUYE LA REALIZACIÓN DEL RIESGO, ES DECIR LA FECHA DEL SINIESTRO. SI LA MUERTE DEL ASEGURADO SE DECLARA EN VIRTUD DE SU DESAPARECIMIENTO, LA FECHA DEL SINIESTRO CORRESPONDERÁ A LA FECHA DE MUERTE PRESUNTA ESTABLECIDA EN LA SENTENCIA.

LIMITE DEL AMPARO: ESTE AMPARO INICIA A PARTIR DEL DÍA NOVENTA Y UNO (91) CONTADO DESDE DEL INICIO DE VIGENCIA DEL SEGURO PARA CADA UNO DE LOS ASEGURADOS, SI LA MUERTE DEL ASEGURADO OCURRE COMO CONSECUENCIA DE SUICIDIO, HOMICIDIO O POR CUALQUIER ENFERMEDAD QUE SEA DERIVADA O RELACIONADA CON EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA). DICHO LAPSO SE ENTIENDE EL PERIODO DE CARENCIA PARA LA COBERTURA. ESTE PERIODO DE CARENCIA NO APLICA EN LAS RENOVACIONES DEL PRESENTE SEGURO.

1.2 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE. MEDIANTE ESTE AMPARO ADICIONAL COLMENA PAGARÁ AL ASEGURADO LA SUMA ASEGURADA ESTABLECIDA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, Y/O EN LA SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO Y/O CONDICIONES PARTICULARES, SI COMO CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O UN ACCIDENTE, SE PRODUCE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO, TAL COMO SE DEFINE A CONTINUACIÓN:

PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO, SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO MENOR DE 65 AÑOS, LA INCAPACIDAD ESTRUCTURADA DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO Y CALIFICADA MÉDICAMENTE CON UN GRADO DE INVALIDEZ IGUAL O SUPERIOR AL CINCUENTA POR CIENTO (50%) POR LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, O POR LAS ENTIDADES COMPETENTES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL (EPS, ARL, AFP), CON BASE EN EL MANUAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE AL MOMENTO DE LA RECLAMACIÓN.

PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO ASEGURADO, SON CONDICIONES CONCURRENTES E INDISPENSABLES PARA QUE OPERE ESTE AMPARO LAS SIGUIENTES:

- A. QUE EL PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL SEA CALIFICADO IGUAL O SUPERIOR AL 50%.
- B. QUE LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INVALIDEZ CONTENIDA EN EL DICTAMÉN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, SE ENCUENTRE DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO.

DE CONFORMIDAD CON LO ANTERIOR, LAS PERSONAS QUE HACEN PARTE DE RÉGIMENES ESPECIALES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL, TAMBIÉN DEBERÁN ACREDITAR QUE SU INCAPACIDAD CUMPLE CON LAS CONDICIONES MENCIONADAS ANTERIORMENTE.

CON EL FIN DE DETERMINAR LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE ENTENDERÁ QUE LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CONSTITUYE LA REALIZACIÓN DEL RIESGO, ES DECIR LA FECHA DEL SINIESTRO.

LÍMITE DEL AMPARO. LA INDEMNIZACIÓN POR EL AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE NO ES ACUMULABLE CON EL AMPARO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA, Y POR LO TANTO, UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR DICHA INCAPACIDAD, COLMENA QUEDARÁ LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD EN LO QUE SE REFIERE AL SEGURO DE VIDA DEL ASEGURADO.

ESTE AMPARO INICIA A PARTIR DEL DÍA NOVENTA Y UNO (91) CONTADO DESDE DEL INICIO DE VIGENCIA DEL SEGURO PARA CADA UNO DE LOS ASEGURADOS, SI LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO OCURRE COMO CONSECUENCIA DE TENTATIVA DE HOMICIDIO, O POR CUALQUIER ENFERMEDAD QUE SEA DERIVADA O RELACIONADA CON EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA). DICHO LAPSO SE ENTIENDE EL PERIODO DE CARENCIA PARA LA COBERTURA. ESTE PERIODO DE CARENCIA NO APLICA EN LAS RENOVACIONES DEL PRESENTE SEGURO.

1.3 INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL. EL PRESENTE AMPARO CUBRE AL ASEGURADO EN CASO DE MUERTE A CAUSA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y EN LOS TÉRMINOS DEL PRESENTE SEGURO, SIEMPRE Y CUANDO LA MUERTE OCURRA DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A DICHO ACCIDENTE.

EN TAL CASO, COLMENA PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS, UNA SUMA ADICIONAL AL AMPARO MUERTE POR CUALQUIER CAUSA, EQUIVALENTE AL VALOR CONTRATADO E INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, Y/O EN LA SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO Y/O CONDICIONES PARTICULARES SEGUN EL PLAN ESCOGIDO.

DEFINICION DE ACCIDENTE: Para los efectos de este amparo, se entiende por accidente todo suceso imprevisto, fortuito, externo, violento, visible o interno, repentino e independiente de la voluntad del Asegurado, ocurrido durante la vigencia de la póliza, que produzca en la integridad física del mismo, lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas visibles, o lesiones internas medicamente comprobadas, que desencadenen su muerte, ya sea de forma inmediata o posteriormente.

Para los efectos de este amparo, el homicidio (salvo el homicidio culposo) y el suicidio sea en estado de cordura o de demencia, no se consideran muerte accidental.

1.4 INDEMNIZACION ADICIONAL POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE ACCIDENTAL. POR EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, COLMENA PAGARÁ AL ASEGURADO UNA SUMA ADICIONAL AL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, EQUIVALENTE AL VALOR CONTRATADO E INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, Y/O EN LA SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO Y/O CONDICIONES PARTICULARES, SEGÚN EL PLAN ESCOGIDO, SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE SE PRODUCE LA INCAPACIDAD

TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO, TAL COMO SE DEFINE EN LA CONDICIÓN 1.2. DE LA SECCIÓN II DE LA PRESENTE POLIZA.

LIMITE DEL AMPARO. LA SUMA ASEGURADA RECONOCIDA POR EL AMPARO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE ACCIDENTAL NO ES ACUMULABLE CON EL AMPARO ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL, Y POR LO TANTO, UNA VEZ PAGADA LA SUMA ASEGURADA POR EL PRESENTE AMPARO, COLMENA QUEDARÁ LIBRE TODA RESPONSABILIDAD EN LO QUE SE REFIERE AL SEGURO DE VIDA DEL ASEGURADO.

1.5 ENFERMEDADES GRAVES. MEDIANTE EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL COLMENA PAGARÁ AL ASEGURADO UN ANTICIPO DEL 50% DE LA SUMA ASEGURADA EN EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA Y/O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER SU PROFESIÓN, LE DESCUBRE Y/O 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:

- A. CANCER
- B. INFARTO AL MIOCARDIO
- C. INSUFICIENCIA RENAL
- D. ACCIDENTE/EVENTO CEREBRO VASCULAR (ACV)
- E. INTERVENCION QUIRURGICA POR ENFERMEDAD DE LAS ARTERIAS CORONARIAS
- F. QUEMADURAS GRAVES

PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE AMPARO ADICIONAL SE DEFINEN LAS ENFERMEDADES GRAVES ASÍ:

1.5.1 CÁNCER: PRESENCIA DE UN TUMOR MALIGNO CARACTERIZADO POR EL CRECIMIENTO, MULTIPLICACIÓN Y EXPANSIÓN INCONTROLADA DE CÉLULAS MALIGNAS CON INVASIÓN DE TEJIDOS (CÁNCER INVASIVO), YA SEA DEL ÓRGANO EN EL QUE SE ORIGINA, O INFILTRACIÓN POR CONTIGÜIDAD A OTROS ÓRGANOS O CON MANIFESTACIÓN EN ÓRGANOS A DISTANCIA O METÁSTASIS. EL TÉRMINO CÁNCER INCLUYE TAMBIÉN LA LEUCEMIA Y ENFERMEDADES MALIGNAS DEL SISTEMA LINFÁTICO, TALES COMO LA ENFERMEDAD DE HODGKIN.

DE ESTA COBERTURA SE EXCLUYE CUALQUIER CLASE DE CÁNCER SIN INVASIÓN Y EL CÁNCER IN-SITU DE CUALQUIER ÓRGANO, NI CÁNCER DE MAMA, CERVIX O PRÓSTATA, ASÍ COMO TAMBIÉN SE EXCLUYE EL CÁNCER DE PIEL, PERO DENTRO DE ESTE ÚLTIMO SE EXCEPTÚA EL MELANOMA MALIGNO NO IN-SITU E INVASIVO, EL CUAL ESTARÁ AMPARADO.

PARA LOS EFECTOS DE LA EXCLUSIÓN DE ESTE AMPARO, SE DEFINE COMO CÁNCER IN-SITU Y/O NO INVASIVO, EL CÁNCER QUE SE MANTIENE DENTRO DEL MISMO TEJIDO DEL ÓRGANO EN DONDE SE HA ORIGINADO SIN AFECCIÓN DE OTRAS CAPAS O ESTRUCTURAS DEL MISMO ÓRGANO Y QUE NO PRESENTA INVASIÓN A TEJIDOS CONTIGUOS O A DISTANCIA, NI HA HECHO METÁSTASIS.

1.5.2. INFARTO AL MIOCARDIO: MUERTE DE UNA PARTE DEL MÚSCULO DEL MIOCARDIO COMO CONSECUENCIA DE ABASTECIMIENTO SANGUÍNEO INADECUADO, EL DIAGNÓSTICO DEBE HABER SIDO BASADO EN:

- ANTECEDENTES DE DOLORES TORÁCICOS O PRECORDIALES ATÍPICOS.
- ALTERACIONES RECIENTES DEL ELECTROCARDIOGRAMA CONFIRMATORIAS Y
- AUMENTO DE LAS ENZIMAS CARDIACAS Y DE LAS PROTEÍNAS CONTRÁCTILES (TROPONINA).

1.5.3. INSUFICIENCIA RENAL. DAÑO BILATERAL DEL RIÑÓN, CRÓNICO E IRREVERSIBLE, EL CUAL REQUIERE COMO TRATAMIENTO LA PRÁCTICA DE DIÁLISIS RENAL.

EL AMPARO QUE OFRECE LA PÓLIZA PARA ESTA ENFERMEDAD CORRESPONDE A 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.

1.5.4. EVENTO/ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR. PÉRDIDA SÚBITA DE LA FUNCIÓN CEREBRAL RESULTANTE DE LA INTERRUPCIÓN DEL APORTE SANGUÍNEO A UNA PARTE DEL CEREBRO QUE PRODUZCA SECUELAS NEUROLÓGICAS QUE DUREN MÁS DE VEINTICUATRO (24) HORAS. PUEDE SER CAUSADO POR TROMBOSIS, EMBOLIA, ESTENOSIS DE UNA ARTERIA DEL CEREBRO O HEMORRAGIA CEREBRAL (ROTURA DE UN VASO SANGUÍNEO CON HEMORRAGIA O PRESIÓN EN LA MASA CEREBRAL) QUE DEJE COMO CONSECUENCIA UNA DESTRUCCIÓN DEL TEJIDO CEREBRAL. DEBE EXISTIR, ADEMÁS, PÉRDIDA PERMANENTE DEL MOVIMIENTO, PENSAMIENTO, MEMORIA, LENGUAJE O SENSACIÓN, DIAGNOSTICADAS MEDIANTE PRUEBAS DE FUNCIÓN NEUROLÓGICA.

1.5.5. 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.

1.5.6. QUEMADURAS GRAVES. LESIONES DE LOS TEJIDOS PRODUCIDOS POR ENERGÍA TÉRMICA TRANSMITIDA POR RADIACIÓN, PRODUCTOS QUÍMICOS O CONTACTO ELÉCTRICO, CLASIFICADAS COMO DE TERCER (III) GRADO DE PROFUNDIDAD Y QUE COMPROMETEN MÁS DEL 30% DEL ÁREA DE SUPERFICIE CORPORAL.

LÍMITE DEL AMPARO: EL ASEGURADO QUE RECIBA LA SUMA ASEGURADA POR CUALQUIERA DE LAS ENFERMEDADES CUBIERTAS, QUEDARÁ AUTOMÁTICAMENTE EXCLUIDO DE ESTE AMPARO, EN CONSECUENCIA NO PODRÁ RECIBIR UNA NUEVA SUMA ASEGURADA POR LA AFECTACIÓN DE LA PRESENTE COBERTURA.

COMO LA SUMA ASEGURADA PAGADA POR ESTE AMPARO CORRESPONDE A UN ANTICIPO DEL 50% DEL VALOR ASEGURADO EN EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, UNA VEZ LA COMPAÑÍA RECONOZCA LA SUMA ASEGURADA POR ESTA COBERTURA, SE REDUCIRÁ EN LA MISMA PROPORCIÓN MENCIONADA, EL VALOR ASEGURADO Y LA PRIMA DEL AMPARO BÁSICO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA O EL AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

CUANDO EL PRESENTE AMPARO ES AFECTADO POR LA ENFERMEDAD CÁNCER, UNA VEZ PAGADA LA SUMA ASEGURADA POR DICHA ENFERMEDAD, AUTOMÁTICAMENTE QUEDARÁ EXCLUIDO EL AMPARO DE COBERTURA PARA CÁNCER INVASIVO DE MAMA, CERVIX UTERINO Y PROSTATA.

ESTE AMPARO INICIA A PARTIR DEL DÍA NOVENTA Y UNO (91) CONTADO DESDE DEL INICIO DE VIGENCIA DEL SEGURO PARA CADA UNO DE LOS ASEGURADOS. DICHO LAPSO SE ENTIENDE EL PERIODO DE CARENCIA PARA EL AMPARO. ESTE PERIODO DE CARENCIA NO APLICA EN LAS RENOVACIONES DEL PRESENTE SEGURO.

1.6 COBERTURA POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER INVASIVO DE MAMA, CERVIX UTERINO Y PROSTATA.

MEDIANTE EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL COLMENA PAGARÁ AL ASEGURADO, LA SUMA ASEGURADA ESTABLECIDA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, Y/O EN LA SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO Y/O CONDICIONES PARTICULARES, SEGÚN EL PLAN ESCOGIDO, SI DURANTE LA VIGENCIA DEL AMPARO, UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER SU PROFESIÓN, LE DESCUBRE Y/O DIAGNOSTICA POR PRIMERA VEZ, CON BASE EN PRUEBAS CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS, HISTOLÓGICAS Y DE LABORATORIO, LA PRESENCIA O PADECIMIENTO DE CÁNCER INVASIVO DE MAMA, CÉRVIX UTERINO O PRÓSTATA.

PARA EFECTOS DE ESTE AMPARO SE ENTIENDE POR CÁNCER INVASIVO, EL CÁNCER QUE SE DISEMINA FUERA DEL TEJIDO O CAPA EN DONDE SE INICIÓ, Y CRECE EN OTROS TEJIDOS O PARTES DEL CUERPO.

LIMITES DEL AMPARO: LA SUMA ASEGURADA POR ESTE AMPARO NO ES ACUMULABLE AL AMPARO DENOMINADO ENFERMEDADES GRAVES CUANDO LA ENFERMEDAD RECLAMADA ES CÁNCER. POR LO TANTO, UNA VEZ PAGADO EL VALOR ASEGURADO POR EL PRESENTE AMPARO, COLMENA NO RECONOCERÁ VALOR ALGUNO POR LA SOLICITUD DE AFECTACIÓN DE LA ENFERMEDAD CÁNCER DEL AMPARO ADICIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES.

ESTE AMPARO INICIA A PARTIR DEL DÍA NOVENTA Y UNO (91) CONTADO DESDE DEL INICIO DE VIGENCIA DEL SEGURO PARA CADA UNO DE LOS ASEGURADOS. DICHO LAPSO SE ENTIENDE EL PERIODO DE CARENCIA PARA EL AMPARO. ESTE PERIODO DE CARENCIA NO APLICA EN LAS RENOVACIONES DEL PRESENTE SEGURO.

1.7 RENTA MENSUAL PARA GASTOS DEL HOGAR, POR MUERTE O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE. POR EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, COLMENA RECONOCERÁ A LOS BENEFICIARIOS O AL MISMO ASEGURADO SEGÚN SEA EL CASO, EL VALOR EQUIVALENTE A UNA RENTA MENSUAL PARA GASTOS DEL HOGAR POR 12 MESES, POR EL VALOR INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, Y/O EN LA SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO Y/O CONDICIONES PARTICULARES, SEGÚN EL PLAN ESCOGIDO, CUANDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO, OCURRA UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD AMPARADO, QUE OCASIONE AL ASEGURADO LA MUERTE O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE 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 ELECCION DE LA COMPAÑÍA.

1.8 RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION POR CUALQUIER CAUSA, CON RENTA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POST-HOSPITALARIA. POR EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, COLMENA RECONOCERÁ 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 COLMENA PAGARÁ POR ESTE AMPARO Y POR VIGENCIA ANUAL DEL SEGURO SERÁ EL EQUIVALENTE A QUINCE (15) DÍAS YA SEA QUE ELLOS OCURRAN EN UNO O VARIOS EVENTOS PREVIA HOSPITALIZACIÓN EN CADA UNO DE ELLOS.

LA INDEMNIZACIÓN DIARIA CORRESPONDERÁ AL VALOR DE LA RENTA CONTRATADA EN LA SOLICITUD/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.

I.9 FRACTURA DE HUESOS POR ACCIDENTE CON HOSPITALIZACIÓN. POR EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, COLMENA RECONOCERÁ AL ASEGURADO, EL VALOR INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, Y/O EN LA SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO Y/O CONDICIONES PARTICULARES SEGÚN EL PLAN ESCOGIDO, CUANDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO SE PRESENTE LA FRACTURA DE HUESOS POR ACCIDENTE QUE OCASIONE UNA HOSPITALIZACION DE AL MENOS 24 HORAS.

SE RECONOCERÁ MAXIMO UN (1) EVENTO POR VIGENCIA ANUAL, AL CABO DEL CUAL SE REESTABLECERÁ EL AMPARO.

I.10 MEDICAMENTOS POR ENFERMEDAD GRAVE

POR EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, COLMENA RECONOCERÁ AL ASEGURADO, EL VALOR INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, Y/O EN LA SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO Y/O CONDICIONES PARTICULARES, SEGÚN EL PLAN ESCOGIDO, CUANDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA SE PRESENTE EL DIAGNOSTICO MÉDICO DE CUALQUIERA DE LAS ENFERMEDADES AMPARADAS POR EL AMPARO ADICIONAL DENOMINADO “ENFERMEDADES GRAVES” DE LA PRESENTE PÓLIZA.

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

CONDICION SEGUNDA. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA PARA LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA.

Amparo	Ingreso	Permanencia
Básico de muerte por cualquier causa	18 - 60 años	65 años
Incapacidad Total y Permanente	18 - 60 años	65 años
Enfermedades Graves y Cáncer Invasivo de Mama, Cérvix y Próstata	18 -55 años	Hasta 65 años
Demás amparos contratados	18 - 60 años	Hasta 65 años

CONDICION TERCERA. PAGO Y FRACCIONAMIENTO DE LA PRIMA. El pago de la 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 el responsable del traslado de los valores correspondientes al pago de las primas que realicen los asegurados por concepto del seguro.

CONDICION CUARTA. PERIODICIDAD DE PAGO DE PRIMA. Las primas del presente seguro se podrán pagar de las siguientes formas: mensual, trimestral, semestral o anual.

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

CONDICION QUINTA. PLAZO PARA EL PAGO DE LA PRIMA. El Tomador dispone de un mes sin recargo de intereses, para el pago de las primas subsiguientes a la primera o de las cuotas de la prima subsiguientes a la primera, en caso de fraccionamiento. Este plazo se contará desde la fecha de vencimiento del período de pago inmediatamente anterior.

Durante el plazo estipulado anteriormente, se considerará el seguro en vigor y por consiguiente, si ocurre algún siniestro, Colmena tendrá la obligación de pagar la suma asegurada correspondiente.

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

CONDICION SEXTA. REVOCACIÓN DEL SEGURO Y REINTEGRO DEL VALOR DE LA PRIMA NO DEVENGADA. La póliza y sus amparos adicionales, adicionales opcionales o anexos opcionales, podrá ser revocada en cualquier momento por el Tomador o cualquiera de los asegurados principales respecto de su cobertura individual, mediante aviso escrito a Colmena

Tratándose de coberturas diferentes a muerte por cualquier causa Colmena podrá revocarlas mediante aviso escrito enviado a la última dirección conocida del Tomador, con no menos de diez (10) días de antelación, contados a partir de la fecha de envío.

El pago de primas con posterioridad a la revocación no restablece las coberturas otorgadas en la póliza.

En caso de que el asegurado principal revoque la presente póliza, tendrá derecho al reintegro de la prima no devengada, es decir, el valor correspondiente al periodo en el que Colmena no asumió el riesgo que le fue trasladado.

CONDICION SÉPTIMA. MODALIDAD DEL SEGURO. El presente seguro de vida grupo tiene el carácter de *contributivo* también llamado *voluntario*, es decir, la prima es pagada en parte o en su totalidad por los miembros del grupo asegurado.

Cada asegurado principal deberá autorizar y mantener vigente la autorización de descuento para que el Tomador pueda trasladar el pago de la prima a Colmena

CONDICION OCTAVA. SUMA ASEGURADA TOTAL. La suma asegurada o valor asegurado total, estará indicado en la carátula de la presente póliza y/o solicitud/certificado individual de seguro y será establecida de conformidad con la información que de los miembros del grupo asegurado, a través de listados o documentos, el Tomador entregue a Colmena para la expedición de la póliza.

La información detallada de cada una de las personas respecto de las cuales el Tomador solicite su ingreso como miembro del grupo asegurado, deberá señalarse en un listado con datos como: número de documento de identidad, nombres y apellidos, fecha de nacimiento, designación de beneficiarios y plan escogido por el asegurado principal.

CONDICION NOVENA. SUMA ASEGURADA PARA CADA ASEGURADO. La suma asegurada para cada asegurado corresponderá al valor acordado en pesos Colombianos (\$COP) entre las partes, el cual estará indicado en la solicitud/certificado individual de seguro y/o condiciones particulares.

Esta suma asegurada constituye el monto máximo de responsabilidad de Colmena respecto de cada asegurado, en caso de siniestro.

CONDICION DÉCIMA. VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ. Esta póliza es temporal, no obstante para los efectos de la administración del inicio, duración y renovación del seguro frente a los asegurados individualmente considerados, se mantendrá respecto del Tomador, una póliza matriz por el término de un año contado a partir de la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de dicha póliza.

CONDICION DÉCIMA PRIMERA. INICIO, DURACIÓN Y RENOVACIÓN DEL SEGURO PARA CADA UNO DE LOS ASEGURADOS.

Sin perjuicio de los periodos de carencia establecidos para los amparos de esta póliza, el inicio de la vigencia de este seguro para cada asegurado, solo comenzará a partir de la fecha en la cual Colmena comunique por escrito al Tomador, la aprobación de ingreso del asegurado a la póliza, o emita el correspondiente certificado individual de seguro para cada asegurado, siempre que se realice el pago de la prima o la primera cuota de esta en caso de fraccionamiento de acuerdo a la condición tercera de la sección II de la presente póliza.

Si dentro de los treinta (30) días comunes siguientes, a la fecha en que Colmena reciba el documento de la solicitud de seguro suscrita por cada persona que aspire a ser miembro del grupo asegurado, no se ha comunicado por escrito la aprobación o se ha emitido el certificado individual de seguro, se considerará como no aceptado el ingreso de la persona.

La vigencia del seguro respecto de cada persona miembro del grupo asegurado, dependerá de la periodicidad de pago de la prima, conforme se establece en la condición cuarta de la sección II de la presente póliza, y será renovable automáticamente por el mismo período inicial salvo que se revoque o termine antes.

CONDICION DÉCIMA SEGUNDA. RENOVACIÓN DEL SEGURO. La presente póliza es renovable anualmente a voluntad de las partes contratantes. Si el Tomador o Colmena 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 quinta de la sección II de la presente póliza.

Tratándose de incrementos de la suma asegurada para cada asegurado a la renovación del seguro, este será efectivo a partir de la fecha en que dicho incremento sea informado y autorizado por Colmena. En tal caso, Colmena podrá fijar condiciones más onerosas para la aceptación del aumento de la suma asegurada para cada asegurado, acorde con el nuevo estado del riesgo, tanto para el amparo básico de muerte por cualquier causa como para los amparos adicionales, adicionales opcionales o anexos opcionales.

CONDICION DÉCIMA TERCERA. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DEL SEGURO.

La cobertura del presente seguro, respecto de cualquiera de las personas miembros del grupo asegurado, terminará por las siguientes causas:

- a. Por la falta de pago de la prima, vencido el plazo otorgado para tal fin en la condición quinta de la sección II del presente seguro.
- b. Al vencimiento del término de la vigencia de la póliza, si ésta no se renueva por decisión de alguna de las siguientes partes: Tomador, Asegurado principal o Colmena
- c. Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza.
- d. Cuando el Asegurado principal solicite su exclusión.
- e. Cuando cualquier Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia estipulada para cada uno de los amparos.
- f. Cuando cualquier Asegurado deje de pertenecer al grupo asegurado.
- g. Cuando al momento de la renovación de la póliza, el grupo asegurado sea inferior a diez (10) personas.
- h. Por la realización del riesgo asegurado en el amparo básico de muerte por cualquier causa o de incapacidad total y permanente.
- i. Cuando Colmena revoque por escrito cualquiera de los amparos adicionales, adicionales opcionales o anexos opcionales.

CONDICION DÉCIMA CUARTA. GRUPO ASEGURADO. Es el conformado por las personas que han diligenciado la solicitud de seguro y cuyo ingreso ha sido aceptado por Colmena una vez sean cumplidos

los requisitos de asegurabilidad. Podrán hacer parte del grupo asegurado, el asegurado principal y los asegurados dependientes designados por él.

Los asegurados deben tener un interés o vínculo en virtud de una situación legal o reglamentaria bajo una misma personería jurídica, o mantener con el Tomador relaciones estables de la misma naturaleza. Este interés o vínculo común debe ser distinto a la búsqueda del Seguro. Podrán ser miembros del grupo asegurado, entre otros, los empleados al servicio activo del Tomador, quienes serán considerados como asegurados principales.

Para los efectos de este seguro, además del asegurado principal podrá ser asegurado para el amparo básico, amparos adicionales y adicionales opcionales, únicamente el cónyuge o compañero (a) permanente del asegurado principal, hasta por el cincuenta por ciento (50%) del valor asegurado de los amparos del plan escogido por el asegurado principal.

Para los amparos de anexos opcionales de asistencias, podrá asegurarse el grupo familiar del asegurado principal el cual estará constituido por las siguientes personas:

Para solteros:

- El Asegurado principal
- Padres menores de 65 años de edad cumplidos
- Hijos

Para casados:

- El Asegurado principal
- El Cónyuge o compañero (a) permanente
- Hijos

El grupo asegurado no podrá resultar inferior, en ningún caso a diez (10) personas.

CONDICION DÉCIMA QUINTA. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD. Toda persona que desee ser miembro del grupo asegurado, deberá cumplir con los requisitos de asegurabilidad exigidos por Colmena en las condiciones particulares.

CONDICION DÉCIMA SEXTA. CONVERTIBILIDAD. Los asegurados cuya edad sea igual o menor a sesenta y cinco (65) años que hayan contratado el amparo de muerte por cualquier causa, y que revoquen su seguro o se separen del grupo asegurado después de permanecer en él por lo menos un año continuo, tendrán el derecho a ser asegurados sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo la presente póliza, en el amparo de muerte por cualquier causa, sin amparos adicionales, en cualquiera de los planes de seguro individual de los que estén autorizados a Colmena, siempre y cuando lo soliciten dentro de los treinta (30) días comunes siguientes contados a partir de su retiro del grupo.

El seguro individualmente considerado se emitirá en las mismas condiciones del seguro de vida grupo anterior, para el amparo básico de muerte por cualquier causa y conforme a la tarifa aplicable al género, la edad alcanzada y ocupación del Asegurado en la fecha de la solicitud.

Si el asegurado fallece dentro del plazo para solicitar la póliza individual, conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que ella se hubiere expedido por Colmena (medie o no solicitud de seguro o pago de prima) sus beneficiarios tendrán derecho a la prestación asegurada bajo el amparo de muerte por cualquier causa, caso en el cual se deducirá de la indemnización el valor de la prima correspondiente.

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA. DOCUMENTOS SUGERIDOS PARA EL TRÁMITE DE UNA RECLAMACIÓN. De conformidad con lo señalado por el artículo 1077 del Código de Comercio, al asegurado o beneficiario le corresponderá demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida. Sin embargo, se sugiere que en caso de presentarse un siniestro que afecte alguna de las coberturas otorgadas en la póliza, sean allegados los siguientes documentos según apliquen, sin que se constituyan como los únicos medios de prueba para comprobar el derecho al pago de la suma asegurada:

Documentos en caso de reclamación	A	B	C	D
Comunicación en la que se informe a Colmena la ocurrencia del siniestro, junto con los datos de contacto de quien reclama.	•	•	•	•
Solicitud/Certificado individual del seguro	•	•	•	•
Cédula de ciudadanía del asegurado y los beneficiarios	•	•	•	•
Registro civil de defunción	•			
Historia clínica completa del asegurado	•	•	•	•
Si la muerte es natural: Historia clínica completa, donde conste la causa y fecha de diagnóstico que generó la muerte del Asegurado.	•			
Si la muerte es Accidental o por Homicidio o Suicidio: Se deben adjuntar los documentos legales idóneos que determinen que la persona fallecida fue plenamente identificada, y las circunstancias de tiempo, modo y lugar como ocurrieron los hechos. (Acta de Levantamiento del cadáver, Copia de la Necropsia o el Informe de la Autoridad Competente)	•			
Dictamen de pérdida de la capacidad laboral en firme, emitido por una junta de calificación de invalidez, regional o nacional, o por las entidades competentes del sistema de seguridad social (EPS, ARL AFP).		•		
Informe del médico tratante sobre el estado de salud del asegurado en el que se precise la naturaleza de la enfermedad o accidente.	•	•	•	•
Informe del médico tratante con fecha del diagnóstico de la enfermedad, junto con los exámenes radiológicos, oncológicos, patológicos e histológicos, mediante los cuales se detecto la misma.			•	
Certificado de hospitalización o de Incapacidad, donde se incluya fecha de ingreso y de salida.				•
Copia de la Historia clínica del asegurado donde conste la fecha y la causa de la hospitalización o de la incapacidad.				•
Los demás documentos que Colmena considere necesarios.	•	•	•	•

- A. Muerte por cualquier causa no preexistente
- B. Incapacidad Total y Permanente
- C. Enfermedades Graves
- D. Renta Diaria por Hospitalización

Colmena, a través del Portal Web: www.colmenaseguros.com, facilita los información necesaria respecto de los trámites, documentos y plazos relacionados con la atención de reclamaciones derivadas del presente contrato de seguro.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA. DERECHO DE INSPECCIÓN. El Tomador autoriza a Colmena para inspeccionar sus libros y documentos que se refieran al manejo de ésta póliza.

CONDICION DÉCIMA NOVENA. LEGISLACIÓN APLICABLE. Para todos los efectos relacionados con el presente contrato de seguro, y en relación con los aspectos legales no previstos explícitamente, se aplicarán las disposiciones del Código de Comercio y demás normas concordantes, o que lo complementen o reemplacen, siempre que las mismas correspondan a normas de la República de Colombia.

Sin limitarse a ellas, ante las siguientes circunstancias, causas o hechos que se presenten antes, durante o con posterioridad a la celebración del presente contrato, serán aplicables las disposiciones normativas que se mencionan a continuación:

Circunstancia, Causa o Hecho	Disposición normativa que se aplica
Reticencia o Inexactitud del Asegurado	Artículo 1058 del Código de Comercio
Inexactitud del Asegurado respecto de su edad	Artículo 1161 del Código de Comercio

Irreductibilidad del Valor Asegurado	Artículo 1160 del Código de Comercio
Plazo para el Pago de la Prima	Artículo 1066 del Código de Comercio
Terminación del Contrato de Seguro por Mora en el pago de la Prima	Artículos 1068 y 1152 del Código de Comercio
Pago Fraccionado de la Prima	Artículo 1069 del Código de Comercio
Aviso del siniestro	Artículo 1075 del Código de Comercio
Carga de la prueba de la ocurrencia del siniestro y/o Circunstancias excluyentes de la obligación de pago del mismo.	Artículo 1077 del Código de Comercio
Pérdida del derecho al pago de la suma asegurada	Artículo 1078 del Código de Comercio
Responsabilidad del Asegurador	Artículo 1079 del Código de Comercio
Plazo para el pago de la suma asegurada	Artículo 1080 del Código de Comercio
Prescripción de las Acciones que se derivan del Contrato de Seguro	Artículo 1081 del Código de Comercio
Régimen de Beneficiarios del Seguro	Artículos 1141, 1142, 1143, 1146, 1148, 1149, 1150 del Código de Comercio.

CONDICIÓN VIGÉSIMA. LÍMITE TOTAL INDEMNIZABLE POR EVENTO CATASTROFICO. Siempre que se haya pactado mediante condición particular, se podrá establecer que en caso de que un mismo evento afecte más de dos asegurados durante la vigencia del seguro, se considerará como un evento catastrófico, en consecuencia, la prestación asegurada a cargo de Colmena y a favor de los beneficiarios del seguro, no excederá el valor que como límite total indemnizable por evento catastrófico sea indicado en la carátula de la presente póliza.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA. AMPARO AUTOMÁTICO O SUMA LIBRE ASEGURADA: Se podrá establecer el ingreso automático de personas que integrarán el grupo asegurado, solo con el diligenciamiento de la solicitud de seguro y la declaración de asegurabilidad. Esta condición también aplica para los miembros del grupo asegurado que deseen incrementar la suma asegurada inicialmente contratada.

Las condiciones para acceder a este beneficio, tales como edad, límites de amparos, nueva suma asegurada, término para la aceptación de nuevas personas por parte de Colmena y demás requisitos de asegurabilidad, serán determinados en las condiciones particulares de la presente póliza.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA. COBERTURA AUTOMÁTICA TEMPORAL PARA NUEVOS ASEGURADOS. Para aquellas personas que se ingresen al grupo asegurable definido por el Tomador y que aún no declaran su estado de riesgo mediante el diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad, Colmena podrá conceder cobertura automática temporal hasta por 30 días comunes y hasta por el valor indicado en la suma libre asegurada.

Una vez transcurrido el término de cobertura automática temporal, sin que el asegurado haya diligenciado la declaración de asegurabilidad, cesará la cobertura de todos los amparos respecto de dicho asegurado, y sólo se mantendrá para aquellos que cumplieron con los requisitos de asegurabilidad establecidos por Colmena

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA. CONTINUIDAD DE COBERTURA: La presente póliza otorga el beneficio de continuidad de cobertura a los Asegurados que se trasladen de una póliza de vida anterior, a la presente póliza de vida grupo de Colmena, sin que para ello sean exigibles requisitos de asegurabilidad por edad, suma asegurada o estado de salud. Son condiciones concurrentes e indispensables para que opere este beneficio que:

- Tanto la vigencia de la póliza anterior como la permanencia del asegurado en ella, sea ininterrumpida y de al menos de un (1) año antes de trasladarse a la presente póliza.

- La póliza anterior se encuentre vigente al momento en que los asegurados se trasladen a la presente póliza.
- La suma asegurada sea igual o inferior a la que tuvieran establecida en la póliza anterior.
- La edad de los Asegurados que sean trasladados se encuentre dentro del rango máximo de ingreso a la presente póliza.
- El Tomador suministre al menos con treinta (30) días comunes anteriores a la fecha del traslado de los asegurados, un listado que contenga los siguientes datos: 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 hayan asegurados a los cuales se les hubiere diagnosticado enfermedades graves de carácter terminal, o se encuentren en proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral.

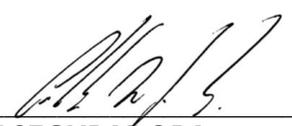
Con el beneficio de continuidad de cobertura, se entiende que no serán aplicables los periodos de carencia y que solo se trasladan las personas que cumplan con las características definidas por Colmena y aceptadas por el Tomador para integrar el grupo asegurable, de conformidad con los amparos y condiciones establecidas para la presente póliza.

Cualquier incremento de suma asegurada sobre la inicial requerirá del cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad establecidos por Colmena

CONDICIÓN VIGÉSIMA CUARTA. DOMICILIO, NOTIFICACIONES Y TERRITORIALIDAD: Para los efectos del presente contrato se fija como domicilio de las partes la ciudad y dirección indicadas en la carátula de la póliza y/o en la solicitud/certificado individual de seguro.

Las notificaciones que deban hacerse las partes para los efectos de la presente póliza, respecto de Colmena se podrán realizar a través de los canales dispuestos por esta para la atención del consumidor financiero, y para esta última, consignarse por escrito y será prueba suficiente de las mismas, la constancia del envío de la comunicación por correo certificado dirigido a la última dirección por ellas registrada.

La presente póliza otorga cobertura a nivel nacional. Sin embargo, si el riesgo asegurado ocurre fuera del territorio nacional, tendrá cobertura siempre que asegurado esté domiciliado en el territorio colombiano.



ASEGURADORA
Colmena Seguros de Vida S.A

TOMADOR
FIRMA AUTORIZADA