

**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**
- 1.3. ANEXOS OPCIONALES DE ASISTENCIAS**
  - 1.3.1. EMERGENCIA ODONTOLOGICA**

**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.**

**SECCION II**

**CONDICIONES GENERALES**

**COLMENA Seguros - 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 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 medicamentadas 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.

**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.

**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.

En el seguro de vida grupo contributivo el asegurado se obliga a mantener vigente la autorización de descuento para que el tomador pueda trasladar el pago de la prima a la aseguradora en los términos pactados.

**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.

En la presente póliza el grupo asegurable serán todas las personas clientes de la entidad tomadora del Seguro, que residan en el territorio Colombiano.

**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 - MODALIDAD DEL SEGURO**

La presente póliza de seguro de vida Grupo, tiene la modalidad de contributivo. Es decir cuya prima es sufragada, en su totalidad o en parte, por los miembros del grupo asegurado.

**CONDICION OCTAVA - EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA**

AMPARO	INGRESO	PERMANENCIA
Muerte por cualquier causa	18 – 60 años	65 años
Invalidez	18 – 55 años	60 años
Indemnización Adicional por Muerte O Invalidez Accidental	18 – 55 años	60 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 indicada en el certificado individual de seguro, la cual corresponderá a las 00:00 horas del día siguiente a la validación y activación por parte de la Compañía de su calidad de Asegurado con la declaración de asegurabilidad y registro de sus datos personales en la póliza de vida grupo del Tomador.

**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 - MAXIMO DE SEGURO INDIVIDUAL**

Los amparos y valores asegurados por persona, serán los indicados en el anexo No.1. Tabla de amparos y valores asegurados según plan escogido.

El máximo de seguro individual en una o varias pólizas contratadas por tele mercadeo u otro canal de mercadeo, que el Asegurado suscriba con la Compañía será de TRESCIENTOS MILLONES DE PESOS MCTE.

En esta suma máxima se incluyen todos los seguros que el Asegurado contrate a través de diferentes Tomadores.

La Compañía devolverá al Asegurado los valores en exceso recibidos por concepto de primas, cuando se compruebe que por error, por parte del Tomador o de la Compañía, se han registrados Seguros del mismo asegurado que superan la suma indicada como máxima asegurada.

**CONDICION DÉCIMA QUINTA - 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 se hiciera 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 SEXTA - FORMA PAGO DE PRIMAS**

Los pagos de prima de la presente póliza se podrán realizar de las siguientes formas:  
 Mensual, trimestral, semestral o anual.

#### CONDICION DÉCIMA SEPTIMA - 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** dispone de un plazo de un mes, para el pago de la prima anual o de las cuotas de prima subsiguientes a la primera, en caso de fraccionamiento.

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.

En el seguro de vida grupo contributivo el asegurado se obliga a mantener vigente la autorización de descuento para que el tomador pueda trasladar el pago de la prima a la aseguradora en los términos pactados.

#### CONDICION DÉCIMA OCTAVA- 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 DÉCIMA NOVENA - 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 sub-estándar 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 - 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 PRIMERA - RECLAMACIÓN

El **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 diagnóstico 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.

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 SEGUNDA - 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 TERCERA - INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE EDAD**

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

- 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).
- 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
- 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 CUARTA - 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 adicionales solicitados.

**CONDICION VIGÉSIMA QUINTA - 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 SEXTA - 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 VIGÉSIMA SÉPTIMA - DERECHO DE INSPECCIÓN**

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

**CONDICION VIGÉSIMA OCTAVA - 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 VIGÉSIMA NOVENA - 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 TRIGÉSIMA - 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 TRIGÉSIMA PRIMERA - 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 TRIGÉSIMA SEGUNDA - 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 TRIGÉSIMA TERCERA - 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 TRIGÉSIMA CUARTA - 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 TRIGÉSIMA QUINTA - AUTORIZACION  
HISTORIA CLINICA**

Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, Los Asegurados autorizan expresamente a COLMENA Seguros 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, aún después del fallecimiento del Asegurado.

./.