



Colmena Seguros S.A., quien en adelante y para los efectos de este contrato se denominará **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, otorga el siguiente seguro de vida grupo brecha compensación flexible, sujeto a las condiciones generales aquí estipuladas.

Forman parte de este contrato, los anexos, las declaraciones de asegurabilidad, los certificados médicos y cualquier otro documento escrito y aceptado por las partes, que guarde relación con el presente contrato de seguro.

Esta póliza se expide bajo el plan temporal renovable anualmente y estará en vigor por el término de un año contado a partir de la fecha de inicio de vigencia, siempre que de acuerdo con las condiciones generales no se revoque o termine antes.

CONDICIONES GENERALES

CONDICIÓN PRIMERA. OBJETO DE LA PÓLIZA. AMPARAR CONTRA LOS RIESGOS DE MUERTE, INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE Y DEMÁS RIESGOS AMPARADOS EN LA PÓLIZA A LOS MIEMBROS DEL GRUPO ASEGURADO, SIENDO ESTOS LOS EMPLEADOS QUE SE ACOJAN AL PLAN DE COMPENSACIÓN FLEXIBLE DE LA EMPRESA TOMADORA DEL SEGURO.

CONDICIÓN SEGUNDA. AMPAROS BÁSICOS.

MUERTE POR CUALQUIER CAUSA. MEDIANTE ESTE AMPARO **LA COMPAÑÍA** PAGARÁ AL BENEFICIARIO LA SUMA ASEGURADA ESTABLECIDA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, UNA VEZ COMPROBADO LEGALMENTE EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA POR CUALQUIER CAUSA NATURAL NO PREEXISTENTE O ACCIDENTAL.

PARA EFECTOS DE DETERMINAR LA COBERTURA DEL AMPARO BÁSICO DE VIDA 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.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE. PARA EFECTOS DE ESTE AMPARO, 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, TAMBIEN 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.

UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE TERMINA LA COBERTURA PARA LOS AMPAROS DE VIDA, INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE, INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL Y EL AUXILIO DE MATERNIDAD, CESANDO LA RESPONSABILIDAD DE **LA COMPAÑÍA**.

SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE CONSIDERARÁ COMO TAL LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN DE AMBOS OJOS, LA AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS O AMBOS PIES Ó DE TODA UNA MANO O DE TODO UN PIE.

PARA LOS EFECTOS DE ESTE AMPARO, LAS PÉRDIDAS ANTERIORES SE DEFINEN ASÍ:

- **DE LAS MANOS:** AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN RADIOCARPIANA.
- **DE LOS PIES:** AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN TIBIOTARCIANA.
- **DE LOS OJOS:** PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS.

CONDICIÓN TERCERA. AMPAROS ADICIONALES. CUANDO EXPRESAMENTE SE INDIQUE EN EL CUADRO DE AMPAROS DE LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA DE CONFORMIDAD CON LOS ALCANCES Y LIMITACIONES SEÑALADOS EN LAS CORRESPONDIENTES CONDICIONES PARTICULARES, SE PUEDEN OTORGAR LOS SIGUIENTES AMPAROS ADICIONALES:

1. **INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE**
2. **INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL**
3. **AUXILIO POR MATERNIDAD**

CONDICIÓN CUARTA. EXCLUSIONES PARA LOS AMPAROS BÁSICOS.

- a. LA MUERTE O INCAPACIDAD DEL ASEGURADO CAUSADA U ORIGINADA POR CUALQUIER CAUSA O ENFERMEDAD FÍSICA O MENTAL PREEXISTENTE QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA O CONOCIDA POR EL ASEGURADO Y NO DECLARADA CON ANTERIORIDAD A LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO.
- b. LA MUERTE O INCAPACIDAD DEL ASEGURADO CAUSADA U ORIGINADA CON OCASIÓN O EN EL EJERCICIO DE ACTIVIDADES ILÍCITAS.

CONDICIÓN QUINTA. EXCLUSIONES PARA LOS AMPAROS ADICIONALES. EN RELACIÓN CON CUALQUIERA DE LOS ANTERIORES AMPAROS ADICIONALES QUE SE OTORGUEN, LA PRESENTE PÓLIZA NO CUBRE PÉRDIDA ALGUNA QUE SEA A CONSECUENCIA DE O EN RELACIÓN CON:

- a. EL EJERCICIO DE ACTIVIDADES ILÍCITAS DEL ASEGURADO.
- b. LAS CAUSADAS U ORIGINADAS POR CUALQUIER CAUSA O ENFERMEDAD FÍSICA O MENTAL PREEXISTENTE QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA O CONOCIDA POR EL ASEGURADO Y NO DECLARADA CON ANTERIORIDAD A LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO.
- c. ENFERMEDADES O ACCIDENTES CUYO ORIGEN SE PRESENTE U OCURRA MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE SUSPENDIDO DE SUS ACTIVIDADES EN FORMA TEMPORAL O

- MIENTRAS LA EMPRESA SE ENCUENTRE EN PARO LABORAL O CESE DE ACTIVIDADES, O CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE DISFRUTANDO DE UN PERÍODO DE LICENCIA REMUNERADA O NO REMUNERADA, EXCEPTO CUANDO LA LICENCIA REMUNERADA HAYA SIDO OTORGADA POR EL EMPLEADOR PARA QUE EL TRABAJADOR SE CAPACITE O ENTRENE.
- d. SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA A SI MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
 - e. GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, MOTÍN, HUELGA, MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS O EN GENERAL CONMOOCIONES CIVILES DE CUALQUIER CLASE.
 - f. LESIONES O MUERTE CAUSADAS POR OTRA PERSONA CON ARMA DE FUEGO, CORTANTE PUNZANTE O CONTUNDENTE.
 - g. ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO POR PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DE AVIACIÓN, SALVO QUE VUELE COMO PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.
 - h. LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR VIOLACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO DE CUALQUIER NORMA LEGAL DE CARÁCTER PENAL O CONTRAVENCIONAL.
 - i. ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE DROGAS TOXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS, Y SIEMPRE QUE DICHA CIRCUNSTANCIA SEA LA CONSECUENCIA DIRECTA DE LA REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO
 - j. ENFERMEDAD MENTAL O CORPORAL O CUALQUIER DOLENCIA O TARA PREEXISTENTES, O INFECCIÓN DISTINTA DE LA CONTRAÍDA POR UNA LESIÓN AMPARADA.
 - k. LAS INFECCIONES PRODUCIDAS POR PICADURAS DE INSECTOS, TALES COMO MALARIA, TIFO, FIEBRE AMARILLA, ETC.
 - l. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN COMPETENCIAS DE VELOCIDAD.
 - m. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN CUALQUIER RIÑA.

CONDICIÓN SEXTA. DEFINICIONES

Tomador: es la persona que traslada los riesgos para asegurar un número determinado de personas y es el responsable del pago de las primas.

Asegurados: serán los empleados que se acojan al plan de compensación flexible de la empresa tomadora del seguro.

CONDICIÓN SÉPTIMA. MODALIDAD DEL SEGURO

Seguro de grupo no contributivo: es aquel cuya prima es sufragada en su totalidad por el tomador del seguro.

CONDICIÓN OCTAVA. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Amparo	Ingreso	Permanencia
Básico de Vida	18 - 61 años Y 364 días	65 años
Incapacidad Total y Permanente	18 - 59 años Y 364 días	65 años
Amparos adicionales	18 - 59 años Y 364 días	65 años

CONDICIÓN NOVENA. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD. Toda persona debe cumplir con los requisitos de asegurabilidad que le señale **La Compañía** de acuerdo a los perfiles definidos en las condiciones particulares.

CONDICIÓN DÉCIMA. INICIO Y DURACIÓN DE LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS INDIVIDUALES. Los amparos respecto de cada persona, solo entran en vigencia a partir de la fecha en que **La Compañía** comunique por escrito su aprobación al tomador.

La duración de la vigencia del seguro respecto de cada persona dependerá de la periodicidad de pago de la prima, conforme se estipule en la carátula de la póliza y/o solicitud individual de seguro

CONDICIÓN DÉCIMO PRIMERA. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DEL SEGURO. El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus anexos, termina por las siguientes causas:

1. Por la falta de pago de la prima vencido el plazo otorgado para tal fin.
2. Al vencimiento de la póliza si esta no se renueva por decisión de alguna de las partes.
3. Cuando se produzca la terminación del contrato de trabajo del asegurado, por cualquier causa y por cualquiera de las partes que intervinieron en su celebración.
4. Cuando el tomador revoque por escrito la póliza.
5. Cuando al momento de la renovación de la póliza el grupo asegurado sea inferior a diez (10) personas.
6. Cuando el asegurado deje de pertenecer al grupo asegurado.
7. En la fecha en que el trabajador comience a recibir su pensión de vejez.

CONDICIÓN DÉCIMO SEGUNDA. VALORES ASEGURADOS:

AMPARO BÁSICO DE VIDA: el valor asegurado será la suma acordada entre las partes establecida en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual de seguro.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: el valor asegurado en este amparo será la suma acordada entre las partes establecida en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual de seguro.

INCAPACIDAD PARCIAL Y PERMANENTE: el valor asegurado en este amparo será la suma acordada entre las partes establecida en el certificado individual de seguro, o el valor que resulte de multiplicar el porcentaje de pérdida de capacidad laboral por el número de veces la parte desalarizada al asegurado según se indique en la carátula de la póliza, de acuerdo con la tabla de equivalencias del decreto 2644 de 1994.

INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL: el valor asegurado en este amparo será la suma que resulte de multiplicar los días de incapacidad por el monto desalarizado diario.

AUXILIO POR MATERNIDAD: el valor asegurado en este amparo será la suma que resulte de multiplicar los días de licencia de maternidad por el monto desalarizado diario.

CONDICIÓN DÉCIMO TERCERA. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO. **La Compañía** expedirá para cada asegurado un certificado individual de seguro en aplicación a esta póliza de acuerdo a los términos establecidos en estas condiciones.

En caso de pérdida, cambio de beneficiario o de valor asegurado **La Compañía** expedirá un nuevo certificado que remplazará al anterior.

CONDICIÓN DÉCIMO CUARTA. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO(S). El asegurado podrá cambiar en cualquier momento el beneficiario a título gratuito, pero tal cambio surtirá efecto a partir de la fecha de notificación por escrito a **La Compañía**.

El tomador no podrá intervenir en la designación de beneficiarios ni figurar como tal en la póliza.



En el evento de que ocurra el fallecimiento del asegurado sin que se haya designado beneficiario o la designación se hiciera ineficaz o quedare sin efecto por cualquier causa o el asegurado y el beneficiario fallecieren simultáneamente o se ignore cuál de los dos ha muerto primero, serán beneficiarios conforme se establece en los artículos 1142 y 1143 del código de comercio: el cónyuge del asegurado en la mitad del seguro y los herederos del asegurado en otra mitad.

CONDICIÓN DÉCIMO QUINTA. CALCULO DE LA PRIMA. La prima para cada anualidad se calculará con base en los parámetros técnicos fijados por la superintendencia financiera de Colombia, según se expresa en anexo a esta póliza, teniendo en cuenta la edad de cada asegurado, su estado de salud, el monto asegurado individual en el momento de ingresar a esta póliza y la ocupación de los asegurados.

Para inclusiones posteriores a la expedición o renovación de la póliza se cobrará la prima a prorrata con base en los factores anteriores.

Parágrafo: no obstante lo anterior, se permite calcular primas semestrales, cuatrimestrales, trimestrales, bimestrales y mensuales con base en los parámetros fijados por la superintendencia financiera de Colombia.

CONDICIÓN DÉCIMO SEXTA. FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS. Las primas podrán ser pagadas anualmente o en fracciones semestrales, trimestrales o mensuales, mediante la aplicación de recargos del 4%, 6%, y 10%, respectivamente.

CONDICIÓN DÉCIMO SÉTIMA. PAGO DE LA PRIMA. El pago de la primera prima, o de la primera cuota en caso de fraccionamiento de su pago, es condición indispensable para que inicie la vigencia del seguro.

En el caso de fraccionamiento de la prima, para el pago de las cuotas de prima subsiguientes a la primera, **La Compañía** concede sin recargo de intereses, un plazo de un (1) mes. Durante dicho plazo se considera el seguro en vigor y, por consiguiente, si ocurre algún siniestro **La Compañía** tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas y pendientes de pago por parte del tomador, hasta completar la anualidad respectiva.

Si las cuotas posteriores a la primera prima no fueren pagadas dentro del plazo otorgado de un (1) mes, se producirá la terminación automática del contrato, conforme se establece en el artículo 1068 del código de comercio, y **La Compañía** quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de dicho plazo.

En caso de renovación del contrato de seguro, se concede un plazo de un (1) mes a partir de la iniciación de la vigencia de la renovación del seguro para el pago de la primera prima o cuota de prima, durante este plazo se considera el seguro en vigor.

Parágrafo: lo dispuesto en esta condición se entiende en adición a los requisitos establecidos en las condiciones novena y décima, para la iniciación de la vigencia de los amparos individuales.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO. El tomador o el asegurado, según corresponda, de conformidad con lo establecido en el artículo 1058 del código de comercio, se obliga a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo según los cuestionarios que le sean propuestos por **La Compañía**.

La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que conocidas por **La Compañía** la hubiesen retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producirán la nulidad relativa del contrato de seguro.

Sin embargo, si la inexactitud o la reticencia son imputables a error inculpable del tomador o del asegurado el contrato no será nulo, pero en caso de siniestro **La Compañía** únicamente estará obligada 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 de riesgo.

Las sanciones establecidas en esta condición no se aplicarán si **La Compañía**, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debió conocer los hechos o circunstancias sobre los cuales versan los vicios de la declaración o si ya celebrado el contrato se allana a subsanarlos expresa o tácitamente.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA. MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO. El asegurado o el tomador, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, uno u otro deberán notificar por escrito a **La Compañía** los hechos o circunstancias que dependen de la voluntad del tomador o asegurado, que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato que signifiquen agravación del riesgo, en especial cualquier modificación en su actividad laboral u ocupación.

La notificación se hará con una antelación no menor a diez (10) días a la fecha de modificación del riesgo, si ésta depende del asegurado o del tomador. Si le es extraña, dentro de los diez (10) días siguientes a aquel en que tengan conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta (30) días desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo en los términos previstos, **La Compañía** podrá revocar el amparo o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato. Pero solo la mala fe del asegurado o del tomador dará derecho a **La Compañía** para retener la prima devengada.

CONDICIÓN VIGÉSIMA. IRREDUCTIBILIDAD DE LA SUMA ASEGURADA. De conformidad con lo establecido en el artículo 1160 del código de comercio, una vez transcurridos dos (2) años en vida del asegurado, contados desde la fecha de perfeccionamiento del contrato o desde la fecha de perfeccionamiento de su rehabilitación o desde la fecha de aprobación del aumento del valor asegurado, según el caso, y encontrándose éste vigente, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad.

Este beneficio no se extiende a los amparos adicionales.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA. OBLIGACIONES EN CASO DEL SINIESTRO. En caso de la ocurrencia de un siniestro el tomador, el asegurado o el beneficiario, según el caso, tienen las siguientes obligaciones, además de las señaladas en la ley:

1. Dar aviso a **La Compañía** del siniestro dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.
2. Facilitar a **La Compañía** el acceso a todos los documentos necesarios para acreditar la ocurrencia y cuantía del siniestro.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA. PAGO DEL SINIESTRO. Una vez acreditada la ocurrencia y cuantía del siniestro que afecte la póliza o sus amparos adicionales, si se hubiesen contratado, **La Compañía** pagará directamente a los beneficiarios, o por conducto del tomador, dentro del término previsto en la ley, la indemnización correspondiente acorde con las condiciones y valores asegurados pactados.

Con el fin de acreditar la ocurrencia y cuantía del siniestro, se podrán utilizar todos los medios de prueba admitidos en la ley colombiana y en especial los siguientes, según apliquen:

- Certificado individual del seguro
- Registro civil de defunción del asegurado
- Registro civil de matrimonio del asegurado

- Registro civil de nacimiento del asegurado y los beneficiarios
- Cedula de ciudadanía del asegurado y los beneficiarios
- Certificados expedidos por las autoridades competentes en los cuales conste la causa y naturaleza del siniestro.
- Dictamen en firme de pérdida de la capacidad laboral expedido por la junta de calificación de invalidez, regional o nacional, o por las entidades competentes del sistema de seguridad social.
- Prueba de la incapacidad medica expedida por la eps.
- Para el auxilio por maternidad: registro civil de nacimiento del neonato y copia de la licencia de maternidad.
- Los demás documentos que a juicio de **La Compañía**, se consideren necesarios para la demostración del siniestro y su cuantía.

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN. El asegurado o beneficiario, según el caso, quedará privado de todo derecho procedente de la presente póliza, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, o si en apoyo de ella se hicieren o utilizaran declaraciones falsas o se emplearen medios o documentos engañosos.

CONDICIÓN VIGÉSIMA CUARTA. RENOVACIÓN DEL CONTRATO. La presente póliza es renovable a voluntad de las partes contratantes. Si las partes con una anticipación no menor de un (1) mes a la fecha de su vencimiento no manifestaren lo contrario, el contrato se entenderá renovado automáticamente en iguales condiciones, por un periodo igual al pactado, teniendo en cuenta lo señalado en la condición décima séptima de la presente póliza en materia del pago de la prima.

CONDICIÓN VIGÉSIMA QUINTA. REVOCACIÓN DEL CONTRATO. La presente póliza y sus amparos adicionales podrán ser revocados por el tomador en cualquier momento, mediante aviso escrito dado a **La Compañía**. En este caso, el importe de la prima devengada y de la prima no devengada a devolver se calculará a prorrata.

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 de antelación contados a partir de la fecha de envío. En este caso, **La Compañía** devolverá la parte proporcional de la prima no devengada desde la fecha de la renovación.

Si después de la revocación, **La Compañía** llegare a recibir cualquier prima, no significará que las coberturas han sido restablecidas y por lo tanto, la obligación de **La Compañía** se limitará a la devolución de dichas primas.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEXTA. 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 presente póliza de vida grupo brecha compensación flexible, que tengan su seguro vigente en la fecha de expedición de la nueva póliza y hasta por el mismo valor asegurado individual que tuvieron vigente con la anterior aseguradora.

Es condición indispensable para otorgar este amparo, que la póliza anterior lleve por lo menos un (1) 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 de anticipación, 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**.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SÉPTIMA. CONVERTIBILIDAD DE LA PÓLIZA. Los asegurados cuya edad sea igual o menor a 65 años que hayan permanecido asegurados en la presente póliza por lo menos un año continuo, tendrán derecho a ser asegurados sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma asegurada igual, en cualquiera de los planes de seguro de vida individual de los que estén autorizados a **La Compañía**, siempre y cuando lo solicite dentro de los treinta (30) días comunes siguientes, contados a partir de la fecha en que se extinga la obligación amparada por este seguro.

Si el asegurado fallece dentro del plazo para solicitar la póliza individual, conforme lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que ella se hubiere expedido por **La Compañía** (medie o no solicitud de seguro o pago de prima), sus beneficiarios tendrán derecho a la prestación asegurada en el amparo básico de vida, caso en el cual se deducirá de la indemnización el valor de la prima correspondiente. Esta condición no se aplica a los amparos de incapacidad total y permanente, incapacidad parcial permanente, incapacidad total temporal ni auxilio por maternidad.

La prima a pagar se calculará de acuerdo a las condiciones para su cálculo establecidas en los planes de seguro de vida individual de los que estén autorizados a **La Compañía**.

CONDICIÓN VIGÉSIMA OCTAVA. DERECHO DE INSPECCIÓN. El tomador autoriza a **La Compañía** para inspeccionar los libros y documentos del tomador que se refieren al manejo de esta póliza.

CONDICIÓN VIGÉSIMA NOVENA. NOTIFICACIONES. Sin perjuicio de las normas legales imperativas, cualquier declaración que deban hacer las partes en relación con este contrato de seguro, deberá consignarse por escrito y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada por las partes. El aviso de siniestro podrá darse por cualquier medio de conformidad con la ley.

El tomador y/o asegurado están obligados a informar mediante comunicación escrita dirigida a **La Compañía** cualquier cambio de domicilio. A falta de ello, toda comunicación dirigida al último domicilio conocido del tomador y/o del asegurado surtirá efecto en los términos de la presente póliza.

CONDICIÓN TRIGÉSIMA. PRESCRIPCIÓN. De acuerdo con el artículo 1081 del código del comercio, la prescripción de las acciones que se deriven del presente contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen, podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos (2) años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a su acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco (5) años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Estos términos no podrán ser modificados por las partes.

CONDICIÓN TRIGÉSIMA PRIMERA. DOMICILIO Y LEGISLACIÓN APLICABLE. Para todos los efectos relacionados con el presente contrato de seguro y sin perjuicio de las disposiciones procesales, se fija como domicilio de las partes la ciudad y dirección indicadas en la caratula de la póliza.

El presente contrato de seguro se rige por las leyes de la república de Colombia aplicables al mismo.

CONDICIÓN TRIGÉSIMA SEGUNDA. DISPOSICIONES LEGALES. Para todos los aspectos no previstos explícitamente en las presentes condiciones, se aplicarán las disposiciones del código de comercio y demás normas legales pertinentes.



CONDICIÓN TRIGÉSIMA TERCERA. PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS. De conformidad con lo establecido por las normas legales de Colombia sobre el tema de prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo, el tomador, asegurado y beneficiario se obligan con **La Compañía** a realizar las declaraciones que se estipulen en el formulario que para tal fin se les entregue con total veracidad y a suministrar los documentos que se soliciten en dicho formato, tanto al momento de contratar la póliza como en la renovación de la misma y/o al momento del pago de cualquier indemnización.

Cualquier inconsistencia o información falsa en las declaraciones o documentos aportados en razón a la presente condición se entenderá como reticencia en la información y producirá los efectos consagrados en el artículo 1058 del código de comercio, sin perjuicio de las sanciones que la ley establezca.

El tomador y el asegurado, se obligan a actualizar anualmente la información relativa a su actividad laboral, comercial, financiera y demás contenida en el formulario de vinculación de clientes.

CONDICIÓN TRIGÉSIMA CUARTA. PROHIBICIÓN DE CESIÓN. El tomador no podrá ceder su posición contractual ni los derechos derivados de la misma, ni las obligaciones emanadas de este contrato sin previa autorización por escrito de **La Compañía**.

CONDICIÓN TRIGÉSIMA QUINTA. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS. Toda controversia o diferencia que surja en relación o con ocasión del presente contrato en cuanto a su celebración, ejecución, desarrollo, terminación o liquidación y, en general que tenga que ver con el mismo se resolverá por la vía del arreglo directo, o en su defecto, mediante la decisión de un tribunal de arbitramento designado por la cámara de comercio de Bogotá de acuerdo con el procedimiento señalado por la ley y el centro de arbitraje y conciliación de la misma. El tribunal tendrá un (1) árbitro designado por la cámara de comercio de Bogotá quien fallará en derecho y funcionará en la ciudad anotada.

././.

ANEXO INCAPACIDAD PARCIAL Y PERMANENTE

CONDICIÓN PRIMERA. OBJETO DEL ANEXO. EL PRESENTE ANEXO DE AMPARO ADICIONAL TIENE POR OBJETO AMPARAR CONTRA EL RIESGO DE INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE A LOS MIEMBROS DEL GRUPO ASEGURADO, SIENDO ESTOS LOS EMPLEADOS QUE SE ACOJAN AL PLAN DE COMPENSACIÓN FLEXIBLE DE LA EMPRESA TOMADORA DEL SEGURO.

EL PRESENTE ANEXO SE OTORGA MEDIANTE CONVENIO EXPRESO QUE CONSTARÁ EN EL CUADRO DE AMPAROS DE LA PÓLIZA.

CONDICIÓN SEGUNDA. DEFINICIÓN DEL AMPARO.

INCAPACIDAD PARCIAL Y PERMANENTE. LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO, MEDIANTE UN PAGO ÚNICO, EL VALOR INDICADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, EN CASO DE QUE EL ASEGURADO, COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD LABORAL, SUFRA UNA DISMINUCIÓN DEFINITIVA DE SU CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL CINCO POR CIENTO (5%) PERO INFERIOR AL CINCUENTA POR CIENTO (50%), DETERMINADA EN EL DICTAMEN EN FIRME DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL EMITIDO POR LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES O JUNTAS DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ REGIONAL O NACIONAL, SEGÚN CORRESPONDA.

EL VALOR MÁXIMO A INDEMNIZAR DE ESTE AMPARO CORRESPONDERÁ A LA SUMA ACORDADA ENTRE LAS PARTES ESTABLECIDA EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, O EL VALOR QUE RESULTE DE MULTIPLICAR EL PORCENTAJE DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL POR EL NÚMERO DE VECES LA PARTE DESALARIZADA AL ASEGURADO SEGÚN SE INDIQUE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, DE ACUERDO CON LA SIGUIENTE TABLA:

PORCENTAJE (%) DE PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL	"x" VECES LA PARTE DESALARIZADA AL ASEGURADO	PORCENTAJE (%) DE PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL	"x" VECES LA PARTE DESALARIZADA AL ASEGURADO
49	24	26	12,5
48	23,5	25	12
47	23	24	11,5
46	22,5	23	11
45	22	22	10,5
44	21,5	21	10
43	21	20	9,5
42	20,5	19	9
41	20	18	8,5
40	19,5	17	8
39	19	16	7,5
38	18,5	15	7
37	18	14	6,5
36	17,5	13	6
35	17	12	5,5
34	16,5	11	5
33	16	10	4,5

32	15,5
31	15
30	14,5
29	14
28	13,5
27	13

9	4
8	3,5
7	3
6	2,5
5	2

TODAS LAS DEMÁS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA NO MODIFICADAS POR EL PRESENTE ANEXO, CONTINÚAN VIGENTES.

././.



ANEXO INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

CONDICIÓN PRIMERA. OBJETO DEL ANEXO. EL PRESENTE ANEXO DE AMPARO ADICIONAL TIENE POR OBJETO AMPARAR CONTRA EL RIESGO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL A LOS MIEMBROS DEL GRUPO ASEGURADO, SIENDO ESTOS LOS EMPLEADOS QUE SE ACOJAN AL PLAN DE COMPENSACIÓN FLEXIBLE DE LA EMPRESA TOMADORA DEL SEGURO.

EL PRESENTE ANEXO SE OTORGA MEDIANTE CONVENIO EXPRESO QUE CONSTARÁ EN EL CUADRO DE AMPAROS DE LA PÓLIZA.

CONDICIÓN SEGUNDA. DEFINICIÓN DEL AMPARO.

INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL. LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL BENEFICIARIO LA SUMA QUE RESULTE DE MULTIPLICAR LOS DÍAS DE INCAPACIDAD POR EL MONTO DESALARIZADO DIARIO, SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, UN ASEGURADO CUBIERTO POR EL PRESENTE SEGURO SUFRE UNA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL QUEDANDO INCAPACITADO PARA GENERAR LOS INGRESOS QUE PERCIBÍA EN EL DESEMPEÑO DE SU ACTIVIDAD ACTUAL.

SON CONDICIONES INDISPENSABLES PARA LA OPERANCIA DE ESTE AMPARO QUE:

- a. EL ASEGURADO TENGA UN CONTRATO DE TRABAJO A TÉRMINO INDEFINIDO O A TERMINO FIJO.
- b. LA INCAPACIDAD ESTÉ DEBIDAMENTE CERTIFICADA POR UN MÉDICO ADSCRITO A LA EPS O ARL A LA CUAL SE ENCUENTRE AFILIADO EL ASEGURADO.

QUE LA INCAPACIDAD NO HAYA SIDO CAUSADA, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, POR ACCIÓN U OMISIÓN DEL ASEGURADO.

CONDICIÓN TERCERA. EXCLUSIONES GENERALES. LA COBERTURA PARA ESTES AMPAROS ESTÁ SUJETA A LAS EXCLUSIONES QUE SE ENUNCIAN A CONTINUACIÓN, Y EN CONSECUENCIA **LA COMPAÑÍA** NO PROCEDERÁ A BRINDAR COBERTURA DE NINGUNA ÍNDOLE CON OCASIÓN DEL PRESENTE ANEXO, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS O CUANDO LA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL PRODUCTO DE UN ACCIDENTE O UNA ENFERMEDAD, TENGA ORIGEN DIRECTO O INDIRECTO EN

A) ACCIDENTES ORIGINADOS POR LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN:

- ACTOS DELICTIVOS O CONTRAVENCIONES DE ACUERDO A LA LEY PENAL, EN LOS QUE PARTICIPE DIRECTA O INDIRECTAMENTE EL ASEGURADO.
- VIAJES EN CUALQUIER MEDIO DE TRANSPORTE AÉREO, EXCEPTO CUANDO SE REALIZA EL VIAJE COMO PASAJERO DE UNA AEROLÍNEA COMERCIAL DEBIDAMENTE AUTORIZADA POR LAS AUTORIDADES RESPECTIVAS.
- PRUEBAS O CARRERAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD DE VEHÍCULOS DE CUALQUIER TIPO.
- PRÁCTICA PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE INCLUIDO PERO NO LIMITADO A DEPORTES DE ALTO RIESGO DE CUALQUIER CLASE Y DEPORTES QUE INVOLUCREN EL USO DE EQUIPOS, MEDIOS O MÁQUINAS DE VUELO O DEPORTES CON LA INTERVENCIÓN DE ALGÚN ANIMAL.
- RADIACIONES IONIZANTES O CONTAMINACIÓN POR RADIOACTIVIDAD DE COMBUSTIBLE NUCLEAR O DE CUALQUIER RESIDUO NUCLEAR PRODUCIDO POR COMBUSTIÓN DE COMBUSTIBLE NUCLEAR, RADIOACTIVO, TÓXICO, EXPLOSIVO O CUALQUIER OTRA PROPIEDAD PELIGROSA DE UN EXPLOSIVO NUCLEAR O DE SUS COMPONENTES.
- ACTOS DE GUERRA (INTERNA O EXTERNA, DECLARADA O NO).

- ACTOS TERRORISTAS.
- ACTIVIDADES PELIGROSAS COMO LA MANIPULACIÓN DE EXPLOSIVOS O ARMAS DE FUEGO.

B) LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- CUANDO EL ASEGURADO TENGA MENOS DE 18 AÑOS O MÁS DE 65 AÑOS DE EDAD AL MOMENTO DE INGRESAR AL SEGURO.
- CUANDO EL ASEGURADO NO ESTÉ AFILIADO Y COTIZANDO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA.
- CUANDO EL ASEGURADO TRABAJE A DESTAJO O CON DEDICACIÓN PARCIAL DE SU TIEMPO.
- CUANDO EL ASEGURADO NO RESIDA EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.
- CUALQUIER ENFERMEDAD MENTAL DE CUALQUIER TIPO Y SUS CONSECUENCIAS, TALES COMO ESTRÉS, ANSIEDAD, DEPRESIÓN O DESORDENES NERVIOSOS.
- ENFERMEDADES PREEXISTENTES EN RAZÓN DE LAS CUALES EL ASEGURADO HAYA SIDO ATENDIDO Y TRATADO MÉDICAMENTE, ANTERIORES A LA FECHA INICIO DE VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.
- INTENTO DE SUICIDIO.
- LESIONES, PADECIMIENTOS, ENFERMEDADES O CUALQUIER INCAPACIDAD INTENCIONALMENTE CAUSADA O AUTO INFERIDAS, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O INCAPACIDAD MENTAL.
- ENVENENAMIENTO DE CUALQUIER ORIGEN O NATURALEZA, EXCEPTO SI EN LA DOCUMENTACIÓN APORTADA POR EL ASEGURADO AL MOMENTO DE PRESENTACIÓN DE LA RECLAMACIÓN SE EVIDENCIA QUE EL MISMO TUVO EL CARÁCTER DE ACCIDENTAL.
- INTENTO DE HOMICIDIO DEL ASEGURADO, CUANDO ÉSTE SE ENCUENTRE PARTICIPANDO DIRECTAMENTE O INDIRECTAMENTE EN ACTOS DELICTIVOS O CONTRAVENCIONES.
- ACCIDENTES QUE SE ORIGINEN DEBIDO A QUE EL ASEGURADO ESTABA BAJO LA INFLUENCIA DE ALGÚN MEDICAMENTO O DROGA ENERVANTE, ESTIMULANTE O SIMILAR, EXCEPTO SI FUERON PRESCRITOS POR UN MÉDICO; ASÍ COMO LOS QUE SE ORIGINEN COMO CONSECUENCIA DE LOS EFECTOS DEL ALCOHOL.
- ACTOS DE GUERRA (INTERNA O EXTERNA, DECLARADA O NO).
- ACTOS TERRORISTAS
- MATERNIDAD O PATERNIDAD

CONDICIÓN CUARTA. DEFINICIONES.

Actividades peligrosas: se define como actividad peligrosa toda actividad, que una vez desplegada, ejercitada o ejecutada genera más probabilidades de daño de las que normalmente está en capacidad de soportar por sí solo, un hombre común y corriente.

Acto de guerra: se entiende por acto de guerra cualquier actividad, hecho o circunstancia que implique la lucha armada entre dos o más estados, así como cualquier enfrentamiento bélico cuyo conflicto armado tenga lugar y desarrollo al interior del país, bien sea que dichas circunstancias se encuentren o no formalmente declaradas y reconocidas por el estado.

Acto terrorista: se entiende por acto terrorista la ejecución, desarrollo y/o despliegue de cualquier actividad que provoque o mantenga en estado de zozobra o terror a la población o a un sector de ella, mediante actos que pongan en peligro la vida, la integridad física o la libertad de las personas, las edificaciones o medios de comunicación, transporte, procesamiento, conducción de fluidos o fuerzas motrices, valiéndose de medios capaces de causar estragos.

Tomador: persona natural o jurídica que por cuenta propia o ajena traslada los riesgos a favor de una persona natural.

Asegurado: es la persona mayor de 18 años y menor de 60 años al momento de emitirse este amparo adicional,

quien tendrá cobertura hasta el aniversario de la póliza más cercano a aquel en que cumpla la edad mínima establecida por la ley para acceder a la pensión de vejez.

Evento: todo hecho cuyas consecuencias estén garantizadas por alguna de las coberturas del seguro.

Exclusiones: se refiere a todos aquellos hechos, situaciones o condiciones no cubiertos por el contrato de seguro por ministerio de la ley, o que se encuentran expresamente indicados en las condiciones generales y/o particulares de la póliza, junto con los expresamente establecidos en la carátula de la póliza y en la solicitud certificado individual de seguro.

Incapacidad total temporal: se entiende como incapacidad total temporal, la condición médica que sufra el asegurado como consecuencia de un accidente o enfermedad que le impida de forma total y temporal generar los ingresos que percibía por el desempeño de su actividad actual. La incapacidad se deberá extender por un periodo de tiempo determinado y no de manera permanente. Dicha incapacidad debe ser ocasionada y diagnosticada dentro de la vigencia de la póliza de seguro y haber existido por un periodo continuo no mayor a ciento ochenta (180) días corrientes continuos, y no haber sido provocada por el asegurado.

Período de carencia: corresponde al período mínimo de tiempo contado desde el inicio de vigencia de la cobertura individual, durante el cual el asegurado no tiene derecho a recibir ninguna indemnización frente a la ocurrencia de un evento.

Período de espera: es el plazo mínimo durante el cual el asegurado debe estar incapacitado para tener derecho a la indemnización.

Preexistencias: diagnóstico de una enfermedad con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

Trabajo o labor: se entiende como toda actividad humana libre, ya sea material o intelectual, permanente o transitoria, que una persona natural ejecuta conscientemente al servicio de otra, y cualquiera que sea su finalidad. Para el caso de la cobertura de incapacidad total y temporal, se hace exigible que el servicio prestado por la persona natural se efectúe en ejecución de un contrato de trabajo a término fijo o contrato a término indefinido.

Valor asegurado: el valor o valores asegurados será (n) el (los) señalado (s) en la carátula de la póliza, en el certificado individual de seguro y en las condiciones generales y/o particulares de la póliza.

CONDICIÓN QUINTA. INCAPACIDADES SEPARADAS, CONCURRENTES Y SUCESIVAS:

Los beneficios de este amparo adicional son pagaderos por cada incapacidad separada.

Si el asegurado tiene reclamaciones por incapacidades concurrentes o sucesivas que se deban a la misma causa o a una causa relacionada, para que puedan ser consideradas como incapacidades separadas, deberá regresar al trabajo de tiempo completo y en forma continua por lo menos durante dos (2) días.

Si dos (2) o más incapacidades concurrentes o sucesivas no son consideradas como incapacidades separadas, ellas se tratarán como una sola incapacidad y por lo tanto:

- a) Serán reducidas a un solo periodo de espera, y
- b) Estarán sujetas a todas las condiciones de esta póliza que limitan los beneficios pagaderos por una sola incapacidad.

CONDICIÓN SEXTA. PERIODO DE ESPERA:

De conformidad con la definición enunciada, se establece un período de espera para cada incapacidad laboral total temporal así:

Para incapacidad por accidente o enfermedad laboral, el beneficio se pagará a partir del segundo (2°) día continuo de incapacidad. Incluido el 2° día.

Para incapacidad por enfermedad o accidente no laboral, el beneficio se pagará a partir del tercer (3°) día continuo de incapacidad. Incluido el 3° día.

El beneficio se pagará hasta el evento que ocurra primero, entre los siguientes eventos:

- Hasta la fecha en que el asegurado ya no este incapacitado para trabajar de acuerdo con las definiciones contenidas en esta póliza.
- Hasta la fecha en que alguna de las entidades de la seguridad social en Colombia con facultades legales para hacerlo, determine y califique la pérdida de la capacidad laboral del asegurado como total y permanente.
- Hasta el día en que el contrato de trabajo del asegurado termine por cualquier causa.
- Hasta la fecha en que el trabajador comience a recibir su pensión de vejez.
- Hasta la fecha en que ocurra la muerte del trabajador incapacitado.

CONDICIÓN SÉPTIMA. PERIODO DE CARENCIA PARA ENFERMEDADES. Para los efectos de este amparo de incapacidad total temporal se aplicará un período de carencia de treinta (30) días calendario cuando la incapacidad sea por enfermedad de origen común o laboral. Tratándose de incapacidades por accidente, no se aplicará ningún periodo de carencia.

CONDICIÓN OCTAVA. PAGO DE SINIESTRO.

Una vez acreditada la ocurrencia y cuantía del siniestro de acuerdo al artículo 1077 del código del comercio, **La Compañía** pagará la indemnización a que está obligada por el presente amparo adicional, por mensualidades vencidas y una vez aplicados los períodos de carencia y espera correspondientes, dentro del término legal de un (1) mes, contado a partir de la fecha en que se acreditó la ocurrencia del siniestro.

El monto de dichos pagos se calculará a partir del segundo (2°) día continuo de incapacidad laboral por accidente o enfermedad laboral, o a partir del tercer (3°) día continuo de incapacidad por enfermedad no laboral. Los pagos se efectuarán mientras la incapacidad subsista, pero sin exceder en ningún caso, alguno de los siguientes límites:

- 179 días en total por accidente o enfermedad laboral o 178 días en total por enfermedad no laboral,
- El valor de la indemnización se calculará con base al valor desalarizado diario del asegurado, reportado a **La Compañía** correspondiente al periodo en que haya estado incapacitado para trabajar.

La Compañía podrá examinar al asegurado mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente amparo adicional, con el fin de comprobar la existencia y continuidad de la incapacidad total temporal del asegurado. Los gastos de los exámenes médicos correrán por cuenta de **La Compañía**.

La mala fe del asegurado o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de un siniestro, causara la pérdida de tal derecho.

//.



ANEXO
AUXILIO POR MATERNIDAD

CONDICIÓN PRIMERA. OBJETO DEL ANEXO. EL PRESENTE ANEXO DE AMPARO ADICIONAL TIENE POR OBJETO AMPARAR CON UN AUXILIO ECONÓMICO A LA EMPLEADA PROGENITORA DEL RECIÉN NACIDO VIVO QUE HAYA COTIZADO ININTERRUMPIDAMENTE AL SISTEMA DURANTE TODO SU PERIODO DE GESTACIÓN EN CURSO.

EL PRESENTE ANEXO SE OTORGA MEDIANTE CONVENIO EXPRESO QUE CONSTARÁ EN EL CUADRO DE AMPAROS DE LA PÓLIZA.

CONDICIÓN SEGUNDA. DEFINICIÓN DEL AMPARO.

AUXILIO POR MATERNIDAD. LA COMPAÑÍA PAGARÁ A LA BENEFICIARIA LA SUMA ÚNICA ASEGURADA EXPRESAMENTE INDICADA EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, POR EL ALUMBRAMIENTO QUE SE DE DESPUÉS DE LAS DIECIOCHO SEMANAS DE LA PRIMERA EMISIÓN DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

NO HABRÁ CUBRIMIENTO DE EMBARAZOS PREEXISTENTES, SALVO QUE ESTÉN CUBIERTOS BAJO LA CONTINUIDAD DE COBERTURA INDICADA EN LAS CONDICIONES GENERALES.

LIMITE DE LA COBERTURA. MEDIANTE ESTE AMPARO ADICIONAL SE CUBRIRÁ HASTA EL NUMERO DETERMINADO DE EVENTOS POR VIGENCIA DEL SEGURO QUE SE ESTIPULEN EN LAS CONDICIONES PARTICULARES.

..