

Señores

Superintendencia Financiera de Colombia

Delegatura para Funciones Jurisdiccionales

Calle 7 No. 4 – 49

E. S. D.

REF. ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO

DEMANDANTE: YIMI ARTUNDUAGA YUNDA.

DEMANDADOS: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA EC Y OTROS.

RADICADO: 2022193719

EXPEDIENTE: 2022-5693

**ASUNTO: RESPUESTA AL REQUERIMIENTO OFICIOSO DE PRUEBAS Y SOLICITUD DE
AMPLIACIÓN DEL TÉRMINO**

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá D.C., abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado especial de la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, sociedad legalmente constituida, identificada con NIT 860.524.654-6, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá D.C., conforme al poder que obra en el expediente. comedidamente procedo a presentar la **CUMPLIMIENTO DEL DECRETO OFICIOSO DE PRUEBAS** dentro de la acción de protección promovida por el señor Yimi Artunduaga en contra de Aseguradora Solidaria de Colombia EC, en los siguientes términos:

I. RESPUESTA AL REQUERIMIENTO Y SOLICITUD DE AMPLIACIÓN DE TÉRMINO

REQUERIMIENTO 1. Copia integral de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores, de los certificados individuales donde figure el demandante como asegurado, junto con sus condiciones particulares y generales; así como la copia de sus certificados individuales de expedición, modificación, renovación y cancelación acompañados de los respectivos comprobantes de notificación al asegurado, allegando para este propósito copia de los documentos entregados y las constancias de entrega correspondientes.

RESPUESTA: Se adjunta: (i) la Solicitud Individual para Seguro de Vida Grupo Deudores, (ii) Copia de la Póliza Vida Grupo Número 994.000.000.003 y condiciones particulares, (iii) Copia de la Póliza Vida Grupo Número 994000000002 y sus condiciones particulares y (iv) Condiciones generales.

Frente al comprobante de entrega de la póliza al asegurado, debe decirse que es la propia firma del

mismo sobre el certificado individual de seguro. No obstante, sobre este particular, debe tomarse en consideración lo preceptuado por el artículo 2.36.2.2.8 del Decreto 2555 de 2010 que dispone lo siguiente:

“Artículo 2.36.2.2.8. (Artículo modificado por el artículo 2 del Decreto 1534 de 2016). Información al deudor. Una vez se adjudique la licitación, la institución financiera deberá informar al deudor, a través del medio en el que recibe regularmente sus extractos o estados de cuenta del producto al que se asocia el seguro, o por el medio que éste haya autorizado con anterioridad:

(...)

Una vez la institución financiera ha tomado el seguro por cuenta del deudor y ha recibido la póliza de parte de la aseguradora, tendrá quince (15) días hábiles para entregar al deudor una copia de la póliza respectiva, así como publicar en su página web los términos y condiciones del seguro tomado.

La entrega de la copia de la póliza podrá efectuarse por cualquiera de los medios previstos en el Código de Comercio o en la Ley 527 de 1999 y sus modificaciones. En todo caso la entidad financiera deberá proveer una copia de la póliza y los términos y condiciones del seguro en forma física si el deudor así lo requiere.”

REQUERIMIENTO 2. Certificación suscrita por el Representante Legal, de las primas pagadas por concepto de las pólizas objeto de la presente litis

RESPUESTA: En atención a lo dispuesto en el artículo 117 del Código General del Proceso, **solicito** respetuosamente a la Delegatura la ampliación del término para allegar la “Certificación suscrita por el Representante Legal de las primas pagadas por concepto de las pólizas de la presente litis”. Lo anterior, como quiera que, en este momento la Compañía se encuentra en proceso de obtención de la totalidad de los insumos. Sin embargo, por el flujo de información requerida para satisfacer el objeto de la prueba, a la fecha no se ha podido obtener, siendo necesario un término de por lo menos diez (10) días hábiles adicionales al término inicialmente otorgado.

REQUERIMIENTO 3. Copia completa del expediente suscripción de la póliza materia de este proceso.

RESPUESTA: Se adjunta: Se adjunta: (i) la Solicitud Individual para Seguro de Vida Grupo Deudores, (ii) Copia de la Póliza Vida Grupo Número 994.000.000.003 y condiciones particulares, (iii) Copia de la Póliza Vida Grupo Número 994000000002 y sus condiciones particulares y (iv)

Condiciones generales

REQUERIMIENTO 4. Copia de las comunicaciones cruzadas con la parte demandante incluyendo la solicitud de indemnización y posterior documentación generada con ella.

RESPUESTA: Comedidamente manifestamos que al interior de la compañía no hay registro de reclamaciones efectuadas por el señor Yimi Artunduaga a Aseguradora Solidaria de Colombia E.C.

REQUERIMIENTO 5. Licitación, contrato o convenio y/o cualquier otro documento contentivo de las condiciones del vínculo contractual existente entre ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y BANCO GNB SUDAMERIS S.A., vigente para la fecha de expedición de la póliza que sirve de base a esta controversia.

RESPUESTA: Se remite licitación.

REQUERIMIENTO 6. Políticas para el ofrecimiento y comercialización de la póliza que es base de esta acción.

RESPUESTA: El proceso se realiza mediante lo contentivo en la licitación, la cual se adjunta.

Del señor Juez, respetuosamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. N° 19.395.114 de Bogotá

T.P. N° 39.116 del C. S. de la J.

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**
8430000631

PÓLIZA No: 843 - 16 - 994000000002 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS				COD. AGENCIA: 843				RAMO: 16						
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
29	8	2018	31	7	2018	23:59	31	7	2019	23:59	365	29	8	2018
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE			A LAS			VIGENCIA HASTA			A LAS		
TIPO DE MOVIMIENTO: NEGOCIO NUEVO						TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION								

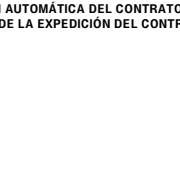
NOMBRE: BANCO GNB SUDAMERIS S A		IDENTIFICACIÓN: NIT 860050750-1	
DIRECCIÓN: CR 7 75 85		CIUDAD: BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL	
		TELÉFONO: 3387200	

ASEGURADO: PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO		IDENTIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN:		CIUDAD:	
		TELÉFONO:	
BENEFICIARIO: POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA		IDENTIFICACIÓN:	

CATEGORIA: DEUDORES DEL BANCO- LIBRANZA	
AMPAROS	SUMA ASEGURAD
AMPARO BASICO DE MUERTE	350000000.00
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	350000000.00
AUXILIO FUNERARIO	1000000.00
RENTA MUERTE Y/O ITP	1800000.00
CATEGORIA: CONTINUIDAD	
AMPAROS	SUMA ASEGURAD
AMPARO BASICO DE MUERTE	350000000.00
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	350000000.00
AUXILIO FUNERARIO	1000000.00
RENTA MUERTE Y/O ITP	1800000.00
TEXTOS POLIZA	
CONDICIONES TÉCNICAS MINIMAS OBLIGATORIAS SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES LIBRANZA BANCO GNB SUDAMERIS	
VIGENCIA: 01 DE AGOSTO DE 2018 A LAS 00:00 HORAS, HASTA EL 31 DE JULIO DE 2019 A LAS 24:00 HORAS.	
1. TOMADOR	
Banco GNB Sudameris, en adelante el "Banco".	
2. ASEGURADOS	
Personas que adquieran una deuda con el Banco mediante la modalidad de libranza.	
3. BENEFICIARIO	
Por los amparos de fallecimiento e incapacidad total y permanente, será el Banco a título oneroso hasta el monto del saldo insoluto de la deuda. Para los demás amparos el beneficiario será el deudor asegurado, sus beneficiarios designados o los de Ley.	
TEXTOS CONTINUAN (Ver Textos Poliza).....	

VALOR ASEGURADO TOTAL: *****0.00	VALOR PRIMA: *****0.00	GASTOS EXPEDICION:	IVA: *****0.00	TOTAL A PAGAR: *****0.00
-------------------------------------	---------------------------	--------------------	-------------------	-----------------------------

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE	CLAVE	%PART	VALOR ASEGURADO
AON RISK SERVICES COLOMBIA S.A CORRE	21	100	

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.	
 FIRMA ASEGURADOR	 FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

C6DC23780F0FFC785C

CLIENTE



JGUAYACAN843 0

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601. ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS S A ID. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000002** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**
ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

4. INTERÉS ASEGURABLE

El Banco tiene interés asegurable en las personas, cuya muerte o incapacidad pueden ocasionarle un perjuicio económico.

5. VALOR ASEGURADO

El valor asegurado para cada deudor será el saldo insoluto de la deuda reportada por el Tomador, incluyendo capital no pagado más los intereses corrientes y de mora, sobregiros y primas de seguro, y cualquier otra suma que se relacione con la misma operación de crédito.

El valor máximo asegurado es el equivalente a \$350.000.000, por deudor en una o varias operaciones de crédito. Los créditos que superen el monto antes mencionado serán objeto de un estudio por parte de la Aseguradora.

6. GRUPO ASEGURABLE

Lo constituyen los deudores del Banco que sean personas naturales, mediante la línea de crédito de Libranza.

7. VIGENCIA

Desde las 00:00 horas del día 1º de Agosto de 2018 hasta las 00:00 horas del día 1º de Agosto de 2020. La póliza se expedirá por vigencias anuales.

8. OBJETO DEL SEGURO

Protección de los deudores del Banco, conformado por los deudores principales, deudores solidarios o codeudores.

9. COBERTURAS BÁSICAS

- Muerte por cualquier causa no excluida, incluyendo suicidio, homicidio y SIDA No preexistente, desde el primer día de inicio de vigencia del seguro para cada deudor.
- Incapacidad total y permanente, incluyendo la tentativa de homicidio y las lesiones por intento de suicidio.
- Auxilio funerario, por un monto de un millón de pesos (\$1.000.000) por deudor, sin cobro de prima adicional.
- Renta por muerte y/o incapacidad total permanente, por un monto de trescientos mil pesos (\$300.000) hasta seis (6) meses para un total de un millón ochocientos mil pesos (\$1.800.000) por deudor, sin cobro de prima adicional. El pago de la renta se puede hacer en un pago único.

10. DEFINICIÓN DE COBERTURAS

10.1 AMPARO BÁSICO DE MUERTE

La Aseguradora, se compromete a pagar la correspondiente suma asegurada al fallecimiento de cualquiera de las personas amparadas en la póliza, bajo las condiciones generales y particulares de la misma. Se incluye Suicidio, Homicidio, Terrorismo (siempre que el deudor asegurado no participe en estos actos terroristas) y SIDA (siempre que no sea preexistente), desde el inicio de vigencia del seguro para cada deudor.

Nota: Este amparo se extiende a cubrir la muerte presunta por desaparecimiento conforme a la definición de la Ley colombiana, es decir, siempre que medie fallo o sentencia por autoridad competente.

EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS S A ID. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **99400000002** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**
ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

10.2 AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Para todos los efectos del presente amparo se entiende por incapacidad total y permanente aquella incapacidad sufrida por el asegurado, que se produzca como consecuencia de lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona desempeñar totalmente su profesión u oficio habitual, siempre que dicha incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor de ciento veinte (120) días, no haya sido provocada por el asegurado, y haya sido calificada con una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%.

Se ampara la incapacidad total y permanente, cuando ésta, así como el evento que da origen a la misma, se produzca dentro de la vigencia de este amparo. De la misma forma, se amparan únicamente aquellos casos de incapacidad total y permanente cuya fecha de estructuración se encuentre dentro de la vigencia de la póliza. Las incapacidades producidas por enfermedades o patologías preexistentes solo podrán tener cobertura cuando estas sean manifestadas expresamente por el asegurado en la Declaración de Asegurabilidad. La incapacidad total y permanente deberá ser certificada por los entes autorizados en el Sistema General de Seguridad Social vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación (EPS, ARL, AFP, Junta Regional o Junta Nacional de calificación de invalidez) o mediante Acta de Junta Médica Laboral, Militar y/o de Policía.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considera como tal:

- a) La pérdida total e irrecuperable de la visión en ambos ojos, no preexistente.
- b) La amputación traumática o quirúrgica de ambas manos, a nivel de la articulación radio carpiana o por encima de ella.
- c) La amputación traumática o quirúrgica de ambos pies, a nivel de la articulación tibiotarsiana o por encima de ella.
- d) La amputación traumática o quirúrgica de toda una mano y de todo un pie, a nivel de las articulaciones ya definidas.

Se entiende como fecha del siniestro la fecha en que de acuerdo con el dictamen de calificación ejecutoriado se haya estructurado la pérdida de capacidad laboral definida.

PARÁGRAFO: La indemnización por el amparo de Incapacidad Total y Permanente no es acumulable al amparo de Muerte y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicha incapacidad, la Aseguradora quedará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere al seguro de Vida Grupo Deudores para el asegurado incapacitado.

EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

10.3 AMPARO ADICIONAL DE AUXILIO FUNERARIO

La Aseguradora indemnizará la suma de \$1.000.000 por fallecimiento de cualquiera de los deudores que formen parte del grupo asegurado, como un auxilio por concepto de servicios funerarios. El valor se pagará a los beneficiarios nombrados por el asegurado, o en su defecto, a los beneficiarios de ley. Este beneficio, se otorga siempre y cuando haya lugar a la indemnización por la cobertura Básica.

Este valor corresponde a una suma única a indemnizar, independientemente del número de obligaciones que tenga el deudor asegurado.

EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

10.4 AMPARO DE RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN POR MUERTE Y/O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

En caso de Fallecimiento o de Incapacidad Total y Permanente del deudor asegurado, la Aseguradora reconocerá una suma mensual de \$300.000 durante máximo seis (6) meses. Este beneficio, se otorga siempre y cuando haya lugar a la indemnización por la cobertura Básica o el anexo de Incapacidad Total Permanente.

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS ID. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000002** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**
ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

El valor total definido para este amparo corresponde a una suma única a indemnizar, independientemente del número de obligaciones que tenga el deudor asegurado.

EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

El amparo de incapacidad total y permanente y el auxilio de libre destinación por incapacidad total y permanente, no aplicarán si al momento de la valoración médica no fueron otorgados por la compañía de seguros.

11. DEFINICIÓN DE PREEXISTENCIA

Se entiende por condición médica preexistente, cualquier enfermedad que, con anterioridad a la inclusión del Asegurado en la póliza, se haya manifestado, contraído, diagnosticado o por la cual el Asegurado haya recibido tratamiento. También se considerará como condición médica preexistente las consecuencias derivadas de la misma aun cuando tales consecuencias se manifiesten o diagnostiquen con posterioridad al ingreso del asegurado a la póliza.

También se considera condición médica preexistente, las lesiones o secuelas debidas a accidentes ocurridos antes de la inclusión del Asegurado en la póliza.

12. LÍMITES DE EDAD

PARA TODOS LOS AMPAROS DE LA PRESENTE PÓLIZA

- Mínimo para ingresar: 18 años
- Máximo para Ingresar: 75 años + 364 días
- Máximo de permanencia: Hasta la cancelación de la deuda, siempre que la póliza esté vigente con la Aseguradora

13. PROCEDIMIENTO PARA LA SUSCRIPCIÓN DEL SEGURO

Atendiendo los requisitos de asegurabilidad contenidos en la Tabla de Requisitos indicada en la presente oferta, la Aseguradora hará una evaluación del riesgo para determinar la aceptación o rechazo del seguro.

14. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD NUEVOS DEUDORES

Independientemente del valor asegurado, edad y estado del riesgo, las siguientes personas deberán cumplir con valoración médica respectiva:

1. Pensionados por sanidad o invalidez.

2. Cuando el cliente haya ido al médico con anterioridad y el crédito actual tenga extra prima, excepto en aquellos casos en los cuales el deudor asegurado haya sido calificado como riesgo sub estándar, se autoriza para refinanciaciones, normalizaciones y reestructuraciones hasta veinte (20) millones adicionales a lo inicialmente aprobado en la calificación médica, sin necesidad de actualizar requisitos de asegurabilidad, siempre que la calificación no supere un año (1) de vigencia.

3. Cuando se declaren las siguientes enfermedades:

- Cáncer / Tumores.
- Infección por VIH (Sida).
- Accidente cerebro vascular (ACV).
- Enfermedades neurológicas.
- Enfermedades hepáticas.
- Pulmones.
- Otra enfermedad (diferente a las mencionadas, a las estándar y las extraprimadas)

TABLA DETALLE DE REQUISITOS SEGÚN MONTO Y EDAD

ENFERMEDAD DECLARADA PARA LOS NUMERALES 1, 2 Y 3:

- Monto asegurado Hasta \$60.000.000 y hasta 70 años:

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS D. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **99400000002** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**
ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

Solicitud individual, declaración de asegurabilidad, examen médico

- Monto asegurado de \$60.000.001 A \$100.000.000 y hasta 70 años:
Solicitud individual, declaración de asegurabilidad, examen médico

- Monto asegurado de \$100.000.001 A \$350.000.000 y hasta 70 años:
Solicitud individual, declaración de asegurabilidad, examen médico

ENFERMEDAD DECLARADA PARA LOS NUMERALES 1, 2 Y 3:

- Monto asegurado Hasta \$60.000.000 de 71 a 75 años:
Solicitud individual, declaración de asegurabilidad, examen médico

- Monto asegurado de \$60.000.001 A \$100.000.000 de 71 a 75 años:
Solicitud individual, declaración de asegurabilidad, examen médico, examen de orina, electrocardiograma (E.K.G.).

- Monto asegurado de \$100.000.001 A \$350.000.000 de 71 a 75 años:
Solicitud individual, declaración de asegurabilidad, examen médico, examen de orina, electrocardiograma (E.K.G.), cuadro hemático, triglicéridos, colesterol, glicemia, ácido úrico en sangre, creatinina en sangre, transaminasas (TGO Y TGP)

NO DECLARA NIGUNA ENFERMEDAD:

- Monto hasta \$60.000.000 y edad hasta 70 años:
Solicitud Individual, declaración de Asegurabilidad.

- Monto de \$60.000.001 hasta \$100.000.000 y edad hasta 70 años:
Solicitud Individual, declaración de Asegurabilidad.

- Monto de \$100.000.001 hasta \$350.000.000 y edad hasta 70 años:
Solicitud Individual, declaración de Asegurabilidad.

NO DECLARA NIGUNA ENFERMEDAD:

- Monto hasta \$60.000.000 y edad de 71 a 75 años:
Solicitud Individual, declaración de Asegurabilidad.

- Monto de \$60.000.001 hasta \$100.000.000 y edad de 71 a 75 años:
Solicitud individual, declaración de asegurabilidad, examen médico, examen de orina, electrocardiograma (E.K.G.).

- Monto de \$100.000.001 hasta \$350.000.000 y edad de 71 a 75 años:
Solicitud individual, declaración de asegurabilidad, examen médico. examen de orina, electrocardiograma (E.K.G.), cuadro hemático, triglicéridos, colesterol, glicemia, ácido úrico en sangre, creatinina en sangre, transaminasas (TGO Y TGP).

REQUISITOS PARA LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES DECLARADAS:

ENFERMEDADES MENTALES, CARDIACAS Y VASCULARES; TAQUICARDIAS Y/O ARRITMIAS, BLOQUEOS CARDÍACOS, RENALES, DIABETES MELLITUS, HIPOTIROIDISMO; HIPERLIPIDEMIA, COLESTEROL; TRIGLICÉRIDOS, CEGUERA, AMPUTACIONES DE CAUSA TRAUMÁTICA.

- Monto hasta \$60.000.000 y edad hasta 70 años:
Solicitud Individual, declaración de Asegurabilidad, ver tabla de extraprimas

- Monto de \$60.000.001 hasta \$100.000.000 y edad hasta 70 años:
Solicitud Individual, declaración de Asegurabilidad, examen médico.

- Monto de \$100.000.001 hasta \$350.000.000 y edad hasta 70 años:
Solicitud individual, declaración de Asegurabilidad, examen médico.

REQUISITOS PARA LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES DECLARADAS:

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS D. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000002** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**
ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

- Monto hasta \$60.000.000 y edad de 71 a 75 años:
Solicitud Individual, declaración de Asegurabilidad, ver tabla de extraprimas
- Monto de \$60.000.001 hasta \$100.000.000 y edad de 71 a 75 años:
Solicitud individual, declaración de asegurabilidad, examen médico, examen de orina, electrocardiograma (E.K.G.).
- Monto de \$100.000.001 hasta \$350.000.000 y edad de 71 a 75 años:
Solicitud individual, declaración de asegurabilidad, examen médico. examen de orina, electrocardiograma (E.K.G.), cuadro hemático, triglicéridos, colesterol, glicemia, ácido úrico en sangre, creatinina en sangre, transaminasas (TGO Y TGP).

ENFERMEDAD DECLARADA HIPERTENSION ARTERIAL:

- Monto hasta \$40.000.000 y edad hasta 70 años:
Solicitud Individual, declaración de Asegurabilidad, ver tabla de primas.
- Monto desde \$40.000.001 a \$60.000.000 y edad hasta 70 años:
Solicitud Individual, declaración de Asegurabilidad, examen médico.
- Monto desde \$60.000.001 a \$100.000.000 y edad hasta 70 años:
Solicitud Individual, declaración de Asegurabilidad, examen médico.
- Monto desde \$100.000.001 a \$350.000.000 y edad hasta 70 años:
Solicitud Individual, declaración de Asegurabilidad, examen médico.

ENFERMEDAD DECLARADA HIPERTENSION ARTERIAL:

- Monto hasta \$40.000.000 y edad de 71 a 75 años:
Solicitud Individual, declaración de Asegurabilidad, ver tabla de primas.
- Monto hasta \$40.000.001 a \$60.000.000 y edad de 71 a 75 años:
Solicitud Individual, declaración de Asegurabilidad, examen médico.
- Monto de \$60.000.001 hasta \$100.000.000 y edad de 71 a 75 años:
Solicitud individual, declaración de asegurabilidad, examen médico, examen de orina, electrocardiograma (E.K.G.).
- Monto de \$100.000.001 hasta \$350.000.000 y edad de 71 a 75 años:
Solicitud individual, declaración de asegurabilidad, examen médico. examen de orina, electrocardiograma (E.K.G.), cuadro hemático, triglicéridos, colesterol, glicemia, ácido úrico en sangre, creatinina en sangre, transaminasas (TGO Y TGP).

SIN IMPORTAR SI DECLARA O NO ENFERMEDADES

De \$350.000.001. en adelante. Para valores asegurados superiores a este monto, serán objeto de un estudio por parte de la Aseguradora:

- Solicitud Individual y Declaración de Asegurabilidad
- Examen Médico
- Examen de Orina
- Electrocardiograma (E.K.G.)
- Cuadro Hemático, Triglicéridos, Colesterol, Glicemia, Ácido Úrico en sangre, Creatinina en sangre, Transaminasas (TGO Y TGP).

El Rx del Tórax (Anteroposterior y Lateral) se solicitará a criterio del médico examinador, en pacientes grandes fumadores, antecedentes de asma, EPOC, sospecha de enfermedad pulmonar o de hipertrofia cardíaca. Costos por cuenta de la Compañía.

Todos los exámenes médicos exigidos, así como exámenes de laboratorio indicados deben ser asumidos por la Aseguradora, y estos serán efectuados por los médicos adscritos a la Compañía. La Aseguradora asumirá el costo de exámenes adicionales especializados que pudiese llegar a requerir un deudor en razón de su estado de salud.

Para los casos en los cuales se presente restablecimiento de la suma asegurada por refinanciación o por el otorgamiento de nuevos créditos, no se solicitará el cumplimiento de requisitos de asegurabilidad adicionales a los presentados para el desembolso del crédito inicial, siempre que no haya transcurrido más de un (1) año entre el crédito inicial y su restablecimiento, el valor asegurado total no supere la suma de \$100.000.000 y haya sido calificado como riesgo estándar.

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS D. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000002** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**
ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

15. PLAZO PARA LA ACEPTACIÓN O RECHAZO

Tratándose de ciudades donde la Aseguradora tenga Sucursal, la respuesta sobre las condiciones de aceptación de un nuevo cliente del Banco se dará así: En Bogotá en ocho (8) horas hábiles, ciudades fuera de Bogotá, veinticuatro (24) horas hábiles, contados desde la fecha de la práctica del examen médico.

16. PRÁCTICA DE EXÁMENES MÉDICOS

La Aseguradora pondrá a disposición del Banco, la red médica a nivel nacional, con presencia en los lugares donde el Banco cuente con oficinas.

De no contar con la totalidad de la red, la Aseguradora autorizará la práctica de los requisitos en un Centro Médico legalmente constituido y reembolsará el costo de los mismos a tarifas de la Aseguradora, en un plazo no mayor a 8 días.

Una vez se realice el examen médico y de laboratorio según el caso, el médico calificador emitirá el concepto médico dentro de los plazos establecidos en el numeral anterior.

CLAUSULA ESPECIAL DE NO APLICACIÓN DE EXAMENES MEDICOS

En caso de que el crédito no exceda de \$5.000.000 y haya respuestas afirmativas a la Declaración de Estado de Salud, el Departamento Médico de la Aseguradora evaluará el riesgo y definirá las condiciones de aceptación del mismo: Aceptado con extra prima, Declinado o Aplazado.

Así mismo, para los clientes que residan a más de una hora de distancia de la ciudad principal donde exista IPS contratada por la aseguradora, serán tramitados con solicitud individual de seguro para calificación médica. Y estos casos serán revisados de manera puntual con la aseguradora para su aprobación y definición de ingreso a la póliza, para créditos Hasta un monto máximo de \$25.000.000 de valor asegurado por cliente.

17. VALIDEZ DE LA CALIFICACIÓN MÉDICA Y DE LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

La calificación médica que emita la Aseguradora, tendrá validez hasta por un (1) año. La Declaración de Asegurabilidad tendrá igualmente una validez de hasta un (1) año.

18. AMPARO AUTOMÁTICO

Deudores con edad hasta 70 años:

Se otorga Amparo Automático desde el momento en que el Banco efectúe el desembolso del crédito, para los deudores con edad hasta 70 años que hayan diligenciado la solicitud correspondiente, contestando negativamente las preguntas sobre su salud y cuyos créditos o acumulación de créditos no superen los \$350.000.000. En caso de que alguna de las preguntas sobre salud allí realizadas sea contestada afirmativamente, el deudor deberá practicarse un examen médico y de laboratorio de acuerdo con la tabla de requisitos indicada en la presente invitación y su amparo se iniciará previa autorización de la Aseguradora.

Deudores con edad entre 71 y 75 años más 364 días:

Se otorgará Amparo Automático desde el momento en que el Banco efectúe el desembolso del crédito, para los deudores con edad entre 71 y 75 años más 364 días, que hayan diligenciado la solicitud correspondiente, contestando negativamente las preguntas sobre su salud y cuyos créditos o acumulación de créditos no superen los \$60.000.000. En caso de que alguna de las preguntas sobre salud allí realizadas sea contestada afirmativamente, el deudor deberá practicarse un examen médico y su amparo se iniciará previa autorización de la Aseguradora.

19. INICIO Y DURACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

La cobertura individual del seguro inicia desde la fecha del desembolso del crédito, siempre y cuando el solicitante haya cumplido previamente con los requisitos de asegurabilidad, y estará vigente hasta la terminación del plazo del crédito o hasta el pago de la totalidad de la deuda a cargo del deudor, incluyendo los procesos judiciales para su cobro, siempre que la póliza esté vigente con la Aseguradora.

Lo dispuesto anteriormente opera siempre y cuando el solicitante del crédito haya cumplido previamente con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la presente propuesta y medie aprobación formal de la Aseguradora en los casos que no encajen en lo establecido en la cláusula de amparo automático.

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS D. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000002** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**
ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

20. VIGENCIA DEL PROGRAMA DE SEGUROS

El programa de seguros tendrá vigencias anuales. En caso que la adjudicación se haga por el plazo máximo establecido que es de dos (2) años, la póliza se renovará por períodos iguales.

21. CLÁUSULAS ESPECIALES

21.1 CONTINUIDAD DE AMPARO:

Se otorga continuidad de amparo para los asegurados incluidos en la póliza actualmente vigente, en iguales condiciones de edad, calificación (riesgo normal o extra primado), con los mismos amparos y hasta los mismos valores asegurados. Esto significa, que cualquier enfermedad, tratamiento o lesión que se haya presentado en este período, la Compañía no los considerará preexistentes, y en caso de presentarse alguna reclamación por este motivo, no habrá lugar a Objeción.

21.2 CLÁUSULA ESPECIAL DE NO OBJECCIÓN DE RECLAMOS POR RETICENCIA:

La Aseguradora otorga un límite agregado anual de \$1.262.687.447 para indemnizar aquellos siniestros que sean objetados por reticencia, de acuerdo con lo expuesto en el artículo 1058 del Código de Comercio.

El pago de las indemnizaciones objeto de este límite agregado anual se hará al Banco teniendo en cuenta la suma asegurada. Esta cláusula se erosiona solamente con reclamaciones que afecten los amparos de Fallecimiento e Incapacidad Total Permanente.

El límite establecido para este amparo opera por cada anualidad, no tendrá restablecimiento en caso de agotarse en una sola vigencia anual y no es acumulable de una vigencia a otra. Podrán ser cargados a esta cláusula únicamente los siniestros ocurridos durante la vigencia anual, reclamados hasta dos (2) meses después del vencimiento de la anualidad.

Este límite se restablecerá al iniciar la siguiente anualidad y será incrementado en el mismo porcentaje que crezca el valor asegurado anual total de la póliza por efecto de colocación de nuevos créditos. Para establecer el porcentaje de incremento, se tomará el valor asegurado final de la vigencia, dividido sobre el valor asegurado inicial menos uno (1).

Los siniestros pagados contra la cláusula de no objeción, no generarán el reconocimiento o pago de los amparos adicionales de Auxilio Funerario, ni Renta por Fallecimiento o Incapacidad Total Permanente.

21.3 RETICENCIA E INEXACTITUD

El concepto de reticencia e inexactitud contemplado en el artículo 1058 del Código de Comercio se aplicará respetando el principio de causalidad, es decir, se objetará el pago del seguro solamente en aquellos casos en que la muerte o incapacidad se produzca por causas relacionadas directamente con los hechos materia de inexactitud o de reticencia en la declaración de asegurabilidad.

21.4 REVOCACIÓN UNILATERAL

En caso que la Aseguradora decida revocar o terminar el contrato de seguro dará aviso previo al Tomador con una anticipación de 180 días. El Tomador podrá revocar de manera unilateral el contrato de seguro en cualquier momento de su ejecución, sin que por ello hubiese lugar a la aplicación de las tarifas de corto plazo.

21.5 ERROR EN LA DECLARACIÓN DE LA EDAD

No se aplicarán las sanciones establecidas en el Código de Comercio correspondientes a los errores en la declaración de la edad, excepto cuando la edad real exceda el límite de aceptación de la póliza.

21.6 AMPLIACION DE AVISO DE RECLAMO A 120 DIAS

Cuando ocurra un siniestro que afecte los riesgos asegurados por la presente póliza, el Tomador lo comunicará por escrito a más tardar dentro de los 120 días siguientes contados a partir de la fecha que haya conocido o debido conocer la ocurrencia del siniestro.

21.7 EXTENSIÓN DE COBERTURA CONTRA FENÓMENOS DE LA NATURALEZA, ACTOS POLÍTICOS, SOCIALES, AMIT Y HMACC.

El seguro ofrecido a los deudores del Banco otorga cobertura por Fallecimiento o Incapacidad Total y Permanente ocasionada por estos eventos.

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS S A D. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000002** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**
ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

21.8 EXTENSIÓN DE COBERTURA A MUJERES EMBARAZADAS

La Aseguradora autoriza la inclusión automática en condiciones normales cuando la asegurada solicite un crédito, siempre y cuando haya diligenciado la solicitud correspondiente, contestando negativamente las preguntas sobre su salud. En caso contrario se debe practicar examen médico y la cobertura iniciará previa autorización de la Aseguradora.

21.9 EXTENSIÓN DE COBERTURA

21.9.1. A DEUDORES HIPERTENSOS

Los Deudores que manifiesten padecer Hipertensión Arterial, cuya deuda no exceda de \$40.000.000, podrán ser incluidos en la póliza aplicando una extra prima del 50%. Lo anterior significa que no deben ser remitidos a examen médico, a menos que declaren padecer alguna otra enfermedad.

21.9.2 Patologías con extraprima (TABLA DE EXTRAPRIMAS): Extra prima que será aplicada a las siguientes patologías (aplican para el amparo básico de vida y auxilio funerario):

- Enfermedades Mentales (neurosis, ansiedad, depresión, síndrome mental orgánico, trastorno de estrés pos trauma, epilepsia) % DE EXTRAPRIMA 50%
- Enfermedades cardíacas y vasculares (enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio, cirugía de corazón abierto, colocación de stent) % DE EXTRAPRIMA 75%
- Taquicardias y/o arritmias, bloqueos cardíacos% DE EXTRAPRIMA 25%
- Enfermedades Renales (IRC en diálisis) % DE EXTRAPRIMA 75%

Las siguientes enfermedades serán consideradas como riesgo estándar:

- | | |
|--|---|
| • Diabetes Mellitus | 0 |
| • Hipotiroidismo | 0 |
| • Hiperlipidemia | 0 |
| • Colesterol | 0 |
| • Triglicéridos | 0 |
| • Ceguera | 0 |
| • Amputaciones por causa traumática (accidente, mina antipersonal, terrorismo) | 0 |

21.9.3 EXTENSIÓN DE COBERTURA SIN RESTRICCIÓN DE ACTIVIDAD PARA POLÍTICOS Y MILITARES

A los Deudores que se desempeñen en estas actividades, sin importar la cuantía de la deuda, se les aplicará una extra prima de acuerdo con la siguiente tabla:

Valor máximo asegurado:

- Hasta \$30.000.000 millones, Tasa extra prima anual 2.00%; Tasa extra prima mensual 0.17%
- Más de \$30.000.001 millones, Tasa extra prima anual 2.50%; Tasa extra prima mensual 0.21%

22. PERIODICIDAD DE LOS COBROS - FACTURACIÓN Y PAGO DE PRIMAS DEL SEGURO DE VIDA GRUPO

La póliza será de reporte y cobro mensual mes vencido y la Aseguradora otorgará para el pago de la prima un plazo máximo de 70 días contados a partir de la fecha de inicio de vigencia del certificado mensual de cobro que la Aseguradora entregará al Banco. Vencido este plazo el no pago de las primas correspondientes producirá los efectos previstos en la Ley.

El Banco pagará las primas sobre facturación, incluidas las primas de los créditos en mora. No obstante, el Banco al inicio del programa podrá informar a la Compañía de Seguros su decisión de no asumir el pago de las primas de los créditos cuya mora supere determinado tiempo, caso en el cual para estos créditos no habrá cobertura del seguro.

23. FORMA DE COBRO DE LAS PRIMAS

La prima se cobrará mensualmente. Para el efecto, el Banco suministrará en forma mensual a la Aseguradora la base de datos de los deudores, con los saldos de cartera, incluidos los intereses corrientes, intereses de mora, sobregiros y primas de seguro, dentro de los primeros 10 días de cada mes.

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS S A ID. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000002** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**
ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

24. TERMINACION DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

El seguro terminará en forma individual respecto de cualquiera de los integrantes del grupo asegurado, al presentarse alguno de los siguientes hechos:

- Terminación o no renovación de la póliza.
- Revocación de la póliza matriz por parte del tomador.
- Revocación de certificados individuales de seguro por parte del tomador.
- Cuando el asegurado deje de pertenecer al grupo asegurable.
- Por el fallecimiento o declaratoria de incapacidad total y permanente del asegurado. Cuando la obligación se extinga íntegramente.
- Cuando el asegurado opte por contratar los seguros con otra aseguradora y ésta sea aceptada como garantía adicional por el Banco.
- Por el no pago de prima vencido el periodo de gracia.

En los demás casos estipulados en las disposiciones legales que reglamenta el seguro de vida grupo deudores.

25. PLAZO PARA PAGO DE INDEMNIZACIONES

Una vez acreditada la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, la Aseguradora pagará al Banco el monto indemnizable dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes a la formalización del reclamo.

26. DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES

A continuación, se relacionan los documentos necesarios para tramitar el pago de indemnizaciones de las diferentes coberturas.

Muerte Natural

- Original o fotocopia del Registro Civil de Defunción.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado.
- Certificado de la Solicitud Individual de Seguro.
- Certificación del saldo de la deuda.

Muerte Accidental

- Original o fotocopia del Registro Civil de Defunción.
- Fotocopia de la cédula del asegurado.
- Certificación de Fiscalía o autoridad competente donde establezca claramente la causa de la muerte.
- Certificación del Saldo de la deuda.
- Certificado de la Solicitud Individual del Seguro.

Incapacidad Total y Permanente

- Historia clínica completa.
- Fotocopia de la cédula del asegurado.
- Certificado de la Solicitud Individual del Seguro.
- Certificación del Saldo de la deuda.
- Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral emitida por entes autorizados en el Sistema General de Seguridad Social vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación (EPS, ARL, AFP, Junta Regional o Junta Nacional de calificación de invalidez) o mediante Acta de Junta Médica Laboral, Militar y/o de Policía.

27. Cláusula Especial de Flexibilización Documental para Reclamos con Saldo Insoluto de Deuda hasta \$3.000.000 (en uno o varios créditos):

En caso de fallecimiento del deudor se solicitará, como únicos requisitos, los siguientes:

- Original o fotocopia del Registro Civil de Defunción.
- Certificación del saldo de la deuda.

En caso de Incapacidad Total y Permanente: El asegurado que no tenga recursos para hacer el proceso de calificación de la pérdida de capacidad laboral, será valorado por los médicos de Medicina Laboral de la Aseguradora, asumiendo la Compañía el costo de la evaluación, previa presentación de la historia clínica completa.

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS D. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000002** ANEXO: **0**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**
ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

28. SERVICIO ESPECIAL PARA LA ATENCION DE SINIESTROS

ATENCION DE SINIESTROS DE VIDA POR PARTE DE LA ASEGURADORA, DIRECTAMENTE EN LA OFICINA PRINCIPAL DEL BANCO

La aseguradora ofrece para la atención de las reclamaciones del Seguro de Vida Grupo Deudores dos funcionarios, uno ubicado en la oficina principal del Banco y otro en la oficina principal de la aseguradora, con sistema en línea, con el fin de radicar, analizar y definir las reclamaciones en forma centralizada, con un compromiso de definición máximo de hasta 5 días contados a partir de la fecha de formalización de la reclamación.

Estos funcionarios tendrán una delegación para definir reclamos hasta la suma de cincuenta millones de pesos (\$50.000.000). Los casos que superen este valor serán definidos por la Dirección de Indemnizaciones, dentro del plazo ya convenido.

Esto permitirá al Banco tener celeridad en la atención y manejo de reclamaciones, información oportuna de siniestros, soporte y asesoría en el manejo de las reclamaciones y domiciliación de los pagos directamente a la cuenta que el Banco designe.

29. CONDICIONES ECONOMICAS

TASA ÚNICA POR MIL FULL AMPAROS

ANUAL: 6.36 %
MENSUAL: 0.53 %

SIN RECARGO POR FRACCIONAMIENTO

30. MODIFICACIONES A LA TASA POR SINIESTRALIDAD

Las siguientes serán las tablas de incrementos o descuentos de tasa aplicables a cada renovación de acuerdo con la siniestralidad:

TABLA DE AJUSTES

Siniestralidad Estimada	% para la Nueva Vigencia e Incremento
15,01% a 20,00%	Incremento: -69,23%
20,01% a 25%	Incremento: -61,54%
25,01% a 30%	Incremento: -53,85%
30,01% a 35%	Incremento: -46,15%
35,01% a 40%	Incremento: -38,46%
40,01% a 45%	Incremento: -30,77%
45,01% a 50%	Incremento: -23,08%
50,01% a 55%	Incremento: -15,38%
55,01% a 60%	Incremento: -7,69%
60,01% a 65%	Incremento: 0,00%
65,01% a 70%	Incremento: 7,69%
70,01% a 75%	Incremento: 15,38%
75,01% a 80%	Incremento: 23,08%
80,01% a 85%	Incremento: 30,77%
85,01% a 90%	Incremento: 38,46%
90,01% a 95%	Incremento: 46,15%
95,01% a 100%	Incremento: 53,85%
100,01% a 105%	Incremento: 61,54%
105,01% a 110%	Incremento: 69,23%
110,01% a 115%	Incremento: 76,92%
115,01% a 120%	Incremento: 84,62%
120,01% a 125%	Incremento: 92,31%
125,01% a 130%	Incremento: 100,00%
130,01% a 135%	Incremento: 107,69%
135,01% a 140%	Incremento: 115,38%
140,01% a 145%	Incremento: 123,08%
145,01% a 150%	Incremento: 130,77%

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS D. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000002** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**
ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

Para la aplicación de las tablas anteriores, a continuación, se explica la forma de medición del índice de siniestralidad: $IS = (SI + IBNR) / P$

Dónde:

- IS = índice de siniestralidad
- SI = Siniestros incurridos
- P = Primas emitidas de la vigencia
- IBNR = Reserva de siniestros no avisados que corresponde al 18% de SI

Siniestros incurridos es igual a: siniestros ocurridos y pagados durante la vigencia, más siniestros ocurridos y avisados durante la vigencia pendientes de pago. Los factores de recargo o descuento son aplicables a las tasas descritas en la presente propuesta.

La medición se hará tomando como base los 12 meses anteriores a la fecha en que se haga la revisión de la siniestralidad para el ajuste correspondiente.

31. CLÁUSULA DE PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

En caso de renovación, y de presentar utilidad técnica en la póliza, la Aseguradora reconocerá al BANCO GNB SUDAMERIS una participación de utilidades, para lo cual se tendrá en cuenta la siguiente fórmula:
 $PU = 30\% * ((60\% * P) - (SI + IBNR))$

Donde:

- PU = Participación de Utilidades
- P = Primas emitidas de la vigencia, efectivamente recaudadas
- SI = Siniestros incurridos
- IBNR = Reserva de siniestros no avisados que corresponde al 18% de SI

Siniestros incurridos es igual a: siniestros ocurridos y pagados durante la vigencia, más siniestros ocurridos y avisados durante la vigencia pendientes de pago. La liquidación de esta participación se hará luego de transcurridos tres (3) meses desde la terminación de la vigencia objeto de estudio.

32. DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para todos los efectos legales se fija como domicilio contractual la ciudad indicada como lugar de expedición en la carátula de la póliza.

33. NOTIFICACIONES

Cualquier notificación que deban hacerse las partes durante la ejecución de este contrato deberá consignarse por escrito y será prueba suficiente de la notificación la constancia del envío escrito por correo recomendado o certificado, dirigido a la última dirección registrada por las partes.

34. MODIFICACION ANUAL DE LAS CONDICIONES TECNICAS Y ECONOMICAS DEL PROGRAMA.

Mientras los contratos de reaseguro de la Aseguradora así lo permitan, los términos y condiciones aquí estipulados aplicarán para vigencias posteriores y máximo dos (2) años. Lo anterior sin perjuicio de aplicar ajustes necesarios a las tasas de acuerdo al resultado técnico del negocio.

En cada anualidad se entregará el Slip con los ajustes correspondientes para la nueva vigencia.

35. CONVENIO ESPECIAL DE ASISTENCIA JURÍDICA PARA LOS ASEGURADOS

En caso de fallecimiento del (los) asegurado(s), la Aseguradora pone a disposición de los beneficiarios de una ayuda inmediata, en forma de prestación de servicios de asistencia jurídica, bajo la modalidad de consultoría, en forma verbal a través de una línea telefónica dedicada o en forma presencial, en caso de muerte accidental o natural.

Al adquirir este producto el asegurado tiene la tranquilidad de saber que cuenta con un servicio de asistencia jurídica de primera calidad, mediante el cual tiene acceso a un abogado especializado que atenderá de manera ágil y oportuna sus inquietudes o consultas legales.

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS S A ID. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000002** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**
ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

35.1. COBERTURAS:

Las coberturas de asistencia jurídica se presentarán de acuerdo con las condiciones que se establecen a continuación:

35.1.1. Orientación Jurídica Telefónica:

En caso de fallecimiento de (los) asegurado(s), la Aseguradora realizará mediante una teleconferencia telefónica, una orientación jurídica en aspectos relativos a derecho civil y de familia, derecho penal, derecho administrativo y tributario, derecho mercantil, comercial derecho policivo y laboral, cuando el afiliado requiera adelantar una consulta en tales aspectos.

35.1.2. Emisión de conceptos jurídicos:

Previo análisis de la información aportada por el beneficiario y la evaluación de las inquietudes planteadas por el mismo, se emitirán un concepto jurídico en aspectos relativos a derecho civil y de familia, derecho penal, derecho administrativo y tributario, derecho mercantil, comercial derecho policivo y laboral.

35.1.3. Asistencia jurídica preliminar:

En caso de muerte natural o accidental la Aseguradora pondrá a disposición del grupo familiar asegurado, un abogado para que asesore de manera presencial en todos los trámites judiciales y administrativos previos que se requieran para adelantar la inhumación o la cremación del beneficiario fallecido.

35.1.4 Documentos:

En el evento de fallecimiento del asegurado, la Aseguradora proporcionará a solicitud de los beneficiarios, los recursos necesarios para adelantar las diligencias notariales y de registro que se requiera para la tramitación del reclamo. Esta cobertura tiene un límite de un SMMLV, que incluye los servicios de tramitador, fotocopias y autenticación.

36. ASISTENCIAS COMPLEMENTARIAS SIN COBRO DE PRIMA ADICIONAL

36.1. ASISTENCIA NUTRICIONAL TELEFÓNICA:

A solicitud del ASEGURADO se pondrá en contacto con un nutricionista de manera telefónica para orientar al cliente sobre alternativas alimentarias por condiciones bien sea de salud o médicas. Este servicio se prestará con un límite de 3 eventos al año.

36.2. MANEJO DE AGENDA (CITAS MEDICAS Y MEDICAMENTOS):

A solicitud del ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, se coordinará cualquier cita médica que solicite el ASEGURADO. Estos servicios serán proporcionados sin límite de eventos al año.

36.3. ORIENTACIÓN TELEFÓNICA TECNOLÓGICA:

En caso de presentarse una falla en el computador, ya sea configuración de periféricos y su instalación, instalación de anti spyware (ad ware), Instalación de anti virus y filtrado de contenidos, Instalación y configuración de SO y diagnóstico y asesoramiento en problemas del PC, el ASEGURADO tendrá acceso al técnico en línea, quien recibirá la llamada y realizará preguntas de diagnóstico para intentar solucionar o establecer vía telefónica el problema que aqueja al ASEGURADO. Este servicio se prestará con un límite de 3 eventos al año.

36.4. REFERENCIA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS:

Por solicitud del ASEGURADO, dará referencia de médicos especialistas a nivel nacional. Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

36.5. REFERENCIA SOBRE PLANES DE VIAJES:

Por solicitud del ASEGURADO, dará referencia sobre las mejores alternativas de viajes. Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

36.6 REFERENCIA DE CURSOS / TALLERES:

Por solicitud del ASEGURADO, dará referencia sobre cursos que existan disponibles para el adulto mayor. Este servicio se prestará sin límite de eventos al año

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS ID. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000002** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**
ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

PARAGRAFO 1. De cualquier manera, se deja expresa constancia que los servicios ofrecidos son de medio y no de resultado.

37. MATERIAL INFORMATIVO

La Aseguradora tendrá en cuenta la emisión del siguiente material, Cartilla guía de consulta para las fuerzas de ventas del Banco, el cual deberá ser actualizado periódicamente. Este requisito opera para cada una de las vigencias.

38. CAPACITACIÓN

La Aseguradora realizará mínimo dos (2) programas de capacitación por año dirigida a los funcionarios del BANCO, que el supervisor indique, la cual deberá realizarse por medio de una herramienta de capacitación o consulta virtual, ubicados en cualquier parte del territorio nacional, relativo al seguro objeto de esta invitación con una intensidad mínima de cuatro (4) horas. Eventualmente debe aceptar capacitaciones adicionales que se requiera a solicitud del BANCO. El cronograma de capacitación deberá presentarse solamente por el oferente seleccionado, y estará sujeto a la aprobación y concertación con el BANCO.

39. SERVICIOS ADICIONALES

39.1 Menor tiempo de respuesta en la definición médica del riesgo una vez el solicitante asista al examen médico de asegurabilidad, en horas:

Una vez el cliente de dirija a la clinica a la práctica de exámenes médicos y los mismos sean tomados por la IPS de acuerdo a lo indicado por la aseguradora, la misma debe remitir los resultados en un tiempo de 30 minutos. Posterior a ello, en máximo 30 minutos la compañía recibe los resultados de los exámenes, valida y emite el concepto de asegurabilidad vía plataforma tecnológica y el banco recibe por correo electrónico la respuesta de Asegurabilidad del cliente emitido por la compañía de seguros. El banco recibe dicha respuesta y decide si acepta o rechaza al cliente.

39.2 Menor tiempo en el procedimiento de exámenes médicos de ingreso:

CLIENTE/BANCO:

Cliente del banco solicita crédito – el banco revisa las condiciones del crédito para validar requisitos de asegurabilidad (amparo automático, extra prima automáticas) si requiere exámenes el comercial debe ingresar a la plataforma tecnológica y realizar el registro con los datos solicitados del cliente. Si el cliente no requiere exámenes médicos, el mismo ingresa asegurado a la póliza y finaliza el proceso.

CALL CENTER/PLATAFORMA:

Operadora contacta al cliente y agenda el examen de acuerdo a disponibilidad de tiempo y lugar del cliente (10 minutos) – se envía carta de agendamiento a los correos electrónicos registrados en la plataforma con la información de la cita agendada, si el cliente asiste, continua el proceso, en caso de no asistencia se debe solicitar re agendamiento de la cita a través del área de seguros del banco.

CENTRO MÉDICO/COMPAÑÍA:

El asegurado se dirige al centro médico para la toma de los exámenes requeridos / El centro médico practica exámenes y remite resultado en línea a la compañía (Dirección General). El departamento médico recibe exámenes, evalúa y emite concepto de asegurabilidad (30 minutos). Gerencia de Seguros de Personas evalúa concepto médico y remite condiciones de asegurabilidad por correo electrónico.

CLIENTE/BANCO:

Banco recibe concepto de asegurabilidad / ingresa al asegurado o emite concepto de rechazo. Esto pone fin al proceso.

39.3 Red médica de atención exclusiva para el BANCO cuya localización sea cercana a las ciudades donde el Banco hace colocación de sus créditos y/o presentar la Red Médica como mínimo en las ciudades donde el Banco tiene sucursales según el Anexo No 3 del pliego de la invitación.

39.4 Presentación de informes periódicos con relación al comportamiento de la póliza:

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS** ID. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000002** ANEXO: **0**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**
ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

Con el objetivo de mantener actualizado al Banco con la información de siniestros avisados, pendientes, pagados, objetados o que se encuentre en otro estado, procedemos a suministrar en la periodicidad coordinada un informe de siniestros sobre el comportamiento de la póliza que incluya los datos correspondientes a las reclamaciones. Este informe contendrá:

- Número de póliza
- Nombre del deudor
- Número de identificación del deudor
- Fecha de aviso
- Año de aviso
- Mes de aviso
- Fecha de siniestro
- Fecha de ocurrencia
- Vigencia
- Año ejercicio
- Causa del siniestro
- Amparo afectado
- Valor reclamado
- Valor pagado
- Valor pendiente
- Otros

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**
8430001274

PÓLIZA No: 843-16-994000000003 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS** COD. AGENCIA: **843** RAMO: **16**

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
1	10	2020	30	9	2020	23:59	30	9	2021	23:59	365	20	4	2022
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE			A LAS	VIGENCIA HASTA			A LAS	FECHA DE IMPRESIÓN			

TIPO DE MOVIMIENTO: **NEGOCIO NUEVO** TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**

DIRECCIÓN: **KR 8 15 42** CIUDAD: **BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL** TELÉFONO: **2750000**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:

DIRECCIÓN: CIUDAD: TELÉFONO:

BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

CATEGORIA: **DEUDORES DEL BANCO- LIBRANZA**

AMPAROS	SUMA ASEGURADA
AMPARO BASICO DE MUERTE	350000000.00
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	350000000.00
AUXILIO FUNERARIO	1060000.00
RENTA MUERTE Y/O ITP	1908000.00

CATEGORIA: **CONTINUIDAD**

AMPAROS	SUMA ASEGURADA
AMPARO BASICO DE MUERTE	350000000.00
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	350000000.00
AUXILIO FUNERARIO	1060000.00
RENTA MUERTE Y/O ITP	1908000.00

TEXTOS POLIZA

CONDICIONES TÉCNICAS MINIMAS OBLIGATORIAS SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES LIBRANZA BANCO GNB SUDAMERIS

VIGENCIA DE LA PÓLIZA:

CONFORME EL NUMERAL 1.6. LA VIGENCIA TÉCNICA DE LOS SEGUROS Y DE LOS CONTRATOS DE LA PÓLIZAS DE SEGUROS QUE SE CONTRATA ES POR EL TÉRMINO DE DOS (2) AÑOS, A PARTIR DE LAS CERO (00:00) HORAS DEL 1º DE OCTUBRE DE 2020, CON EXPEDICIÓN ANUAL Y REVISIÓN DE TASA PARA LA SEGUNDA ANUALIDAD, ACORDE CON LA TABLA ESTABLECIDA EN EL ANEXO NO 2, UTILIZADA EN PROPORCIÓN A LA SINISTRALIDAD ANUAL PRESENTADA POR CADA UNA DE LAS PÓLIZAS DE VIDA GRUPO DEUDORES DURANTE EL PERÍODO CONTRATADO.

O NO OBSTANTE, EL BANCO GNB SUDAMERIS, SE RESERVA EL DERECHO DE HACER USO DE LAS CLÁUSULAS DE REVOCACIÓN EN LOS TÉRMINOS ESTIPULADOS POR EL CÓDIGO DE COMERCIO PUDIENDO DAR POR TERMINADO TOTAL O PARCIALMENTE SU VÍNCULO CON LA ASEGURADORA EN CUALQUIER MOMENTO Y EN LOS TÉRMINOS DE LA LEY.

VIGENCIA PRIMERA ANUALIDAD:
01 DE OCTUBRE DE 2020 A LAS 00:00 HORAS, HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2021 A LAS 24:00 HORAS.

VIGENCIA SEGUNDA ANUALIDAD:

TEXTOS CONTINUAN (Ver Textos Poliza).....

VALOR ASEGURADO TOTAL: *****0.00	VALOR PRIMA: *****0.00	GASTOS EXPEDICION:	IVA: *****0.00	TOTAL A PAGAR: *****0.00
-------------------------------------	---------------------------	--------------------	-------------------	-----------------------------

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE	CLAVE	%PART	VALOR ASEGURADO
AON RISK SERVICES COLOMBIA S.A CORRE	21	100	

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)00000000007000843000127

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

C6DC23780F0FFD7C58

CLIENTE



JGUAYACAN843 0

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA EN GRUPO

SECTOR FINANCIERO CONDICIONES GENERALES

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LAS SOLICITUDES PRESENTADAS POR EL TOMADOR Y LAS SOLICITUDES INDIVIDUALES DE LOS ASEGURADOS QUE HAGAN PARTE DE LAS ENTIDADES DEL SECTOR FINANCIERO, LAS CUALES SE INCORPORAN AL PRESENTE CONTRATO PARA TODOS SUS EFECTOS, SE OBLIGA A PAGAR AL ASEGURADO O (LOS) BENEFICIARIO (S) LAS INDEMNIZACIONES DE LOS AMPAROS EXPRESAMENTE CONTRATADOS, CON BASE EN LOS VALORES ASEGURADOS PACTADOS E INDICADOS EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA, Y A LAS DEFINICIONES DE COBERTURA CONTENIDAS EN LAS PRESENTES CONDICIONES GENERALES.

ASÍ MISMO, FORMAN PARTE DEL CONTRATO, LOS ANEXOS, LAS DECLARACIONES DE ASEGURABILIDAD, LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES Y CUALQUIER OTRO DOCUMENTO ESCRITO Y ACEPTADO POR LAS PARTES, QUE GUARDE RELACIÓN CON EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.

CLAUSULA PRIMERA. AMPAROS. COBERTURAS Y EXCLUSIONES

1. AMPARO BÁSICO

MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

1.1. COBERTURA

EL PRESENTE ES UN SEGURO DE VIDA GRUPO QUE TIENE POR OBJETO AMPARAR CONTRA EL RIESGO DE MUERTE QUE OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, POR UNA CAUSA NO EXCLUIDA, A CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO ASEGURADO, INCLUYENDO HOMICIDIO, SUICIDIO DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA, ASÍ COMO LA MUERTE DERIVADA DE CUALQUIER PATOLOGÍA DIAGNOSTICADA, MÉDICAMENTE Y POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA (INCLUYE VIH).

LA SUMA ASEGURADA O LA COMPENSACIÓN POR MUERTE SE DETERMINARÁ DE ACUERDO CON LA FORMA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

Parágrafo.

LA MUERTE PRESUNTA POR DESAPARECIMIENTO SE PAGARÁ PREVIA PRESENTACIÓN DE LA SENTENCIA DEBIDAMENTE EJECUTORIADA MEDIANTE LA CUAL EL JUEZ HAYA DECLARADO LA MUERTE PRESUNTA DEL ASEGURADO.

1.2. EXCLUSIONES DEL AMPARO BÁSICO

1.2.1 GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES Y OPERACIONES DE GUERRA (HAYA SIDO DECLARADA O NO), GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, ASONADA, TERRORISMO, SUBVERSIÓN, O ACTOS DELICTIVOS EN QUE EL ASEGURADO PARTICIPE DIRECTAMENTE.

1.2.2 ACTIVIDADES TERRORISTAS NBQR (NUCLEAR, BIOLÓGICO, QUÍMICA, RADIOACTIVO).

1.2.3 LOS ACCIDENTES RESULTANTES DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR FISIÓN Y/O FUSIÓN NUCLEAR Y DE RADIOACTIVIDAD.

1.2.4 EPIDEMIAS, PANDEMIAS E INFECCIONES.

1.2.5 EN TODOS LOS CASOS SE APLICARÁN LOS TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 1058 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

2. AMPAROS ADICIONALES

A SOLICITUD DEL TOMADOR ESTA PÓLIZA INCLUYE, ADEMÁS, LOS SIGUIENTES AMPAROS ADICIONALES, CUANDO ASÍ SE INDIQUE EN EL CUADRO DE AMPAROS OTORGADOS EN LA CARÁTULA, DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ESTIPULADAS PARA CADA AMPARO.

2.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

2.1.1. COBERTURA

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, MEDIANTE EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL Y PREVIO EL PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE, ASUME EL RIESGO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, QUE AL SER CALIFICADA DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS EN EL MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ (DECRETO 1507 DE 2014, O AQUEL VIGENTE AL MOMENTO DE LA CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ) SEA IGUAL O SUPERIOR AL 50% DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL, SIEMPRE Y CUANDO EL EVENTO GENERADOR Y LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA MISMA SE PRODUZCAN DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

EN TAL CASO SE INDEMNIZARÁ AL PROPIO ASEGURADO POR LA SUMA ASEGURADA ESTIPULADA EN EL CUADRO DE AMPAROS DESCRITOS EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA.

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE COBERTURA, SE TENDRÁN EN CUENTA ÚNICAMENTE LAS NORMAS EMITIDAS EN MATERIA DE RÉGIMEN EN SEGURIDAD SOCIAL COLOMBIANA VIGENTE AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA RESPECTIVA RECLAMACIÓN (FONDO DE PENSIONES, ARL, JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ SIN QUE SEA POSIBLE LA APLICACIÓN DE LOS MANUALES DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ APLICABLES A LOS RÉGIMENES ESPECIALES O EXCEPTUADOS DE LA LEY 100 DE 1993.

SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SE CONSIDERA COMO TAL:

- A. LA PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS, NO PREEXISTENTE.
- B. LA AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA DE AMBAS MANOS, A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN RADIOCARPIANA O POR ENCIMA DE ELLA.
- C. LA AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA DE AMBOS PIES, A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN TIBIOTARSIANA O POR ENCIMA DE ELLA.
- D. LA AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE, A NIVEL DE LAS ARTICULACIONES YA DEFINIDAS.

LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEBERÁ SER CERTIFICADA POR LOS ENTES AUTORIZADOS EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA RESPECTIVA RECLAMACIÓN, SIN QUE SEA POSIBLE LA APLICACIÓN DE LOS MANUALES DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ APLICABLES A LOS RÉGIMENES ESPECIALES O EXCEPTUADOS DE LA LEY 100 DE 1993.

2.1.2. BENEFICIOS POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

LOS BENEFICIOS CONTEMPLADOS EN EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, SE OTORGARÁN BAJO LA CONDICIÓN QUE EL EVENTO GENERADOR Y LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE MANIFIESTEN CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA BAJO ESTE SEGURO Y ANTES DE LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO CUMPLA LA EDAD EXPRESADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.

2.1.3. LÍMITE DE VALOR ASEGURADO

EL VALOR ASEGURADO DE ESTE AMPARO ADICIONAL NO PODRÁ SER SUPERIOR AL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE.

2.1.4. EXCLUSIONES DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

- 2.1.4.1 CUANDO EL EVENTO GENERADOR DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE HAYA PRODUCIDO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INCLUSIÓN DEL ASEGURADO EN EL PRESENTE ANEXO.
- 2.1.4.2 CUANDO LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE HAYA PRODUCIDO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INCLUSIÓN DEL ASEGURADO EN EL PRESENTE ANEXO.
- 2.1.4.3 CUANDO EL EVENTO GENERADOR DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE HAYA SIDO PROVOCADO POR EL ASEGURADO.
- 2.1.4.4 SE EXCLUYEN LAS INCAPACIDADES RELACIONADAS CON ALTERACIONES MOTORAS SECUNDARIAS A ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS Y LAS DERIVADAS POR TRASTORNOS MENTALES (PSIQUIÁTRICOS).
- 2.1.4.5 GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES Y OPERACIONES DE GUERRA (HAYA SIDO DECLARADA O NO), GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, ASONADA, TERRORISMO, SUBVERSIÓN, O ACTOS DELICTIVOS EN QUE EL ASEGURADO PARTICIPE DIRECTAMENTE.
- 2.1.4.6 ACTIVIDADES TERRORISTAS NBQR (NUCLEAR, BIOLÓGICO, QUÍMICA, RADIOACTIVO).
- 2.1.4.7 LOS ACCIDENTES RESULTANTES DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR FISIÓN Y/O FUSIÓN NUCLEAR Y DE RADIOACTIVIDAD.
- 2.1.4.8 EPIDEMIAS, PANDEMIAS E INFECCIONES.

2.1.5. DEDUCCIONES

UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, QUEDARÁ LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD EN LO QUE REFIERE AL AMPARO BÁSICO DEL ASEGURADO INCAPACITADO.

SI LA PÓLIZA EN LA CUAL SE INCLUYE ESTA COBERTURA, CONTIENE ADEMÁS LA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL LA COBERTURA DE DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN, ENFERMEDADES GRAVES, Y EN VIRTUD DE ÉL Y COMO CONSECUENCIA DEL MISMO ACCIDENTE O ENFERMEDAD, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA HA EFECTUADO ALGÚN PAGO, DICHO PAGO SERÁ DEDUCIDO DEL QUE PUEDA CORRESPONDER POR EL PRESENTE AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

2.2. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL

2.2.1 COBERTURA

SI A CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE AMPARADO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y DENTRO DE LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE ESTE, EL ASEGURADO FALLECE, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PAGARÁ LA SUMA ASEGURADA OTORGADA.

2.2.2. BENEFICIOS POR INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL

LOS BENEFICIOS CONTEMPLADOS EN EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, SE OTORGARÁN BAJO LA CONDICIÓN QUE EL EVENTO GENERADOR SEA UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA.

2.2.3. LÍMITE DE VALOR ASEGURADO

EL VALOR ASEGURADO DE ESTE AMPARO ADICIONAL NO PODRÁ SER SUPERIOR AL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE.

2.2.4. EXCLUSIONES DEL AMPARO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL.

NO ESTARÁ CUBIERTA, SALVO ESTIPULACIÓN EXPRESA EN CONTRARIO, LA MUERTE ACCIDENTAL QUE SUFRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

2.2.4.1 SUICIDIO O INTENTO DEL MISMO, SEA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES, O EN ESTADO DE LOCURA.

2.2.4.2 LESIONES CAUSADAS VOLUNTARIAMENTE A SI MISMO POR EL ASEGURADO.

2.2.4.3 LESIONES CAUSADAS AL ASEGURADO INTENCIONALMENTE POR TERCERAS PERSONAS.

2.2.4.4 CUANDO LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO SEA, PORQUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE DROGAS TÓXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS O DE FÁRMACOS NO PRESCRITOS MÉDICAMENTE.

2.2.4.5 LESIONES CAUSADAS INTENCIONALMENTE POR OTRA PERSONA, CON ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE.

NO OBSTANTE, SE CUBRE LA MUERTE ACCIDENTAL ORIGINADA POR LAS LESIONES PRODUCIDAS COMO CONSECUENCIA DEL ATRACO.

2.2.4.6 HOMICIDIO, SECUESTRO SIMPLE O EXTORSIVO DEL ASEGURADO Y SUS TENTATIVAS.

2.2.4.7 ENFERMEDADES FÍSICAS O PSÍQUICAS Y LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS QUE NO SEAN NECESARIOS EN RAZÓN DE ACCIDENTES AMPARADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA, ASÍ COMO LAS INFECCIONES BACTERIANAS (SALVO INFECCIONES PIOGÉNICAS QUE ACONTEZCAN COMO CONSECUENCIA DE UNA HERIDA ACCIDENTAL).

2.2.4.8 DEFECTOS FÍSICOS O MENTALES Y LAS ENFERMEDADES RECURRENTE DE LAS CUALES EL ASEGURADO ERA CONSCIENTE EN LA FECHA EN QUE FUE SOLICITADA LA PÓLIZA Y QUE NO HAYAN SIDO DECLARADAS POR EL ASEGURADO Y ACEPTADAS EXPRESAMENTE POR ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.

2.2.4.9 PARTICIPACIÓN EN CACERÍA, COMPETENCIAS DE CUALQUIER GÉNERO, CARRERAS DE OBSTÁCULOS, POLO, EQUITACIÓN, HOCKEY, PESCA SUBMARINA, PESCA EN ALTAMAR, FUTBOL, BALONCESTO, NAVEGACIÓN EN BARCO DE VELA, REMO MOTOR, O COMO CONSECUENCIA DEL USO DE MAQUINARIA AUTOMÁTICA DE CARPINTERÍA.

2.2.4.10 GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES Y OPERACIONES DE GUERRA (HAYA SIDO DECLARADA O NO), GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, ASONADA, TERRORISMO, SUBVERSIÓN, O ACTOS DELICTIVOS EN QUE EL ASEGURADO PARTICIPE DIRECTAMENTE.

2.2.4.11 ATAQUES CARDIACOS O EPILÉPTICOS, SINCOPE, ROTURA DE ANEURISMAS.

2.2.4.12 CONSECUENCIA DE EMBARAZO, ABORTO Y ALUMBRAMIENTO.

2.2.4.13 PARTICIPAR COMO MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN DE CUALQUIER AERONAVE O HELICÓPTERO.

2.2.4.14 VIAJAR COMO PASAJERO EN CUALQUIER AERONAVE NO AUTORIZADA OFICIALMENTE PARA OPERAR, O CUANDO EL PILOTO O SU TRIPULACIÓN CAREZCAN DE LA LICENCIA RESPECTIVA, O CUANDO UNO U OTRO REALICEN VUELOS ILÍCITOS.

2.2.4.15 LA ENERGÍA ATÓMICA Y/O NUCLEAR, INSOLACIONES O CONGELACIONES, INDEPENDIENTEMENTE DE CÓMO SE HUBIEREN ORIGINADO.

2.2.4.16 MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE SIRVIENDO EN LABORES MILITARES DE LAS FUERZAS ARMADAS O DE POLICÍA DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD NACIONAL O INTERNACIONAL.

2.2.4.17 ACCIDENTES DE TRABAJO.

2.3. DESMEMBRACIÓN E INHABILITACIÓN ACCIDENTAL

2.3.1 COBERTURA

SI A CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE AMPARADO, OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y DENTRO DE LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DEL MISMO, EL ASEGURADO SUFRE ALGUNA DESMEMBRACIÓN E INHABILITACIÓN DE LAS PERDIDAS INDICADAS EN LA TABLA DE INDEMNIZACIONES DESCRITA MÁS ADELANTE, EVIDENCIADA POR UNA HERIDA O LESIÓN INTERNA O EXTERNA DE SU CUERPO, REVELADAS Y DIAGNOSTICADAS POR CUALQUIER PROCEDIMIENTO CLÍNICO O MÉDICO RECONOCIDO; ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, PAGARÁ EL PORCENTAJE CORRESPONDIENTE:

TABLA DE INDEMNIZACIONES		
CLASE DE PERDIDA		% DE INDEMNIZACION
1	PERDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISION EN AMBOS OJOS	100%
2	LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE AMBOS PIES O AMBAS MANOS	100%
3	SORDERA TOTAL BILATERAL	100%
4	PÉRDIDA DEL HABLA	100%
5	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNA MANO Y DE UN PIE	100%
6	PERDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNA MANO O UN PIE Y LA VISION DE UN OJO	100%
7	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DEL BRAZO O DE LA MANO DERECHA	60%
8	PÉRDIDA COMPLETA DE LA VISIÓN DE UN OJO	60%
9	SORDERA TOTAL UNILATERAL	50%
10	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNA SOLA MANO O DE UN PIE	60%
11	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNA PIERNA POR ENCIMA DE LA RODILLA	50%
12	PÉRDIDA COMPLETA O INUTILIZACION DEL USO DE LA CADERA	30%
13	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DEL DEDO PULGAR DERECHO	25%
14	PÉRDIDA TOTAL O INUTILIZACIÓN DE TRES DEDOS DE LA MANO DERECHA O EL PULGAR Y OTRO DEDO QUE NO SEA EL ÍNDICE	20%
15	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DEL DEDO PULGAR IZQUIERDO	20%
16	PÉRDIDA TOTAL O INUTILIZACIÓN DE TRES DEDOS DE LA MANO IZQUIERDA O EL PULGAR Y OTRO DEDO QUE NO SEA EL ÍNDICE	20%
17	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA MUÑECA O DEL CODO DERECHO	20%
18	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE ALGUNA RODILLA	20%
19	FRACTURA NO CONSOLIDADA DE UNA RODILLA	20%
20	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DEL DEDO ÍNDICE DERECHO	15%
21	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA MUÑECA O DEL CODO IZQUIERDO	15%
22	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DEL TOBILLO	15%
23	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DEL DEDO ÍNDICE IZQUIERDO	15%
24	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNO CUALQUIERA DE LOS RESTANTES DEDOS DE LAS MANOS O DE LOS PIES, SIEMPRE QUE COMPRENDA LA TOTALIDAD DE LAS FALANGES DE CADA UNO	10%

CUALQUIER INDEMNIZACIÓN PAGADA CON MOTIVO DE UNA DESMEMBRACIÓN E INHABILITACIÓN SERÁ TOMADA EN CUENTA Y POR LO TANTO DEDUCIDA DE LA INDEMNIZACIÓN POR EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE, Y EL AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, QUE PUDIERA DAR LUGAR EL MISMO ACCIDENTE.

LAS PÉRDIDAS NO ENUNCIADAS EN LA TABLA ANTERIOR, AUNQUE SEAN DE MENOR TRASCENDENCIA, SERÁN INDEMNIZADAS EN RELACIÓN CON SU GRAVEDAD, COMPARÁNDOLAS CON LAS AQUÍ INDICADAS.

LA PERDIDA DE MIEMBROS U ÓRGANOS YA IMPOSIBILITADOS ANTES DEL ACCIDENTE SÓLO DARÁ LUGAR A INDEMNIZACIÓN, POR LA DIFERENCIA ENTRE EL GRADO DE PÉRDIDA FUNCIONAL O ANATÓMICA, CERTIFICADA ANTES DEL ACCIDENTE CON LA NUEVA CERTIFICACIÓN DE INVALIDEZ DESPUÉS DEL ACCIDENTE.

LA INDEMNIZACIÓN TOTAL QUE CORRESPONDA A VARIAS PÉRDIDAS SUFRIDAS EN UN MISMO ACCIDENTE, SE OBTIENE POR LA SUMA DE LOS PORCENTAJES FIJADOS A CADA UNA DE ELLAS, SIN QUE LA SUMA TOTAL EXCEDA DEL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN POR DESMEMBRACIÓN E INHABILITACIÓN PERMANENTE. CUANDO VARIAS CIRCUNSTANCIAS DERIVADAS DE UN MISMO ACCIDENTE AFECTEN A UN MISMO MIEMBRO U ÓRGANO, NO SE ACUMULAN ENTRE SI, SINO QUE LA INDEMNIZACIÓN SE DETERMINA POR LA MAYOR DE DICHAS INHABILIDADES.

EN CASO DE COMPROBAR QUE EL ASEGURADO ES ZURDO, SE INVERTIRÁN LOS PORCENTAJES DE INDEMNIZACIÓN FIJADOS POR LA PÉRDIDA DE LOS MIEMBROS SUPERIORES.

EN CASO DE AFECTARSE ESTE AMPARO DE ACUERDO CON EL PORCENTAJE INDEMNIZADO, Y SI SE LLEGARE A AFECTAR EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE DEDUCIRÁ EL PORCENTAJE DEL VALOR INDEMNIZADO DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

2.3.2 LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO

EL VALOR ASEGURADO DE ESTE AMPARO ADICIONAL NO PODRÁ SER SUPERIOR AL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE.

2.3.3. EXCLUSIONES DEL AMPARO DE DESMEMBRACIÓN E INHABILITACIÓN ACCIDENTAL

NO ESTARÁ CUBIERTA, SALVO ESTIPULACIÓN EXPRESA EN CONTRARIO, LA DESMEMBRACIÓN O INHABILITACIÓN ACCIDENTAL QUE SUFRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

2.3.3.1 INTENTO DE SUICIDIO, SEA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE O NO EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES.

2.3.3.2 LESIONES CAUSADAS VOLUNTARIAMENTE A SI MISMO POR EL ASEGURADO.

2.3.3.3 LESIONES CAUSADAS AL ASEGURADO INTENCIONALMENTE POR TERCERAS PERSONAS.

2.3.3.4 CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE DROGAS TÓXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS O DE FÁRMACOS NO PRESCRITOS MÉDICAMENTE.

2.3.3.5 LESIONES CAUSADAS INTENCIONALMENTE POR OTRA PERSONA, CON ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE.

NO OBSTANTE, SE CUBRE LA DESMEMBRACIÓN O INHABILITACIÓN ACCIDENTAL ORIGINADA POR LAS LESIONES PRODUCIDAS COMO CONSECUENCIA DEL ATRACO.

2.3.3.6 HOMICIDIO, SECUESTRO SIMPLE O EXTORSIVO DEL ASEGURADO O HURTO CALIFICADO, Y SUS TENTATIVAS.

- 2.3.3.7 ENFERMEDADES FÍSICAS O PSÍQUICAS Y LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS QUE NO SEAN NECESARIOS EN RAZÓN DE ACCIDENTES AMPARADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA, ASÍ COMO LAS INFECCIONES BACTERIANAS (SALVO INFECCIONES PROGÉNICAS QUE ACONTEZCAN COMO CONSECUENCIA DE UNA HERIDA ACCIDENTAL).
- 2.3.3.8 DEFECTOS FÍSICOS O MENTALES Y LAS ENFERMEDADES RECURRENTE DE LAS CUALES EL ASEGURADO ERA CONSCIENTE EN LA FECHA EN QUE FUE SOLICITADA LA PÓLIZA Y QUE NO HAYAN SIDO DECLARADAS POR EL ASEGURADO Y ACEPTADAS EXPRESAMENTE POR ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.
- 2.3.3.9 CUANDO EL ASEGURADO PARTICIPE EN CACERÍA, COMPETENCIAS DE CUALQUIER GÉNERO, CARRERAS DE OBSTÁCULOS, POLO, EQUITACIÓN, HOCKEY, PESCA SUBMARINA, PESCA EN ALTAMAR, FUTBOL, BALONCESTO, NAVEGACIÓN EN BARCO DE VELA, REMO MOTOR, O COMO CONSECUENCIA DEL USO DE MAQUINARIA AUTOMÁTICA DE CARPINTERÍA.
- 2.3.3.10 LAS ORIGINADAS POR GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES Y OPERACIONES DE GUERRA (HAYA SIDO DECLARADA O NO), GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, ASONADA, TERRORISMO, SUBVERSIÓN, O ACTOS DELICTIVOS EN QUE EL ASEGURADO PARTICIPE DIRECTAMENTE.
- 2.3.3.11 LAS ORIGINADAS POR ATAQUES CARDIACOS O EPILÉPTICOS, SINCOPE, ROTURA DE ANEURISMAS.
- 2.3.3.12 LAS ORIGINADAS COMO CONSECUENCIA DE EMBARAZO, ABORTO, ALUMBRAMIENTO.
- 2.3.3.13 LAS ORIGINADAS CUANDO EL ASEGURADO PARTICIPE COMO MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN DE CUALQUIER AERONAVE O HELICÓPTERO.
- 2.3.3.14 LAS ORIGINADAS CUANDO EL ASEGURADO VIAJE COMO PASAJERO EN CUALQUIER AERONAVE NO AUTORIZADA OFICIALMENTE PARA OPERAR, O CUANDO EL PILOTO O SU TRIPULACIÓN CAREZCAN DE LA LICENCIA RESPECTIVA, O CUANDO UNO U OTRO REALICEN VUELOS ILÍCITOS.
- 2.3.3.15 LAS ORIGINADAS POR ENERGÍA ATÓMICA Y/O NUCLEAR, INSOLACIONES O CONGELACIONES, INDEPENDIENTEMENTE DE CÓMO SE HUBIEREN ORIGINADO.
- 2.3.3.16 MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE SIRVIENDO ACTIVAMENTE EN LABORES MILITARES DE LAS FUERZAS ARMADAS O DE POLICÍA DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD NACIONAL O INTERNACIONAL.
- 2.3.3.17 LAS ORIGINADAS POR ACCIDENTES DE TRABAJO.
- 2.3.3.18 EPIDEMIAS, PANDEMIAS E INFECCIONES

2.4 ENFERMEDADES GRAVES.

2.4.1 COBERTURA

EN VIRTUD DEL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, PAGARÁ AL ASEGURADO EL VALOR ASEGURADO ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA CON UN MÁXIMO DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE, SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO LE SEA DIAGNOSTICADA MÉDICAMENTE POR PRIMERA VEZ, CUALQUIERA DE LAS ENFERMEDADES QUE RELACIONAMOS Y DEFINIMOS A CONTINUACIÓN:

A. CÁNCER

ENFERMEDAD PROVOCADA POR LA APARICIÓN DE UN TUMOR MALIGNO CARACTERIZADO POR EL CRECIMIENTO DESCONTROLADO Y LA DISEMINACIÓN DE LAS CÉLULAS MALIGNAS Y LA INVASIÓN DE LOS TEJIDOS NORMALES.

SE INCLUYE EN ESTA DEFINICIÓN LAS LEUCEMIAS, LOS LINFOMAS, LA ENFERMEDAD DE HODGKIN

B. INFARTO AL MIOCARDIO

MUERTE DE TEJIDO CARDIACO. ESTE SE DEFINE EN PRESENCIA DE PRUEBAS DE NECROSIS MIOCÁRDICA EN UN CONTEXTO CLÍNICO COHERENTE CON ISQUEMIA MIOCÁRDICA AGUDA, ASÍ ESTE, SOLO SE ENMARQUE EN UNA ENFERMEDAD DE FLUJOS LENTOS. EN ESAS CONDICIONES, CUALQUIERA DE LOS CRITERIOS SIGUIENTES CUMPLE EL DIAGNÓSTICO DEL INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO:

- DETECCIÓN DE UN AUMENTO O DESCENSO DE LOS VALORES DE BIOMARCADORES CARDIACOS, CON AL MENOS UNO DE LOS SIGUIENTES: SÍNTOMAS DE ISQUEMIA, NUEVOS O SUPUESTAMENTE NUEVOS CAMBIOS SIGNIFICATIVOS DEL SEGMENTO ST-T O NUEVO BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA, APARICIÓN DE ONDAS Q PATOLÓGICAS EN EL ECG, PRUEBAS POR IMAGEN DE NUEVA PÉRDIDA DE MIOCARDIO VIABLE O NUEVAS ANOMALÍAS REGIONALES EN EL MOVIMIENTO DE LA PARED, IDENTIFICACIÓN DE UN TROMBO INTRACORONARIO EN LA ANGIOGRAFÍA O LA AUTOPSIA.
- MUERTE CARDIACA CON SÍNTOMAS DE ISQUEMIA MIOCÁRDICA Y SUPUESTAS NUEVAS ALTERACIONES ISQUÉMICAS EN EL ELECTROCARDIOGRAMA O NUEVO BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA, PERO QUE SE PRODUJO ANTES DE DETERMINAR BIOMARCADORES CARDIACOS O ANTES DE QUE AUMENTASEN LOS VALORES DE ESTOS.
- LA TROMBOSIS DE UN STENT DETECTADO EN LA ANGIOGRAFÍA CORONARIA EN EL CONTEXTO DE ISQUEMIA MIOCÁRDICA.

C. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD RENAL PARA EXCRETAR DESECHOS, CON LA CONSECUENTE RETENCIÓN DE PRODUCTOS NITROGENADOS. OCASIONADA POR MÚLTIPLES CAUSAS DEBE LLEVAR AL ASEGURADO A LA PRÁCTICA REGULAR E INDEFINIDA DE DIÁLISIS PERITONEAL O HEMODIÁLISIS Y EN CASOS EXTREMOS A LA RECEPCIÓN DE UN TRASPLANTE RENAL.

D. ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR

SE DEFINE COMO LA MUERTE DE TEJIDO CEREBRAL, DEBIDO A UNA DISMINUCIÓN DEL FLUJO SANGUÍNEO CEREBRAL, QUE SE MANIFIESTA POR UN DÉFICIT NEUROLÓGICO DE SEVERIDAD VARIABLE, DEMOSTRABLE ADEMÁS CON ALTERACIÓN PERMANENTE DE PRUEBAS DE FUNCIÓN NEUROLÓGICA. PRUEBAS QUE DEBERÁN SER REALIZADAS POR UN NEURÓLOGO DESPUÉS DE TRANSCURRIDAS COMO MÍNIMO SEIS (6) SEMANAS DE OCURRIDO EL EVENTO.

E. AFECCIÓN DE ARTERIA CORONARIA QUE EXIJA CIRUGÍA

ENFERMEDAD CORONARIA QUE REQUIERA DE REVASCULARIZACIÓN CORONARIA (BY-PASS) PARA CORREGIR ESTRECHAMIENTO U OBSTRUCCIÓN DE DOS O MÁS ARTERIAS CORONARIAS. LA NECESIDAD DE TAL INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DEBE HABER SIDO PROBADA CON BASE EN UNA ANGIOGRAFÍA CORONARIA.

F. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

DIAGNÓSTICO CLÍNICO INCUESTIONABLE DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (DEMENCIA PRE-SENIL) ANTES DE LA EDAD DE 66 AÑOS Y EMITIDO POR UN ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA Y CONFIRMADO POR HALLAZGOS CARACTERÍSTICOS EN LAS PRUEBAS DE NEUROIMAGEN (TAC, RMN, PET CEREBRAL) LA ENFERMEDAD DEBE PRODUCIR COMO RESULTADO UNA INCAPACIDAD PERMANENTE DE REALIZAR DE MANERA INDEPENDIENTE CUATRO O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

G. GRAN QUEMADO

QUEMADURAS DE TERCER GRADO QUE CUBRAN AL MENOS UN 20% DE LA SUPERFICIE CORPORAL DEL ASEGURADO.

EL DIAGNÓSTICO DEBE SER CONFIRMADO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA Y EVIDENCIADO POR LOS MÉTODOS CONVENCIONALES PARA ESTABLECER ÁREAS CORPORALES QUEMADAS.

H. ANEMIA APLÁSICA

DIAGNOSTICO INCUESTIONABLE DE FALLA EN LA MÉDULA ÓSEA CONFIRMADO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA Y DEMOSTRADO A TRAVÉS DEL RESULTADO DE BIOPSIA EN LA MEDULA ÓSEA.

LA ENFERMEDAD DEBE OCASIONAR SIMULTÁNEAMENTE ANEMIA, NEUTROPENIA Y TROMBOCITOPENIA QUE OBLIGUEN AL MENOS A UNO DE LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS:

- A) TRANSFUSIÓN DE DERIVADOS DE LA SANGRE
- B) ESTIMULANTES DE LA MÉDULA ÓSEA
- C) AGENTES INMUNOSUPRESORES
- D) TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA

I. ESCLEROSIS MÚLTIPLE

DIAGNÓSTICO INCUESTIONABLE FORMULADO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA DE POR LO MENOS DOS EPISODIOS DE SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS DE DESMIELINIZACIÓN, ANORMALIDADES NEUROLÓGICAS PERMANENTES ACOMPAÑADO DE DETERIORO FUNCIONAL CON UNA DURACIÓN CONTINÚA NO INFERIOR A SEIS MESES Y QUE HAYAN SIDO DOCUMENTADOS POR TÉCNICAS MODERNAS DE NEUROIMAGEN.

EL DIAGNÓSTICO DEBERÁ SER RATIFICADO CUMPLIDOS LOS SEIS (6) MESES POSTERIORES A LA OCURRENCIA DEL PRIMER EPISODIO.

J. TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO SEVERO

TRAUMA MAYOR DE LA CABEZA CON DETERIORO DE LA FUNCIÓN CEREBRAL QUE DEBE SER CONFIRMADO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA Y DEMOSTRADO POR HALLAZGOS CARACTERÍSTICOS EN LAS PRUEBAS DE NEUROIMAGEN (TAC, RESONANCIA MAGNÉTICA CEREBRAL) DICHO TRAUMA DEBE PROVOCAR UNA INCAPACIDAD PERMANENTE PARA REALIZAR DE MANERA INDEPENDIENTE CUATRO O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

K. ENFERMEDAD DE PÁRKINSON

DIAGNÓSTICO INCUESTIONABLE DE ENFERMEDAD DE PARKINSON PRIMARIA (TODAS LAS DEMÁS FORMAS DE PARKINSONISMO ESTÁN EXCLUIDAS) EMITIDO POR UN ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA. DICHA ENFERMEDAD DEBE PROVOCAR INCAPACIDAD PERMANENTE PARA REALIZAR CUATRO O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

EL DIAGNÓSTICO DEBERÁ SER CONFIRMADO POR ESPECIALISTA Y EL DÉFICIT NEUROLÓGICO DEBE SER DOCUMENTADO POR LO MENOS DURANTE TRES MESES.

PARA EFECTOS DE LAS PRESENTES COBERTURAS, SE CONSIDERAN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA:

- BAÑARSE O TOMAR UNA DUCHA
- VESTIRSE Y DESVESTIRSE
- HIGIENE PERSONAL
- CAPACIDAD DE USAR EL SANITARIO
- CONTINENCIA (CONTROL SOBRE ESFÍNTERES)
- CAPACIDAD DE ALIMENTARSE POR SÍ MISMO
- LEVANTARSE DE LA CAMA
- MOVILIDAD (CAPACIDAD DE DESPLAZARSE EN UN MISMO NIVEL)
- COMER/BEBER (CAPACIDAD DE ALIMENTARSE POR SÍ MISMO, PERO NO DE PREPARAR LA COMIDA).

ESTAS CONDICIONES DEBEN ESTAR MÉDICAMENTE DOCUMENTADAS POR LO MENOS DURANTE TRES (3) MESES.

L. ESTADO DE COMA

ESTADO SEVERO DE PÉRDIDA DE CONCIENCIA CON TOTAL AUSENCIA DE REACCIÓN A ESTÍMULOS EXTERNOS O INTERNOS REQUIRIENDO DE MANERA CONTINUA EL USO DE SISTEMAS DE SOPORTE VITAL (RESPIRADOR, INOTROPIA, ALIMENTO PARENTERAL) POR UN PERÍODO MÍNIMO DE 96 HORAS Y RESULTANDO EN UN DÉFICIT NEUROLÓGICO PERMANENTE.

2.4.2 LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO

EL VALOR ASEGURADO DE ESTE AMPARO ADICIONAL NO PODRÁ SER SUPERIOR AL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE Y EL ASEGURADO SOLO TENDRÁ DERECHO AL PAGO DEL VALOR ASEGURADO ALCANZADO SEGÚN LAS CONDICIONES CONTRATADAS, ASÍ SE DIAGNOSTIQUE MÁS DE UNA DE LAS ENFERMEDADES Y/O SEA SOMETIDO A MÁS DE UN TRASPLANTE CUBIERTO MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO.

2.4.3. EXCLUSIONES DE ENFERMEDADES GRAVES

NO SE PAGARÁ NINGÚN BENEFICIO BAJO EL PRESENTE AMPARO, SI EL ASEGURADO PADECE O SE LE DIAGNOSTICA UNA DE LAS ENFERMEDADES INDICADAS, QUE SEAN CONSECUENCIA DE O EN CONEXIÓN CON:

- 2.4.2.1 EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), TAL COMO FUE DEFINIDO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), O CUALQUIER SÍNDROME O ENFERMEDAD DE TIPO SIMILAR QUE, BAJO CUALQUIER NOMBRE, SEA DIAGNOSTICADA POR UN MÉDICO, ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO O LABORATORIO CLÍNICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA DESEMPEÑAR SU OBJETO SOCIAL O PROFESIÓN.
- 2.4.2.2 CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE LAS ANTERIORES.
- 2.4.2.3 LESIONES PREMALIGNAS, CÁNCER DE CÉRVIX, PRÓSTATA, SENO O MATRIZ EN SUS ETAPAS INICIALES T1 Y T2 DE LA CLASIFICACIÓN TNM, O CON CLASIFICACIÓN DE GLEASON INFERIOR A CINCO.
- 2.4.2.4 CARCINOMA DE TIROIDES VARIEDAD PAPILAR, EN SUS ETAPAS INICIALES T1-2, N0, M0 (DE LA CLASIFICACIÓN TNM). EL RESTO DE ESTADIOS Y CUALQUIER OTRO TIPO DE CÁNCER DE TIROIDES DIFERENTE AL MENCIONADO CON CUALQUIER CLASIFICACIÓN, TENDRÁN COBERTURA.
- 2.4.2.5 LOS TUMORES DE CUALQUIER NATURALEZA DE LA PIEL
- 2.4.2.6 CÁNCER IN SITU NO INVASIVO DE CUALQUIER ÓRGANO.
- 2.4.2.7 LA ANGIOPLASTIA Y/O CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN INTRA - ARTERIAL.
- 2.4.2.8 ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS
- 2.4.2.9 ENFERMEDADES O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA O AL INICIO DE ESTE ANEXO.
- 2.4.2.10 EL ESTADO DE COMA PROVOCADO POR EL ABUSO DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, TÓXICAS O DROGAS NO PRESCRITAS POR UN MÉDICO.
- 2.4.2.11 CUANDO LA ENFERMEDAD CUBIERTA HAYA SIDO DIAGNOSTICADA, EXISTA UN HISTORIAL PREVIO RELACIONADO CON ELLA O SE HAYA RECIBIDO TRATAMIENTO PARA LA MISMA, ANTES DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA INDIVIDUAL DE LA PRESENTE COBERTURA.
- 2.4.2.12 CUANDO LA ENFERMEDAD HAYA SIDO DIAGNOSTICADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LOS PRIMEROS NOVENTA (90) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE COBERTURA, PARA CADA ASEGURADO.

2.4.2.13 EN LO QUE A ACCIDENTES CEREBRO VASCULARES SE REFIERE; CUANDO SE TRATE DE ACCIDENTES VASCULARES ISQUÉMICOS, TRANSITORIOS O AQUELLOS DE LOS QUE EL ASEGURADO PUEDA RECUPERARSE COMPLETAMENTE DENTRO DE LAS SEIS (6) SEMANAS SIGUIENTES A SU OCURRENCIA.

2.4.2.14 EPIDEMIAS, PANDEMIAS E INFECCIONES

2.4.4 DEDUCCIONES

ESTE AMPARO NO ES ACUMULABLE CON EL AMPARO BÁSICO DE VIDA; EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE; EL AMPARO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL Y EL AMPARO DE DESMEMBRACIÓN O INHABILITACIÓN ACCIDENTAL, POR LO TANTO, UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR ESTE AMPARO, EL VALOR CANCELADO SERÁ DEDUCIDO DEL QUE PUEDA CORRESPONDER POR LOS AMPAROS MENCIONADOS.

2.5 TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES

EN VIRTUD DEL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, INDEMNIZARÁ POR UNA (1) SOLA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA E INDEPENDIENTEMENTE DEL NÚMERO DE TRASPLANTES DE ÓRGANOS REALIZADOS, LA SUMA ASEGURADA QUE SE ESTIPULE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, EL ASEGURADO DEBE SER SOMETIDO A UN TRASPLANTE DE ALGUNO DE LOS ÓRGANOS RELACIONADOS A CONTINUACIÓN, SIEMPRE QUE LA NECESIDAD DE EFECTUAR EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS SEA CERTIFICADO POR UN PROFESIONAL MÉDICO QUE POSEA LICENCIA PERMANENTE Y VÁLIDA PARA PRACTICAR LA MEDICINA Y ESTA CLASE DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y SE CUMPLAN TODOS LOS REQUISITOS INDICADOS A CONTINUACIÓN:

2.5.1 QUE LA PRESENTE COBERTURA HAYA ESTADO EN VIGOR POR UN PERÍODO NO MENOR A (90) NOVENTA DÍAS, ANTES DE QUE SE DIAGNOSTIQUE LA ENFERMEDAD CUYA TRATAMIENTO SEA EL TRASPLANTE Y QUE ÉSTE SE PRACTIQUE.

EL PERIODO DE NOVENTA (90) DÍAS SE ESTABLECERÁ INDEPENDIENTEMENTE PARA CADA ASEGURADO, DE ACUERDO CON LA FECHA DE INGRESO A LA PÓLIZA.

2.5.2 QUE EL ASEGURADO REQUIERA MÉDICAMENTE EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y ASÍ SE INDIQUE EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL ASEGURADO.

2.5.3 QUE SEA LA PRIMERA VEZ QUE EL ASEGURADO REQUIERA DE UN TRASPLANTE DE ÓRGANOS.

2.5.4 QUE EL ASEGURADO SOBREVIVA UN LAPSO DE TREINTA (30) DÍAS DESPUÉS DEL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD QUE SUGIERA O RECOMIENDE EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS.

PARA EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO:

- EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS, SE ENTIENDE COMO LA INSERCIÓN DE UN ÓRGANO DE UN DONANTE HUMANO EN EL CUERPO DEL ASEGURADO CON RESTABLECIMIENTO DE LAS CONEXIONES ARTERIALES, VENOSAS, LINFÁTICAS Y NERVIOSAS
- EL TRASPLANTE, ES COMO RECEPTOR Y NUNCA COMO DONANTE.
- EL TRASPLANTE DEBERÁ SER CERTIFICADO POR EL MÉDICO QUE LO PRACTICÓ, QUIEN DEBE CONTAR CON EXPERIENCIA CERTIFICADA Y AVALADA POR LOS ENTES DE CONTROL EN EL TERRITORIO NACIONAL, PARA PRACTICAR LA MEDICINA Y ESTA CLASE DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

LOS ÓRGANOS INCLUIDOS EN ESTE AMPARO SON LOS RELACIONADOS Y DEFINIDOS A CONTINUACIÓN:

1. DE CORAZÓN

POR CARDIOMIOPATÍA, INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA, ENFERMEDAD CORONARIA DEL CORAZÓN, DEFECTO VALVULAR.

2. DE PULMÓN

POR MUCOVISCIDOSIS, FIBROSIS PULMONAR, ENFISEMA PULMONAR, HIPERTENSIÓN PULMONAR.

3. DE HÍGADO

POR CIRROSIS HEPÁTICA, CARCINOMA DE CÉLULA HEPÁTICA, INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA DEBIDA A INTOXICACIÓN.

4. DE PÁNCREAS

POR DIABETES MELLITUS TIPO I.

5. RIÑÓN

POR GLOMERULONEFROSIS CRÓNICA O ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA.

6. MEDULA ÓSEA

POR LEUCEMIAS, LINFOMAS O INMUNODEFICIENCIAS DIFERENTES AL VIH/SIDA.

7. INTESTINO DELGADO

POR FALLO INTESTINAL POR INTESTINO CORTO (TRAUMA ABDOMINAL DIFERENTE A TRAUMA POR ARMA DE FUEGO O IMPACTO CON CUALQUIER TIPO DE EXPLOSIVO).

NOTA.

EL TRASPLANTE DE TODOS LOS DEMÁS ÓRGANOS, PARTES DE ÓRGANOS O EL TRASPLANTE DE CUALQUIER OTRO TEJIDO ESTÁN EXCLUIDOS.

PARA CUALQUIER PROCESO DE INDEMNIZACIÓN POR TRASPLANTE DE ÓRGANOS, ES CONDICIÓN INDISPENSABLE QUE SE CUMPLAN EN TODAS Y CADA UNA DE SUS PARTES, LAS DISPOSICIONES DE LAS LEYES VIGENTES DE TRASPLANTES DE ÓRGANOS.

2.5.2 LÍMITE DEL BENEFICIO

EL PAGO DE LA SUMA ASEGURADA SE APLICARÁ SOLAMENTE CUANDO EL TRASPLANTE SE REALICE EN ALGUNO DE LOS ÓRGANOS DEFINIDOS Y CUANDO ESTOS SE MANIFIESTEN Y SEAN DIAGNOSTICADOS POR UN MÉDICO ESPECIALISTA EN LA RESPECTIVA ESPECIALIDAD, POR PRIMERA VEZ, DENTRO DE LA VIGENCIA PACTADA, CONFIRMADAS POR EVIDENCIAS CIENTÍFICAS ACEPTABLES CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS, HISTOLÓGICAS Y DE LABORATORIO.

2.5.3 LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO

EL VALOR ASEGURADO DE ESTE AMPARO ADICIONAL NO PODRÁ SER SUPERIOR AL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE, ASÍ SEA SOMETIDO A MÁS DE UN TRASPLANTE CUBIERTO MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO.

2.5.4 EXCLUSIONES DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS

NO SE PAGARÁ NINGÚN BENEFICIO CUANDO EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS PROVENGA O SEA CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA O EN CONEXIÓN CON:

2.5.4.1 EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), TAL COMO FUE DEFINIDO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), O CUALQUIER SÍNDROME O ENFERMEDAD DE TIPO SIMILAR QUE, BAJO CUALQUIER NOMBRE, SEA DIAGNOSTICADA POR UN MÉDICO LEGALMENTE

RECONOCIDO POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES PARA EL DESEMPEÑO DE SU PROFESIÓN., ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO O LABORATORIO CLÍNICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA DESEMPEÑAR SU OBJETO SOCIAL O PROFESIÓN.

- 2.5.4.2 LA PRESENCIA DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (V.I.H.) DESCUBIERTO MEDIANTE EL TEST DE ANTICUERPOS O PRUEBA DE ELISA POSITIVA PARA V.I.H.
- 2.5.4.3 CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE LAS ANTERIORES.
- 2.5.4.4 DROGADICCIÓN O INTOXICACIÓN POR DROGAS, VENENO O LICOR
- 2.5.4.5 CUANDO EL TRASPLANTE DE ÓRGANO SEA CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO, PARA CADA ASEGURADO SE CONSIDERAN COMO CONDICIONES PREEXISTENTES, CUALQUIER ENFERMEDAD O LESIÓN DIAGNOSTICADA O SOMETIDA A TRATAMIENTO, CUIDADO MÉDICO O CIRUGÍA, CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA PRESENTE COBERTURA, ASÍ COMO ENFERMEDADES CONGÉNITAS.
- 2.5.4.6 CUANDO LA NECESIDAD DEL TRASPLANTE HA SIDO DIAGNOSTICADA DURANTE LOS PRIMEROS CIENTO VEINTE (120) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO, PARA CADA ASEGURADO.
- 2.5.4.7 CUANDO EL TRASPLANTE DE ÓRGANO SEA CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO, PARA CADA ASEGURADO.
- 2.5.4.8 A CAUSA DE LESIONES INTENCIONALMENTE INFLIGIDAS A SI MISMO, CUALQUIER INTENTO DE SUICIDIO; SEA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE O NO, EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES
- 2.5.4.9 CUANDO EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS, NO SEA INDICADO POR UN, PROFESIONAL IDÓNEO, CON EXPERIENCIA DEMOSTRADA Y SEA AVALADO POR LOS ENTES DE CONTROL DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL.
- 2.5.4.10 CUANDO EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS SEA INDICADO POR PROFESIONALES DE LA SALUD EN EJERCICIO DE PRÁCTICAS DE MEDICINA ALTERNATIVA O POR PERSONAS QUE NO SEAN PROFESIONALES DE LA CIENCIA MÉDICA.
- 2.5.4.11 TRASPLANTES QUE SEAN PROCEDIMIENTOS DE INVESTIGACIÓN Y EL TRASPLANTE DE ISLOTES DE LANGERHANS
- 2.5.4.12 TRASPLANTE DE ÓRGANOS DIFERENTES A LOS MENCIONADOS Y DEFINIDOS EN LA PRESENTE COBERTURA.
- 2.5.4.13 TRASPLANTES DE ÓRGANOS QUE SEAN INDICADOS PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER O LOS TUMORES DEBIDOS O, COMO CONSECUENCIA DE LA INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)
- 2.5.4.14 CUANDO EL ASEGURADO OBRE EN CALIDAD DE DONANTE.
- 2.5.4.15 EPIDEMIAS, PANDEMIAS E INFECCIONES.

DEDUCCIONES

ESTE AMPARO NO ES ACUMULABLE AL AMPARO BÁSICO DE MUERTE, AL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, AL AMPARO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL, AL AMPARO DE DESMEMBRACIÓN O INHABILITACIÓN ACCIDENTAL Y/O AL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES; POR LO TANTO, UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR ESTE AMPARO, EL VALOR CANCELADO SERÁ DEDUCIDO DEL QUE PUEDA CORRESPONDER POR LOS AMPAROS MENCIONADOS.

2.6 AUXILIO FUNERARIO

2.6.1. COBERTURA

SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA EL ASEGURADO LLEGARE A FALLECER COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO AMPARADO POR LA PÓLIZA, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, INDEMNIZARÁ EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA

2.6.2 EXCLUSIONES DEL AMPARO DE AUXILIO FUNERARIO

2.6.2.1 GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES Y OPERACIONES DE GUERRA (HAYA SIDO DECLARADA O NO), GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, ASONADA, TERRORISMO, SUBVERSIÓN, O ACTOS DELICTIVOS EN QUE EL ASEGURADO PARTICIPE DIRECTAMENTE

2.6.2.2 ACTIVIDADES TERRORISTAS NBQR (NUCLEAR, BIOLÓGICO, QUÍMICA, RADIOACTIVO).

2.6.2.3 LOS ACCIDENTES RESULTANTES DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR FISIÓN Y/O FUSIÓN NUCLEAR Y DE RADIOACTIVIDAD.

2.6.2.4 EPIDEMIAS PANDEMIAS E INFECCIONES

2.6.2.5 EN TODOS LOS CASOS SE APLICARÁN LOS TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 1058 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

2.6.2.6. APLICAN LAS MISMAS DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL.

2.6.3 LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO

EL VALOR ASEGURADO DE ESTE AMPARO ADICIONAL NO PODRÁ SER SUPERIOR AL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE

2.7 GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

2.7.1 COBERTURA

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, Y COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN CORPORAL CAUSADA POR UN ACCIDENTE, E INDEPENDIENTE DE CUALQUIER OTRA CAUSA, EL ASEGURADO, DENTRO DE LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE, SE VIERA PRECISADO A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA, SOMETERSE A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, HOSPITALIZARSE O RECIBIR CUALQUIER CLASE DE ASISTENCIA MÉDICA NECESARIA PARA EL RESTABLECIMIENTO DE SU SALUD, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, REEMBOLSARÁ EL VALOR DE DICHAS ASISTENCIAS HASTA EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, CON SUJECCIÓN A LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- A. EL ASEGURADO DEBE ESTAR AFILIADO AL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD Y TENDRÁ DERECHO AL REEMBOLSO DE AQUELLOS GASTOS INCURRIDOS QUE EL POS NO CUBRA (MEDICINAS, COPAGOS, ETC)
- B. EL MÉDICO O CIRUJANO DEBE ESTAR LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN.
- C. LOS GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN SERÁN LOS QUE SE OCASIONEN DENTRO DE UNA CLÍNICA U HOSPITAL DEBIDAMENTE AUTORIZADOS PARA PRESTAR TALES SERVICIOS.
- D. LOS MEDICAMENTOS RECETADOS POR EL MÉDICO TRATANTE DEBEN SER DE APLICACIÓN ABSOLUTA, EXCLUSIVA Y NECESARIA PARA LA CURACIÓN DE LAS LESIONES SUFRIDAS EN EL ACCIDENTE.
- E. EL REEMBOLSO SE HARÁ CONTRA LA PRESENTACIÓN DE LAS FACTURAS ORIGINALES.
- F. PARA ACCIDENTES DE TRÁNSITO CUBRE EN EXCESO DEL SOAT Y FOSYGA.

2.7.2 EXCLUSIONES DEL AMPARO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE.

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, NO RECONOCERÁ LOS GASTOS MÉDICOS QUE SEAN CONSECUENCIA O ESTÉN RELACIONADOS CON:

- 2.7.2.1 LOS ACCIDENTES QUE SEAN CONSECUENCIA DE TERREMOTO, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, INUNDACIONES, HURACANES Y, EN GENERAL, TODO FENÓMENO DE LA NATURALEZA.
- 2.7.2.2. LOS ACCIDENTES RESULTANTES DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR FUSIÓN Y/O FUSIÓN NUCLEAR Y DE RADIOACTIVIDAD.
- 2.7.2.3 LOS ACCIDENTES PRODUCIDOS POR HECHOS DE GUERRA, MOTÍN, ASONADA, INSURRECCIÓN, SEDICIÓN, HUELGA O CUALQUIER ACTO QUE CONSTITUYA DELITO DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN LA LEY PENAL.
- 2.7.2.4 LOS ACCIDENTES PROVOCADOS POR LOS ASEGURADOS POR CUALQUIER INFRACCIÓN DE LEYES O DECRETOS.
- 2.7.2.5 LAS LESIONES O DAÑOS CAUSADOS SOBRE SÍ MISMO Y EN FORMA VOLUNTARIA POR EL ASEGURADO.
- 2.7.2.6 ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER CLASE DE PARTICIPACIÓN EN AVIACIÓN, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA LÍNEA AÉREA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS EN VIAJE INCLUIDO EN UN ITINERARIO REGULAR ENTRE AEROPUERTOS APROBADOS POR LA AERONÁUTICA CIVIL.
- 2.7.2.7 LOS ACCIDENTES OCURRIDOS AL ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE DROGAS TÓXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS O DE FÁRMACOS NO PRESCRITOS MÉDICAMENTE
- 2.7.2.8 LOS GASTOS MÉDICOS EN QUE SE INCURRA COMO CONSECUENCIA DE CIRUGÍA ESTÉTICA O PLÁSTICA CON FINES DE EMBELLECIMIENTO, PRÓTESIS DENTAL, CIRUGÍA O TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO, REFRACCIONES VISUALES Y SUMINISTRO DE ANTEOJOS O LENTES DE CONTACTO, A NO SER QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR ESTA PÓLIZA.
- 2.7.2.9 LAS LESIONES SUFRIDAS COMO CONSECUENCIA DE LA PRÁCTICA DE DEPORTES NOTORIAMENTE PELIGROSOS, LOS CUALES INCLUYEN, PERO NO SE LIMITAN A: COMPETENCIAS DE VELOCIDAD O HABILIDAD AUTOMOVILÍSTICA, DE MOTOCICLISMO, BOXEO, LUCHA LIBRE, PARACAIDISMO, TOREO, CARRERAS DE CABALLOS, ARTES MARCIALES, CAZA, ETC., A NIVEL PROFESIONAL.
- 2.7.2.10 TENTATIVA DE SUICIDIO, SEA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE DEMENCIA.
- 2.7.2.11 LESIONES CAUSADAS AL ASEGURADO INTENCIONALMENTE POR TERCERAS PERSONAS.
- 2.7.2.12 LESIONES CORPORALES CAUSADAS POR OTRA PERSONA CON ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE.
- 2.7.2.13 EL SECUESTRO SIMPLE O EXTORSIVO DEL ASEGURADO, EL HURTO CALIFICADO, Y SUS TENTATIVAS.
- 2.7.2.14 ENFERMEDADES FÍSICAS O PSÍQUICAS Y LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS QUE NO SEAN NECESARIOS EN RAZÓN DE ACCIDENTES AMPARADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA Y LAS INFECCIONES BACTERIANAS (SALVO INFECCIONES PIOGÉNICAS QUE ACONTEZCAN COMO CONSECUENCIA DE UNA HERIDA ACCIDENTAL).
- 2.7.2.15 DEFECTOS FÍSICOS O MENTALES Y LAS ENFERMEDADES RECURRENTE DE LAS CUALES EL ASEGURADO ERA CONSCIENTE EN LA FECHA EN QUE FUE SOLICITADA LA PÓLIZA Y QUE ESTE NO HAYA DECLARADO; ASÍ COMO LOS DEFECTOS FÍSICOS O MENTALES Y LAS ENFERMEDADES RECURRENTE QUE NO HAYAN SIDO ACEPTADAS EXPRESAMENTE POR ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA.

- 2.7.2.16 GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES Y OPERACIONES DE GUERRA (HAYA SIDO DECLARADA O NO), GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN, ASONADA, TERRORISMO, SUBVERSIÓN O ACTOS DELICTIVOS EN QUE EL ASEGURADO PARTICIPE DIRECTAMENTE.
- 2.7.2.17 LOS ACCIDENTES OCASIONADOS POR ATAQUES CARDIACOS O EPILÉPTICOS, SÍNCOPE, ROTURA DE ANEURISMAS Y LOS QUE SE PRODUZCAN MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE DROGAS TÓXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS, CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO ORDENADA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
- 2.7.2.18 EMBARAZO, ABORTO Y ALUMBRAMIENTO, O LAS LESIONES O LA MUERTE QUE SOBREVENGAN COMO CONSECUENCIA DE ESTAS CAUSAS.
- 2.7.2.19 MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE SIRVIENDO ACTIVAMENTE EN LABORES MILITARES EN LAS FUERZAS ARMADAS O DE POLICÍA DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD NACIONAL O INTERNACIONAL.
- 2.7.2.20 ACCIDENTES DE TRABAJO.

2.7.3 LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO

EL VALOR ASEGURADO DE ESTE AMPARO ADICIONAL NO PODRÁ SER SUPERIOR AL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE

2.8 RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

2.8.1 COBERTURA

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, INDEMNIZARÁ EL VALOR INDICADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA, POR CADA DÍA QUE LA PERSONA ASEGURADA SE ENCUENTRE RECLUIDA EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA O CLÍNICA, BAJO EL CUIDADO DE UN MÉDICO LEGALMENTE RECONOCIDO POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES PARA EL DESEMPEÑO DE SU PROFESIÓN.

EL PAGO SE PRODUCIRÁ SIEMPRE Y CUANDO LA ENFERMEDAD O LESIONES QUE OCASIONEN LA HOSPITALIZACIÓN SE HAYAN PRODUCIDO TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS CONTINUOS DESDE EL INGRESO A LA PÓLIZA.

EL PRESENTE AMPARO INCLUYE LA HOSPITALIZACIÓN EN CASA O DOMICILIARIA, CUANDO SEA PRESCRITA POR EL MÉDICO TRATANTE.

LA INDEMNIZACIÓN SE REALIZARÁ CON UN MÁXIMO DE CUARENTA Y CINCO DÍAS (45) POR EVENTO Y CUATRO (4) EVENTOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA (ENTENDIÉNDOSE POR EVENTO LAS HOSPITALIZACIONES COMO CONSECUENCIA DE UNA MISMA ENFERMEDAD O LESIÓN) Y SE EXTIENDE A AMPARAR AL ASEGURADO EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

2.8.1.1 HOSPITALIZACIÓN

DETERMINADA POR EL INGRESO DEL ASEGURADO COMO PACIENTE INTERNO EN UN CENTRO HOSPITALARIO AUTORIZADO, MÍNIMO POR VEINTICUATRO (24) HORAS, PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, BAJO EL CUIDADO Y SUPERVISIÓN DE UN MÉDICO LEGALMENTE RECONOCIDO POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES PARA EL DESEMPEÑO DE SU PROFESIÓN.

2.8.1.2 UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

BAJO ESTA COBERTURA, LA COMPAÑÍA RECONOCERÁ COMO BENEFICIO DIARIO, EL EQUIVALENTE A DOS (2) VECES LA SUMA PACTADA EN LA COBERTURA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN, DURANTE LA PERMANENCIA DEL ASEGURADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SIN EXCEDER DE TREINTA (30) DÍAS CONTINUOS, COMO RESULTADO DE UN MISMO ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

ESTOS AMPAROS TIENEN UN PERIODO DE NO COBERTURA DE UN (1) DA, POR LO CUAL LA COMPAÑÍA PAGARÁ UNA SUMA DIARIA POR CADA DÍA DE HOSPITALIZACIÓN O DE UCI, A PARTIR DEL SEGUNDO (2do) DÍA.

ESTA COBERTURA SOLO TENDRÁ VALIDEZ, POR INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO Y NO EN LA DE CUIDADO INTERMEDIO, ASÍ LA MISMA, SE ENCUENTRE HABILITADA EN EL MISMO ESPACIO FÍSICO DENTRO DE LA ENTIDAD HOSPITALARIA.

2.8.1.3 TRATAMIENTO MÉDICO Y CIRUGÍA AMBULATORIA

SE ENTIENDE COMO TAL LA REALIZACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO NECESARIO PARA EL ASEGURADO, EFECTUADO COMO SERVICIO AMBULATORIO, DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA O CENTRO DE CIRUGÍA AUTORIZADO QUE CUMPLA CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS PARA TAL FIN.

BAJO ESTE AMPARO, LA COMPAÑÍA PAGARÁ UNA VEZ POR VIGENCIA LA SUMA ESTIPULADA POR TRATAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE UNA MISMA LESIÓN O ENFERMEDAD.

2.8.1.4 PARTO NORMAL O POR CESÁREA

EL PARTO NORMAL O POR CESÁREA, ESTARÁN CUBIERTOS POR EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL SIEMPRE Y CUANDO EL EMBARAZO SE HAYA INICIADO DESPUÉS DE ENTRAR EN VIGENCIA EL SEGURO.

BAJO ESTA COBERTURA ADICIONAL, SE RECONOCERÁ LA SUMA DIARIA ASEGURADA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA POR CADA DÍA QUE LA ASEGURADA PERMANEZCA HOSPITALIZADA, CON UN MÁXIMO DE CINCO (5) DÍAS POR EVENTO Y POR VIGENCIA.

2.8.2 EXCLUSIONES DEL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

SALVO ESTIPULACIÓN EXPRESA EN CONTRARIO, EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL NO CUBRE LOS EVENTOS A CONTINUACIÓN RELACIONADOS, NO OBSTANTE, PRODUZCAN AL ASEGURADO LAS CONSECUENCIAS ANTERIORMENTE DESCRITAS:

2.8.2.1 HOSPITALIZACIÓN COMO RESULTADO DE UNA INFECCIÓN PRODUCIDA POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (HIV) O VARIANTES, INCLUYENDO EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) O ENFERMEDADES RELACIONADAS.

2.8.2.2 HOSPITALIZACIONES RELACIONADAS O COMO CONSECUENCIA DEL CÁNCER Y SU TRATAMIENTO.

2.8.2.3 HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS COMO CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES Y/O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA.

2.8.2.4 HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO EN UN CENTRO HOSPITALARIO, QUE NO CUMPLA CON LOS REQUISITOS ESPECIFICADOS ANTERIORMENTE, O QUE EL ASEGURADO NO SE ENCUENTRE BAJO LA ATENCIÓN Y CUIDADO DE UN MÉDICO AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN.

2.8.2.5 HOSPITALIZACIONES DEL ASEGURADO EN INSTITUCIONES MENTALES PARA TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS, LOS LUGARES DE REPOSO, CONVALECENCIA O DESCANSO PARA ANCIANOS, CENTROS DE TRATAMIENTO PARA DROGADICTOS O ALCOHÓLICOS, CENTROS DE CUIDADO INTERMEDIO O LIGARES DONDE SE PROPORCIONAN TRATAMIENTOS NATURISTAS O DE ESTÉTICA.

2.8.2.6 TODO CUIDADO AMBULATORIO PROVISTO EN EL CONSULTORIO DE UN MÉDICO.

2.8.2.7 HOSPITALIZACIÓN PARA TRATAMIENTOS DE BELLEZA O CIRUGÍA CON FINES ESTÉTICOS O CIRUGÍAS PLÁSTICAS PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO, A MENOS QUE SEAN CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO.

2.8.2.8 HOSPITALIZACIONES PARA PRÁCTICA DE EXÁMENES MÉDICOS DE RUTINA, EXÁMENES DE LABORATORIO, RADIOGRAFÍAS, FISIOTERAPIA, TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS, DE DIAGNÓSTICO Y CONSULTAS MÉDICAS.

- 2.8.2.9 HOSPITALIZACIONES RELACIONADAS CON TENTATIVAS DE SUICIDIO, BIEN SEA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE DEMENCIA; ASÍ COMO LAS LESIONES AUTOINFLIGIDAS O CUALQUIER INTENTO DE ELLO.
- 2.8.2.10 HOSPITALIZACIÓN POR CHEQUEOS MÉDICOS, CHEQUEOS DE CONTROL O COMPLICACIONES DEL EMBARAZO.
- 2.8.2.11 HOSPITALIZACIONES ORIGINADAS O RELACIONADAS CON ABORTO PROVOCADO.
- 2.8.2.12 HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS QUE SEAN CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS.
- 2.8.2.13 HOSPITALIZACIONES PARA CIRUGÍAS PARA LA EXTRACCIÓN O CAUTERIZACIÓN DE VERRUGAS O LUNARES, UÑAS ENCARNADAS, LIPOMAS Y QUISTES SEBÁCEOS.
- 2.8.2.14 CIRUGÍAS Y TRATAMIENTOS DESTINADOS A ESTERILIZACIÓN O FERTILIDAD TANTO MASCULINA COMO FEMENINA.
- 2.8.2.15 HOSPITALIZACIONES QUE SEAN CONSECUENCIA DE LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN PELEAS O RIÑAS; SALVO EN LOS CASOS EN QUE SE TRATE EN LEGÍTIMA DEFENSA.
- 2.8.2.16 HOSPITALIZACIONES POR CAUSA DE CATÁSTROFES NATURALES.
- 2.8.2.17 HOSPITALIZACIONES RELACIONADAS CON LOS ACCIDENTE OCURRIDOS MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE SIENDO TRANSPORTADO EN AERONAVES PRIVADAS Y NO COMERCIALES (INCLUIDOS LOS HELICÓPTEROS).
- 2.8.2.18 ACCIDENTES DE TRABAJO
- 2.8.2.19 EPIDEMIAS PANDEMIAS E INFECCIONES
- 2.8.3 PAGO DE BENEFICIOS
- 2.8.3.1 TODO PAGO PARCIAL EFECTUADO POR LA COMPAÑÍA BAJO EL PRESENTE AMPARO, SERÁ CONSIDERADO COMO UN ADELANTO DE LA SUMA DEFINITIVA A INDEMNIZAR RESPECTO DEL ACCIDENTE QUE ORIGINÓ DICHO PAGO.
- 2.8.3.2. LA HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO QUE COMIENCE EN LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO ADICIONAL Y QUE SE DEBA A LA MISMA CAUSA O CAUSAS RELACIONADAS CON UNA HOSPITALIZACIÓN ANTERIOR Y POR LA CUAL SE HAYA PAGADO INDEMNIZACIÓN DIARIA BAJO ESTE AMPARO ADICIONAL, SIN QUE EXISTA UN PERIODO ENTRE ELLAS DE POR LO MENOS DOCE (12) MESES, SERÁ CONSIDERADA UNA CONTINUACIÓN DE DICHA HOSPITALIZACIÓN ANTERIOR PARA EFECTOS DE DETERMINAR EL PERIODO DE INDEMNIZACIÓN ESTIPULADO Y EL MÁXIMO BENEFICIO PAGADERO POR EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL.
- 2.8.3.3 POR EL CONTRARIO, HOSPITALIZACIONES SEPARADAS POR UN PERIODO IGUAL O SUPERIOR A DOCE (12) MESES Y HOSPITALIZACIONES QUE NO TENGAN UNA MISMA CAUSA O CAUSAS RELACIONADAS, NO SERÁN CONSIDERADAS COMO OCURRIDAS DURANTE EL MISMO PERIODO DE INDEMNIZACIÓN ESTIPULADO Y EL MÁXIMO BENEFICIO PAGADERO BAJO ESTE ANEXO.

Parágrafo

PARA OBTENER EL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN ES INDISPENSABLE QUE AL MOMENTO DE LA HOSPITALIZACIÓN Y/O CIRUGÍA, EL ASEGURADO SE ENCUENTRE AFILIADO A UNA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD (E.P.S.).

2.8.3 LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO

EL VALOR ASEGURADO TOTAL DE ESTE AMPARO ADICIONAL NO PODRÁ SER SUPERIOR AL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE.

2.9 RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

2.9.1 COBERTURA

CUANDO DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DE UN EVENTO CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA, AL ASEGURADO SE LE GENERE UNA INCAPACIDAD TEMPORAL A CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O UN ACCIDENTE QUE LE IMPIDA EL DESEMPEÑO DE TODOS Y CADA UNO DE LOS DEBERES Y OBLIGACIONES RELACIONADOS CON SU ACTIVIDAD DIARIA, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, INDEMNIZARÁ LOS DÍAS CORRESPONDIENTES A LA INCAPACIDAD HASTA POR UN PERIODO MÁXIMO DE TREINTA (30) DÍAS POR EVENTO – VIGENCIA

EN CASO DE INCAPACIDAD A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE, SE TIENE UN PERIODO DE NO COBERTURA DE TRES (3) DÍAS, POR LO CUAL LA COMPAÑÍA PAGARÁ UNA SUMA DIARIA POR CADA DÍA DE INCAPACIDAD, A PARTIR DEL CUARTO (4) DÍA.

EN CASO DE INCAPACIDAD A CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE, SE TIENE UN PERIODO DE NO COBERTURA DE SIETE (7) DÍAS, POR LO CUAL LA COMPAÑÍA PAGARÁ UNA SUMA DIARIA POR CADA DÍA DE INCAPACIDAD, A PARTIR DEL OCTAVO (8) DÍA.

2.9.2. EXCLUSIONES DEL AMPARO RENTA DIARIA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, NO RECONOCERÁ LA INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE, QUE TENGA COMO CONSECUENCIA O ESTÉ RELACIONADA CON:

- 2.9.2.1 INCAPACIDADES COMO CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES Y/O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA
- 2.9.2.2 INCAPACIDADES DERIVADAS DE TRATAMIENTOS DE BELLEZA O CIRUGÍA CON FINES ESTÉTICOS O CIRUGÍAS PLÁSTICAS PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO, A MENOS QUE SEAN CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO
- 2.9.2.3 LOS ACCIDENTES QUE SEAN CONSECUENCIA DE TERREMOTO, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, INUNDACIONES, HURACANES Y, EN GENERAL, TODO FENÓMENO DE LA NATURALEZA.
- 2.9.2.4 HOSPITALIZACIONES QUE SEAN CONSECUENCIA DE LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN PELEAS O RIÑAS; SALVO EN LOS CASOS EN QUE SE TRATE EN LEGÍTIMA DEFENSA.
- 2.9.2.5 LOS ACCIDENTES RESULTANTES DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR FISIÓN Y/O FUSIÓN NUCLEAR Y DE RADIOACTIVIDAD.
- 2.9.2.6 LOS ACCIDENTES PRODUCIDOS POR HECHOS DE GUERRA, MOTÍN, ASONADA, INSURRECCIÓN, SEDICIÓN, HUELGA O CUALQUIER ACTO QUE CONSTITUYA DELITO DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN LA LEY PENAL.
- 2.9.2.7 LOS ACCIDENTES PROVOCADOS POR EL ASEGURADO POR CUALQUIER INFRACCIÓN DE LEYES O DECRETOS.
- 2.9.2.8 LAS LESIONES O DAÑOS CAUSADOS SOBRE SÍ MISMO Y EN FORMA VOLUNTARIA POR EL ASEGURADO.
- 2.9.2.9 ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE CUALQUIER CLASE DE PARTICIPACIÓN EN AVIACIÓN, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA LÍNEA AÉREA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS EN VIAJE INCLUIDO EN UN ITINERARIO REGULAR ENTRE AEROPUERTOS APROBADOS POR LA AERONÁUTICA CIVIL.
- 2.9.2.10 LOS ACCIDENTES OCURRIDOS POR ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, DROGAS TOXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS.
- 2.9.2.11 LOS GASTOS MÉDICOS EN QUE SE INCURRA COMO CONSECUENCIA DE CIRUGÍA ESTÉTICA O PLÁSTICA CON FINES DE EMBELLECIMIENTO, PRÓTESIS DENTAL, CIRUGÍA O TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO, REFRACCIONES VISUALES Y SUMINISTRO DE ANTEOJOS O LENTES DE

CONTACTO, A NO SER QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR ESTA PÓLIZA.

- 2.9.2.12 LAS LESIONES SUFRIDAS COMO CONSECUENCIA DE LA PRÁCTICA DE DEPORTES DE CARÁCTER PROFESIONAL, LOS CUALES INCLUYEN, PERO NO SE LIMITAN A: COMPETENCIAS DE VELOCIDAD O HABILIDAD AUTOMOVILÍSTICA, DE MOTOCICLISMO, BOXEO, LUCHA LIBRE, PARACAIDISMO, TOREO, CARRERAS DE CABALLOS, ARTES MARCIALES, CAZA, ETC., A NIVEL PROFESIONAL.
- 2.9.2.13 SUICIDIO O SUS TENTATIVAS, SEA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE DEMENCIA.
- 2.9.2.14 LESIONES CORPORALES CAUSADAS POR OTRA PERSONA CON ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE.
- 2.9.2.15 EL SECUESTRO SIMPLE O EXTORSIVO DEL ASEGURADO, EL HURTO CALIFICADO, Y SUS TENTATIVAS.
- 2.9.2.16 ENFERMEDADES FÍSICAS O PSÍQUICAS Y LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS QUE NO SEAN NECESARIOS EN RAZÓN DE ACCIDENTES AMPARADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA Y LAS INFECCIONES BACTERIANAS (SALVO INFECCIONES PROGÉNICAS QUE ACONTEZCAN COMO CONSECUENCIA DE UNA HERIDA ACCIDENTAL).
- 2.9.2.17 DEFECTOS FÍSICOS O MENTALES Y LAS ENFERMEDADES RECURRENTE DE LAS CUALES EL ASEGURADO ERA CONSCIENTE EN LA FECHA EN QUE FUE SOLICITADA LA PÓLIZA Y QUE ESTE NO HAYA DECLARADO; ASÍ COMO LOS DEFECTOS FÍSICOS O MENTALES Y LAS ENFERMEDADES RECURRENTE QUE NO HAYAN SIDO ACEPTADAS EXPRESAMENTE POR ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA.
- 2.9.2.18 GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES Y OPERACIONES DE GUERRA (HAYA SIDO DECLARADA O NO), GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN, ASONADA, TERRORISMO, SUBVERSIÓN O ACTOS DELICTIVOS EN QUE EL ASEGURADO PARTICIPE DIRECTAMENTE.
- 2.9.2.19 LOS ACCIDENTES OCASIONADOS POR ATAQUES CARDIACOS O EPILÉPTICOS, SÍNCOPE, ROTURA DE ANEURISMAS Y LOS QUE SE PRODUZCAN MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE DROGAS TÓXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS, CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO ORDENADA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
- 2.9.2.20 EMBARAZO, ABORTO Y ALUMBRAMIENTO, O LAS LESIONES QUE SOBREVENGAN COMO CONSECUENCIA DE ESTOS.
- 2.9.2.21 MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE SIRVIENDO EN LABORES MILITARES EN LAS FUERZAS ARMADAS O DE POLICÍA DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD NACIONAL O INTERNACIONAL.
- 2.9.2.22 LOS ACCIDENTES OCURRIDOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON ANTERIORIDAD A LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
- 2.9.2.23 ACCIDENTES DE TRABAJO.
- 2.9.2.24 INCAPACIDADES NO OTORGADAS POR EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL COLOMBIANO.
- 2.9.2.25 EPIDEMIAS PANDEMIAS E INFECCIONES.
- 2.9.3 COEXISTENCIAS DE AMPAROS.

EL ASEGURADO NO PODRÁ ESTAR CUBIERTO POR MÁS DE UN AMPARO ADICIONAL EXPEDIDO POR ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, QUE CUBRA EL MISMO RIESGO.

EN CASO DE PRESENTARSE TAL EVENTO Y OCURRA UN SINIESTRO, SE CONSIDERARÁ A ESTE ASEGURADO CUBIERTO POR EL AMPARO ADICIONAL QUE LE PROPORCIONE EL MAYOR BENEFICIO.

2.9.3 LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO

EL VALOR ASEGURADO TOTAL DE ESTE AMPARO ADICIONAL NO PODRÁ SER SUPERIOR AL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE

2.10 CANASTA

2.10.1 COBERTURA

EN EL EVENTO DE PRESENTARSE EL FALLECIMIENTO O LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA RECONOCERÁ LA SUMA INDICADA PARA ESTE AMPARO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA, REALIZANDO UN SOLO PAGO POR TODAS LAS MENSUALIDADES CONTRATADAS, DESTINADA A CUBRIR LOS GASTOS RELACIONADOS CON:

- 2.10.1.1 AUXILIO PARA GASTOS DEL HOGAR
- 2.10.1.2 AUXILIO ECONÓMICO PARA EL PAGO DE GASTOS EDUCATIVOS
- 2.10.1.3 AUXILIO POR MATERNIDAD O PATERNIDAD
- 2.10.1.4 AUXILIO ECONÓMICO PARA EL PAGO DE SERVICIOS PÚBLICOS
- 2.10.1.5 AUXILIO ECONÓMICO PARA LA ADECUACIÓN DEL VEHÍCULO POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
- 2.10.1.6 AUXILIO DE REPATRIACIÓN
- 2.10.1.7 AUXILIO POR DESEMPLEO

2.10.2 EXCLUSIONES DEL AMPARO DE CANASTA

SEGÚN SEA EL CASO, APLICARAN LAS EXCLUSIONES INDICADAS PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE O PARA EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, INDICADAS EN EL PRESENTE CLAUSULADO.

2.10.3 PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA EL ASEGURADO LLEGARE A FALLECER O INCAPACITARSE TOTAL Y PERMANENTEMENTE COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO AMPARADO POR LA PÓLIZA, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, INDEMNIZARÁ EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA

EDADES

PARA LAS PÓLIZAS DE VIDA GRUPO SE ESTABLECEN EDADES MÍNIMAS DE INGRESO Y MÁXIMAS DE INGRESO Y DE PERMANENCIA PARA CADA UNO DE LOS AMPAROS, DESCRITOS A CONTINUACIÓN:

	EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO Todas las edades son más 364 días	EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA Todas las edades son más 364 días
AMPARO BÁSICO			
AMPARO BÁSICO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	14 años	75 años	INDEFINIDA O HASTA LA FECHA EN QUE DEJE DE PERTENECER AL GRUPO ASEGURADO
AMPAROS ADICIONALES			
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	14 años	64 años	65 años
ENFERMEDADES GRAVES	14 años	59 años	65 años
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL	14 años	64 años	65 años
BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN E INHABILITACIÓN ACCIDENTAL	14 años	64 años	65 años
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN	14 años	64 años	65 años
GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE	14 años	59 años	65 años
RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE	14 años	64 años	65 años

AUXILIO FUNERARIO	14 años	75 años	INDEFINIDA O HASTA LA FECHA EN QUE DEJE DE PERTENECER AL GRUPO ASEGURADO
CANASTA	14 años	75 años	INDEFINIDA O HASTA LA FECHA EN QUE DEJE DE PERTENECER AL GRUPO ASEGURADO

2.11 AMPARO FAMILIAR

2.11.1 COBERTURAS

EL PRESENTE AMPARO TIENE POR OBJETO OTORGAR COBERTURA A LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR DEL ASEGURADO PRINCIPAL, DE LA SIGUIENTE MANERA:

	(MUERTE POR CUALQUIER CAUSA) / AUXILIO FUNERARIO / CANASTA	INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	ENFERMEDADES GRAVES	AUXILIO FUNERARIO
CÓNYUGE	MÁXIMO 100% DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO PRINCIPAL	MÁXIMO 100% DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO PRINCIPAL	MÁXIMO 50% DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO PRINCIPAL	MÁXIMO 100% DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO PRINCIPAL
HIJOS, HIJASTROS Y HERMANOS	MÁXIMO 25% DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO PRINCIPAL	N.A.	MÁXIMO 50% DEL AMPARO BASICO	MÁXIMO 50% DEL AMPARO BASICO
PROGENITORES	MÁXIMO 25% DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO PRINCIPAL	N.A.	MÁXIMO 50% DEL AMPARO BASICO	MÁXIMO 50% DEL AMPARO BASICO

EDADES GRUPO FAMILIAR

BASICO (MUERTE POR CUALQUIER CAUSA), INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE, INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL, CANASTA, AUXILIO FUNERARIO)			
PARENTESCO/AMPARO	EDAD MINIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO Todas las edades son más 364 días	EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA Todas las edades son más 364 días
CONYUGE	Las mismas del Asegurado Principal	Las mismas del Asegurado Principal	Las mismas del Asegurado Principal
HIJOS, HIJASTROS Y HERMANOS	2 años	35 años	39 años
PROGENITORES	35 años	69 años	74 años

ENFERMEDADES GRAVES, RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION			
PARENTESCO/AMPARO	EDAD MINIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO Todas las edades son más 364 días	EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA Todas las edades son más 364 días
CONYUGE	Las mismas del Asegurado Principal	Las mismas del Asegurado Principal	Las mismas del Asegurado Principal
HIJOS, HIJASTROS Y HERMANOS	2 años	24 años	29 años
PROGENITORES	35 años	54 años	59 años

2.11.2. EXCLUSIONES

LAS EXCLUSIONES PARA ESTOS AMPAROS SON LAS MISMAS INDICADAS EN EL PRESENTE CLAUSULADO GENERAL.

CLAUSULA SEGUNDA. Definiciones

Para los efectos del presente contrato y donde quiera que se utilicen, las siguientes expresiones significarán:

1. Sector Financiero

El sistema financiero colombiano está conformado por un conjunto de organismos e instituciones, tanto públicas como privadas, por medio de las cuales se captan, administran, regulan y dirigen los recursos financieros que se negocian entre los diversos agentes económicos llámense empresas, Estado y/o sector público. Está integrado por los establecimientos de crédito, las sociedades de servicios financieros y otros establecimientos financieros que agrupan las diferentes líneas de negocio del sector y están vigilados por la Superintendencia Financiera de Colombia.

2. Asegurador.

Compañía aseguradora (Aseguradora Solidaria de Colombia., Entidad Cooperativa).

2. Tomador.

Es la persona jurídica que, por tener interés asegurable, contrata un seguro por cuenta de terceros para asegurar un número determinado de personas. El tomador, es el responsable del pago de la totalidad de las primas causadas a través de la vigencia de la póliza.

3. Grupo Asegurable.

Conjunto de personas naturales, no siendo este grupo inferior a 10 personas, con potencialidad de convertirse en un grupo asegurado, vinculados 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 y cuyo vínculo no se presente con el propósito de contratar el seguro de vida.

4. Grupo Asegurado.

Conjunto de miembros del grupo asegurable cuya vida se asegura desde la fecha en que cumplen con los requisitos de elegibilidad, por las sumas y en los términos especificados en esta póliza.

5. Asegurado.

Es cada una de las personas del grupo asegurado.

6. Valor Asegurado

Valor que la Compañía se compromete a pagar al asegurado o beneficiarios en caso de afectación de una o varias coberturas contratadas,

7. Enfermedad.

Alteración de la salud en detrimento de una persona como resultado de la acción de múltiples factores que menoscaban la capacidad personal, laboral, familiar y social de quien la padece y que requiere de atención médica o quirúrgica.

8. Accidente.

Es el suceso imprevisto, violento, visible, de origen externo, que no depende de la voluntad del asegurado y que en forma directa produce lesiones corporales visibles o lesiones internas médicamente comprobables.

9. Tratamiento.

Conjunto de medios por los cuales se cura o alivia una enfermedad o una lesión por accidente.

10. Médico.

Es la persona natural que, cumpliendo con los requisitos legales, está autorizado para el ejercicio de la profesión en el área clínica, quirúrgica o de apoyo diagnóstico o asistencial.

11. Centro Hospitalario:

Establecimiento legalmente registrado y autorizado que reúne las condiciones exigidas para atender a los enfermos. No se consideran centros hospitalarios para efectos de esta póliza los siguientes establecimientos:

- a. Instituciones para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas y mentales.
- b. Lugares de reposo, convalecencia o descanso para ancianos, drogadictos o alcohólicos.
- c. Lugares donde se proporcionan tratamientos naturistas.

12. Unidad de cuidados intensivos.

Es el lugar de cuidado especializado ubicado en un centro hospitalario dotado con recursos humanos y equipos especiales, donde se presta atención permanente al paciente crítico.

13. Diagnóstico.

Es toda identificación de una enfermedad fundándose en los síntomas manifestados por el enfermo, confirmadas por evidencias clínicas y paraclínicas.

14. Enfermedad Preexistente.

es cualquier patología, afección o condición médica, diagnosticada o manifestada con anterioridad a la entrada en vigencia de la póliza o la fecha de ingreso de cada asegurado, sean estas agudas o crónicas, quedaran excluidas de las coberturas otorgadas bajo el contrato de seguro que se celebre, salvo manifestación expresa en contrario de la aseguradora. Cuando la patología principal sea preexistente, quedaran además excluidas todas aquellas patologías relacionadas con ella.

15. 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 le sea propuesto. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por aseguradora solidaria, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducirlo a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del presente contrato o de sus certificados.

16. Periodo de Hospitalización.

Comprende todas las hospitalizaciones continuas o discontinuas que requiera cualquiera de los asegurados, debidas a una misma causa o relacionadas entre sí.

17. Beneficios.

Son los límites máximos que por concepto de indemnización reconoce la compañía, de acuerdo con los términos y condiciones que se establecen en la carátula de la póliza o en sus anexos.

18. Uso de red

Es el canal mediante el cual permite a las compañías de seguros comercializar, promover y gestionar productos haciendo uso de la red de las entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia.

19. Cónyuge

Es la condición civil que se demuestra a través de registro civil de matrimonio o declaración extra-juicio de convivencia (unión marital de hecho).

20. Seguro de grupo contributivo

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

21. Seguro de grupo no contributivo

Es aquel cuya prima es sufragada en su totalidad por el tomador del seguro.

CLAUSULA CUARTA. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.

TODA PERSONA ESTÁ OBLIGADA A CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD QUE SEÑALE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, PARA PODER SER INCLUIDO EN EL GRUPO ASEGURADO.

CLAUSULA QUINTA. VIGENCIA DE LOS AMPAROS INDIVIDUALES.

LOS AMPAROS INDIVIDUALMENTE CONSIDERADOS, SÓLO ENTRARÁN EN VIGOR A PARTIR DE LA FECHA EN QUE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA COMUNIQUE POR ESCRITO SU APROBACIÓN AL TOMADOR.

INDEPENDIENTEMENTE DEL MOMENTO EN QUE LA PERSONA INGRESE A FORMAR PARTE DEL GRUPO ASEGURADOS, LA PRESENTE PÓLIZA VENCE EN LA MISMA FECHA PARA TODO EL GRUPO ASEGURADO.

CLÁUSULA SEXTA. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL.

EL SEGURO DE CUALQUIERA DE LAS PERSONAS AMPARADAS POR LA PRESENTE PÓLIZA Y SUS AMPAROS ADICIONALES TERMINARÁ POR LAS SIGUIENTES CAUSAS:

- A. POR EL NO PAGO DE LA PRIMA DE PARTE DEL TOMADOR, VENCIDO EL PERIODO DE GRACIA.
- B. AL VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA SI ÉSTA NO SE RENUEVA.
- C. CUANDO EL ASEGURADO, POR ESCRITO, SOLICITA SU EXCLUSIÓN DE LA PÓLIZA, EN ESTE CASO LA DEVOLUCION DE PRIMAS NO DEVENGADAS SE CALCULARA A PRORRATA
- D. POR CUMPLIR EL ASEGURADO LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA INDICADA EN CADA AMPARO.
- E. POR REVOCACIÓN
- F. CUANDO AL MOMENTO DE RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, EL GRUPO ASEGURADO SEA INFERIOR A DIEZ (10) ASEGURADOS PRINCIPALES
- G. CUANDO EL ASEGURADO DEJE DE PERTENECER AL GRUPO ASEGURADO.
- H. PARA LOS FAMILIARES CUANDO EL ASEGURADO PRINCIPAL DEJE DE PERTENECER AL GRUPO.
- I. EN LOS EVENTOS DE MUERTE O CALIFICACIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO PRINCIPAL; EL SEGURO PARA LOS FAMILIARES ASEGURADOS TERMINARA AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA ESTIPULADA EN LA PÓLIZA O EN SUS ANEXOS DE RENOVACIÓN.

Parágrafo.

EN EL CASO DE LAS CAUSALES DE TERMINACIÓN PREVISTAS EN LOS LITERALES D, F, G, H, I ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, NOTIFICARÁ PREVIAMENTE DICHA CAUSAL AL ASEGURADO.

CLAUSULA SÉPTIMA. SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL.

EL VALOR ASEGURADO ES EL SEÑALADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL PARA CADA COBERTURA Y AUMENTARÁ EN CADA RENOVACIÓN EN EL PORCENTAJE ACORDADO CON LA EMPRESA TOMADOR DEL SEGURO.

CLAUSULA OCTAVA. PAGO DE PRIMAS.

EL PAGO DE LA PRIMERA PRIMA, ES CONDICIÓN INDISPENSABLE PARA LA VIGENCIA DEL SEGURO. PARA EL PAGO DE LAS DEMÁS PRIMAS, SEAN SEMESTRALES, TRIMESTRALES O MENSUALES, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, CONCEDE UN PLAZO DE GRACIA DE UN (1) MES CALENDARIO, A PARTIR DE LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO. DURANTE DICHO PLAZO SE CONSIDERA EL SEGURO EN VIGOR Y POR CONSIGUIENTE SI OCURRE ALGÚN SINIESTRO, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, 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 VIGENCIA RESPECTIVA.

SI LAS PRIMAS POSTERIORES A LA PRIMERA NO FUEREN PAGADAS ANTES DE VENCERSE EL PLAZO DE GRACIA, SE PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA QUEDARÁ LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD POR SINIESTROS OCURRIDOS DESPUÉS DE LA EXPIRACIÓN DE DICHO PLAZO.

CLAUSULA NOVENA. BENEFICIARIO.

EL BENEFICIARIO PODRÁ SER NOMBRADO A TÍTULO GRATUITO O A TÍTULO ONEROSO, SERÁ BENEFICIARIO A TÍTULO GRATUITO AQUEL CUYA DESIGNACIÓN TIENE POR CAUSA LA MERA LIBERALIDAD DEL TOMADOR O DEL ASEGURADO. EN LOS DEMÁS CASOS, EL BENEFICIARIO SERÁ A TÍTULO ONEROSO.

EN DEFECTO DE ESTIPULACIÓN EXPRESA EN LA PÓLIZA, SE PRESUMIRÁ QUE EL BENEFICIARIO HA SIDO DESIGNADO A TÍTULO GRATUITO.

EL ASEGURADO PODRÁ CAMBIAR DE BENEFICIARIO EN CUALQUIER MOMENTO, PERO TAL CAMBIO SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA FECHA DE NOTIFICACIÓN POR ESCRITO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA.

EL TOMADOR NO PODRÁ INTERVENIR EN LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS NI FIGURAR COMO TAL, SALVO QUE SEA A TÍTULO ONEROSO EN LOS SEGUROS DE VIDA DE GRUPO DEUDORES.

EN EL EVENTO EN QUE EL BENEFICIARIO SEA A TÍTULO GRATUITO Y OCURRA EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO SIN QUE SE HAYA DESIGNADO BENEFICIARIO, O LA DESIGNACIÓN SE HICIERE INEFICAZ O QUEDARE SIN EFECTO POR CUALQUIER CAUSA, O FALLECIERA SIMULTÁNEAMENTE CON EL ASEGURADO O SE IGNORE CUÁL DE LOS DOS HA MUERTO PRIMERO, SERÁN BENEFICIARIOS LOS DE LEY, CONFORME AL ARTICULO 1142 DEL CÓDIGO DE COMERCIO

CLAUSULA DÉCIMA. TRAMITE DE SINIESTRO.

EN CASO DE SINIESTRO QUE PUEDA DAR LUGAR A RECLAMACIÓN BAJO LA PÓLIZA, SUS AMPAROS ADICIONALES, O ANEXOS EL TOMADOR O EL BENEFICIARIO, SEGÚN EL CASO, DEBERÁN DAR AVISO DEL SINIESTRO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, DENTRO DE LOS TRES (3) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE HAYA CONOCIDO O DEBIDO CONOCER SU OCURRENCIA, EN CASO DE MUERTE, EL AVISO SE DARÁ DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS COMUNES SIGUIENTES A AQUEL EN QUE HAYA CONOCIDO O DEBIDO CONOCER SU OCURRENCIA, ASÍ COMO FACILITAR A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, LA INVESTIGACIÓN DEL SINIESTRO.

Parágrafo.

SISTEMA SIMPLIFICADO PARA ATENCIÓN DE SINIESTROS

EL PLAZO DE SOLUCIÓN DE RECLAMACIONES ES DE 20 DÍAS CALENDARIO, CONTADOS DESDE LA FORMALIZACIÓN DE RECLAMO EN LOS TÉRMINOS DEL ART. 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, DICHO PLAZO SOLO APLICA PARA LAS PÓLIZAS QUE SE COMERCIALIZEN A TRAVÉS DEL CANAL USO DE RED.

CLAUSULA DÉCIMA PRIMERA. ADHESIÓN.

SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO SE PRESENTAN MODIFICACIONES A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, LEGALMENTE APROBADAS, QUE REPRESENTEN UN BENEFICIO EN FAVOR DEL ASEGURADO, TALES MODIFICACIONES SE CONSIDERARÁN AUTOMÁTICAMENTE INCORPORADAS A LA PÓLIZA, SIEMPRE QUE EL CAMBIO NO IMPLIQUE UN AUMENTO A LA PRIMA ORIGINALMENTE PACTADA Y LAS MISMAS HAYAN SIDO PREVIAMENTE INFORMADAS Y SUMINISTRADAS AL CONSUMIDOR FINANCIERO.

CLAUSULA DÉCIMA SEGUNDA. MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

EL PRESENTE CONTRATO SE CELEBRA, CON BASE EN LOS DATOS FACILITADOS POR EL TOMADOR Y ASEGURADO DEL SEGURO, DECLARACIÓN SOBRE EL ESTADO DE SALUD, DOMICILIO, PROFESIÓN, OCUPACIÓN Y DEMÁS DATOS CONTENIDOS EN LOS CUESTIONARIOS PRESENTADOS POR ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, TODO LO CUAL HA DETERMINADO LA ACEPTACIÓN DEL RIESGO Y EL CÁLCULO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE. SOLAMENTE RESPECTO DE LOS AMPAROS ADICIONALES, EL ASEGURADO O EL TOMADOR ESTÁ OBLIGADO A COMUNICAR A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA CUALQUIER MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

EN TAL VIRTUD, TANTO EL TOMADOR COMO EL ASEGURADO SE ENCUENTRAN OBLIGADOS A NOTIFICAR POR ESCRITO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS NO PREVISIBLES QUE SOBREVENGAN CON POSTERIORIDAD A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO Y QUE SIGNIFIQUEN AGRAVACIÓN DEL RIESGO. LA NOTIFICACIÓN DEBE HACERSE CON UNA ANTELACIÓN NO MENOR DE DIEZ (10) DÍAS HÁBILES A LA FECHA DE LA MODIFICACIÓN DEL RIESGO, SI ÉSTA DEPENDE DEL ARBITRIO DEL TOMADOR O ASEGURADO, O ES CONOCIDA POR ALGUNO DE ELLOS.

DEPENDIENDO DE LA MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, PODRÁ MODIFICAR LAS CONDICIONES TÉCNICAS Y ECONÓMICAS DEL PRESENTE CONTRATO A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE TENGA CONOCIMIENTO, DE DICHA MODIFICACIÓN POR PARTE DE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA.

CLAUSULA DÉCIMA TERCERA. AMPAROS Y EXCLUSIONES

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, CON ESTRUCTURA SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y LÍMITES DE SUMA ASEGURADA, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES DEL TOMADOR Y DE LOS ASEGURADOS INDIVIDUALES, CONSIGNADAS EN LA PRESENTE PÓLIZA O SUS ANEXOS Y EN SUS SOLICITUDES, LAS CUALES SE INCORPORAN A ESTE CONTRATO DE SEGURO, CUBRE LOS RIESGOS RELACIONADOS, OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO, SALVO LAS EXCLUSIONES CONSIGNADAS EN CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES. IGUALMENTE, FORMAN PARTE DEL CONTRATO, TODAS 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.

CLAUSULA DÉCIMA CUARTA. CONTINUIDAD DE COBERTURA.

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, OTORGA AL GRUPO ASEGURADO VIGENTE AL MOMENTO DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA CONTINUIDAD DE COBERTURA QUE TUVIERAN CON OTRA ASEGURADORA, LO CUAL IMPLICA QUE SE AMPARAN LAS COBERTURAS CONTRATADAS Y HASTA POR EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO, ACEPTANDO DICHS RIESGOS EN EL ESTADO EN QUE SE ENCUENTREN Y EN IGUALES CONDICIONES DE EDAD, ESTADO DE SALUD, CALIFICACIÓN DE EXTRAPRIMAS, PORCENTAJES, LIMITACIONES DE COBERTURA Y CAUSAS.

EN ESTA CLÁUSULA SE APLICARÁN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES, ALCANCES DE COBERTURA Y CLÁUSULAS DEFINIDAS POR ASEGURADORA SOLIDARIA, EN EL PRESENTE CONDICIONADO Y CONDICIONES PARTICULARES, INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO A LAS EDADES DE PERMANENCIA

PARA EFECTOS DE LAS PREEXISTENCIAS SE CUBREN LAS QUE SE HAYAN ADMITIDO EN LA PÓLIZA ANTERIOR, EXCEPTO PARA EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, TODA VEZ QUE SU COBERTURA Y POR CONSIGUIENTE LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA SE VA A ESTABLECER CON BASE EN LA FECHA DEL EVENTO GENERADOR Y FECHA ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD.

EN VIRTUD DE ESTA CLÁUSULA, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, SE SUBROGA EN LOS MISMOS DERECHOS Y OBLIGACIONES QUE PODRÍAN HABER ASISTIDO A LA ASEGURADORA QUE TENÍA EL RIESGO EN LA VIGENCIA INMEDIATAMENTE ANTERIOR, PARA TAL EFECTO SE DEJA CONSIGNADA LA OBLIGACIÓN DEL TOMADOR CONSISTENTE EN SUMINISTRAR A LA ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA; ENTIDAD COOPERATIVA. RELACIÓN DE LAS PERSONAS ASEGURADAS EN LA COMPAÑÍA ANTERIOR CON LA SIGUIENTE INFORMACIÓN, NOMBRES, APELLIDOS, NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD, FECHA DE NACIMIENTO, SUMA ASEGURADA, COBERTURAS CONTRATADAS, LIMITACIÓN DE COBERTURA, ANOTANDO SI EXISTE ALGÚN TIPO DE EXTRA PRIMA POR SALUD U OCUPACIÓN, SU RESPECTIVO PORCENTAJE Y CAUSA Y SUMINISTRO DE LA SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO DILIGENCIADA POR CADA ASEGURADO DEPENDIENDO DE LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD PACTADOS EN LA COMPAÑÍA ANTERIOR; LAS PERSONAS QUE SUPEREN LOS LÍMITES ESTABLECIDOS EN ESTA CLÁUSULA DEBERÁN CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD QUE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA; ENTIDAD COOPERATIVA, ESTIME CONVENIENTES.

CLAUSULA DÉCIMA QUINTA: AMPARO AUTOMÁTICO

ES UNA FACILIDAD DE MANEJO ADMINISTRATIVO PARA UN GRUPO DE ASEGURADOS QUE CUMPLA UN TIEMPO DE ENTREGA DEL CERTIFICADO DE ASEGURABILIDAD, EDAD MÁXIMA DE INGRESO Y UN MONTO ESTIPULADO EN LA PÓLIZA, CON EL ÁNIMO QUE EL TOMADOR HAGA UN SÓLO REPORTE MENSUAL CON LOS INGRESOS DE ASEGURADOS QUE SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO DE SALUD, ADJUNTANDO AL REPORTE LAS DECLARACIONES DE ASEGURABILIDAD DEBIDAMENTE DILIGENCIADAS. LA CLÁUSULA DE AMPARO AUTOMÁTICO NO LIBERA AL ASEGURADO DEL DILIGENCIAMIENTO DE LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, DONDE EL ASEGURADO DEBE ENCONTRARSE EN BUEN ESTADO DE SALUD.

UNA VEZ SE RECIBAN LAS DECLARACIONES Y PREVIO ANÁLISIS CON EL MÉDICO SUScriptor, LA COMPAÑÍA PODRÁ: AUTORIZAR EL INGRESO EN CONDICIONES NORMALES, APLICAR UN RECARGO, SOLICITAR INFORME MÉDICO TRATANTE O PRUEBAS MÉDICAS COMPLEMENTARIAS, CONDICIONAR COBERTURAS O NO ACEPTAR EL INGRESO. ESTA CONDICIÓN ES ACEPTADA POR EL TOMADOR.

AMPARO AUTOMÁTICO SIN DILIGENCIAMIENTO DE DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD: CONSISTE QUE HASTA UN MONTO SE AMPARAN ENFERMEDADES PREEXISTENTES, ACLARANDO QUE PARA QUE EXISTA COBERTURA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, EL EVENTO GENERADOR Y LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA MISMA, DEBE HABERSE DADO POSTERIOR AL INICIO DE VIGENCIA

CLAUSULA DE COBERTURA SIN DILIGENCIAMIENTO DE DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

CON SUJECCIÓN A LO ESTIPULADO EN EL CÓDIGO DE COMERCIO Y EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, PODRÁ OTORGAR AL GRUPO ASEGURADO COBERTURA SIN EL DILIGENCIAMIENTO DE LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, ESTABLECIENDO UNA EDAD MÁXIMA DE INGRESO Y UN VALOR ASEGURADO MÁXIMO, LOS DEMÁS ASEGURADOS QUE SUPEREN LA EDAD Y EL VALOR ASEGURADO DEBEN DILIGENCIAR LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

CON SUJECCIÓN A LO ESTIPULADO EN EL PÁRRAFO ANTERIOR, SE RATIFICA QUE PARA LOS VALORES ASEGURADOS QUE SEAN DESEMBOLSADOS BAJO ESTA CONDICIÓN, SE CUBRIRÁN LAS ENFERMEDADES PREEXISTENTES EN EL AMPARO BÁSICO DE VIDA (MUERTE POR CUALQUIER CAUSA).

RESPECTO A LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, PARA QUE EXISTA COBERTURA, EL EVENTO GENERADOR DEBE HABERSE DADO POSTERIOR AL INICIO DEL INGRESO COMO ASEGURADO, Y SE TOMARA COMO FECHA DE SINIESTRO LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA MISMA

CLAUSULA DÉCIMA SEXTA. GARANTÍA DEL TOMADOR.

SE OTORGA LA CONTINUIDAD DE AMPARO DESCRITA EN EL PUNTO ANTERIOR, BAJO LA GARANTÍA SUMINISTRADA POR EL TOMADOR DE INFORMAR LOS RIESGOS QUE HAN SIDO EXTRAPRIMADOS POR LA ASEGURADORA ANTERIOR, A FIN DE APLICAR ESTAS MISMAS EXTRA PRIMAS EN EL COBRO DE LA NUEVA PÓLIZA.

ASÍ MISMO, LA CONTINUIDAD DE AMPAROS QUEDA CONDICIONADA A QUE EL TOMADOR NOS INFORME POR ESCRITO SI TIENE CONOCIMIENTO DE QUE HAYA ASEGURADOS A LOS CUALES YA SE LES HUBIERE DIAGNOSTICADO ENFERMEDADES DE CARÁCTER TERMINAL.

CLAUSULA DÉCIMA SÉPTIMA. REVOCACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO

LA PRESENTE PÓLIZA Y SUS ANEXOS PODRÁN SER REVOCADOS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER MOMENTO, MEDIANTE AVISO ESCRITO DADO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.

EL IMPORTE DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LA DEVOLUCIÓN SE CALCULARÁ A PRORRATA

TRATÁNDOSE DE LOS AMPAROS ADICIONALES Y ANEXOS, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, PODRÁ REVOCARLOS MEDIANTE AVISO ESCRITO AL TOMADOR, ENVIANDO A SU ÚLTIMA DIRECCIÓN CONOCIDA, CON NO MENOS DE DIEZ (10) DÍAS HÁBILES DE ANTELACIÓN A LA FECHA DE REVOCACIÓN, CONTADOS A PARTIR DE LA DEL ENVÍO.

EN ESTE CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA DEVOLVERÁ LA PARTE PROPORCIONAL DE LA PRIMA NO DEVENGADA DESDE LA FECHA DE LA REVOCACIÓN. EN CUALQUIER CASO DE REVOCACIÓN, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, INFORMARÁ AL TOMADOR QUE DISPONE A SU FAVOR DE LA PRIMA NO DEVENGADA O DE UNOS SALDOS CORRESPONDIENTES A LA DEVOLUCIÓN DE LA PRIMA NO DEVENGADA.

CLAUSULA DÉCIMA OCTAVA. NOTIFICACIONES.

CUALQUIER ACLARACIÓN QUE DEBAN SURTIRSE LAS PARTES EN RELACIÓN CON ESTE CONTRATO, DEBERÁ HACERSE POR ESCRITO (SI ASÍ LO EXIGE LA LEY) ENVIANDO A LA ÚLTIMA DIRECCIÓN REGISTRADA POR ELLAS.

CLAUSULA DÉCIMA NOVENA. PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN.

EL ASEGURADO O BENEFICIARIO, SEGÚN CORRESPONDA, QUEDARA PRIVADO DE TODO DERECHO DERIVADO DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUANDO LA RECLAMACIÓN PRESENTADA FUERE DE CUALQUIER MANERA FRAUDULENTA, O SI EN APOYO A ELLA SE HICIEREN O UTILIZAREN DECLARACIONES FALSAS O SE EMPLEAREN OTROS MEDIOS O DOCUMENTOS ENGAÑOSOS O DOLOSOS.

CLAUSULA VIGÉSIMA. DOMICILIO.

SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS CON EL PRESENTE CONTRATO SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS PARTES EL ANOTADO EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

CLAUSULA VIGÉSIMA PRIMERA. DISPOSICIONES LEGALES.

LAS ANTERIORES CONDICIONES DE AMPAROS DEFINIDOS Y EXCLUSIONES APLICAN SÍ Y SOLO SÍ, SON CONTRATADOS POR EL TOMADOR E INDICADOS EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA

LA PRESENTE PÓLIZA ES LEY PARA LAS PARTES. EN LAS MATERIAS Y PUNTOS NO PREVISTOS NI RESUELTOS EN ESTE CONTRATO, TENDRÁN APLICACIÓN LAS DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LAS LEYES DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.

CLAUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA. PREVENCIÓN Y CONTROL DEL RIESGO DE LAFT

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA, SOBRE EL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO SARLAFT; EL TOMADOR, EL (LOS) ASEGURADOS Y EL BENEFICIARIO SE OBLIGAN PARA CON LA ASEGURADORA A DILIGENCIAR EL FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE (FUCC) DE ACUERDO CON SUS POLÍTICAS PREVIO A LA VINCULACIÓN Y AL MOMENTO DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

LA ASEGURADORA ACTUALIZA LOS DATOS DE LOS CLIENTES DE FORMA ANUAL ATENDIENDO LAS POLÍTICAS DEFINIDAS AL INTERIOR DE LA MISMA.

SE ENCUENTRAN EXCLUIDAS DE ASEGURAMIENTO TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN EN LAS LISTAS INTERNACIONALES VINCULANTES PARA COLOMBIA, DE CONFORMIDAD CON EL DERECHO INTERNACIONAL; PERSONAS QUE SE ENCUENTREN EN LA LISTA DE LA OFICINA DE CONTROL DE ACTIVOS EXTRANJEROS (OFFICE OF FOREIGN ASSETS CONTROL OFAC DEL DEPARTAMENTO DEL TESORO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMÉRICA (U.S. DEPARTMENT OF THE TREASURY). ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA HARÁ USO DE SUS FACULTADES Y REVOCARÁ UNILATERALMENTE EL CONTRATO DE SEGUROS, EN LOS CASOS EN QUE A ELLO HUBIERE LUGAR.



Anexo No. 2

CONDICIONES TÉCNICAS MINIMAS OBLIGATORIAS SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES LIBRANZA BANCO GNB SUDAMERIS

1. TOMADOR

Banco GNB Sudameris, en adelante el "Banco".

2. ASEGURADOS

Personas que adquieran una deuda con el Banco mediante la modalidad de libranza

3. BENEFICIARIO

Por los amparos de fallecimiento e incapacidad total y permanente, será el Banco a título oneroso hasta el monto del saldo insoluto de la deuda. Para los demás amparos el beneficiario será el deudor asegurado, sus beneficiarios designados o los de Ley.

4. INTERÉS ASEGURABLE

El Banco tiene interés asegurable en las personas, cuya muerte o incapacidad pueden aparejarle un perjuicio económico.

5. VALOR ASEGURADO

El valor asegurado para cada deudor será el saldo insoluto de la deuda reportada por el Tomador, incluyendo capital no pagado más los intereses corrientes y de mora, sobregiros y primas de seguro, y cualquier otra suma que se relacione con la misma operación de crédito.

El valor máximo asegurado es el equivalente a \$350.000.000, por deudor en una o varias operaciones de crédito. Los créditos que superen el monto antes mencionado serán objeto de un estudio por parte de la Aseguradora seleccionada.

6. GRUPO ASEGURABLE

Lo constituyen los deudores del Banco que sean personas naturales, mediante la línea de crédito de Libranza.

7. VIGENCIA

Desde las 00:00 horas del día 1º de Octubre de 2020 hasta las 00:00 horas del día 1º de Octubre de 2022. La póliza se expedirá por vigencias anuales.

8. OBJETO DEL SEGURO

Protección de los deudores del Banco, conformado por los deudores principales, deudores solidarios o codeudores.

9. COBERTURAS BÁSICAS

9.1 Muerte por cualquier causa

La Aseguradora, se compromete a pagar la correspondiente suma asegurada al fallecimiento de cualquiera de las personas amparadas en la póliza, bajo las condiciones generales y particulares de la misma. Se incluye Suicidio, Homicidio, Terrorismo (siempre que el deudor asegurado no participe en estos actos terroristas), epidemias, pandemias y SIDA (siempre que no sea preexistente), desde el inicio de vigencia del seguro para cada deudor.

Nota: Este amparo se extiende a cubrir la muerte presunta por desaparecimiento conforme a la definición de la Ley colombiana, es decir, siempre que medie fallo o sentencia por autoridad competente.

EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

9.2 Incapacidad total y permanente, incluyendo la tentativa de homicidio, las lesiones por intento de suicidio y las ocasionadas por epidemias o pandemias.

Para todos los efectos del presente amparo se entiende por incapacidad total y permanente aquella incapacidad sufrida por el asegurado, que se produzca como consecuencia de lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona desempeñar totalmente su profesión u oficio habitual, siempre que dicha incapacidad haya existido por un período continuo no menor de ciento veinte (120) días, no haya sido provocada por el asegurado, y haya sido calificada con una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%.

Se ampara la incapacidad total y permanente, cuando ésta, así como el evento que da origen a la misma, se produzca dentro de la vigencia de este amparo. De la misma forma, se amparan únicamente aquellos casos de incapacidad total y permanente cuya fecha de estructuración se encuentre dentro de la vigencia de la póliza. Las incapacidades producidas por enfermedades o

patologías preexistentes solo podrán tener cobertura cuando estas sean manifestadas expresamente por el asegurado en la Declaración de Asegurabilidad. La incapacidad total y permanente deberá ser certificada por los entes autorizados en el Sistema General de Seguridad Social vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación (EPS, ARL, AFP, Junta Regional o Junta Nacional de calificación de invalidez) o mediante Acta de Junta Médica Laboral, Militar y/o de Policía.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considera como tal:

- a) La pérdida total e irrecuperable de la visión en ambos ojos, no preexistente.
- b) La amputación traumática o quirúrgica de ambas manos, a nivel de la articulación radiocarpiana o por encima de ella.
- c) La amputación traumática o quirúrgica de ambos pies, a nivel de la articulación tibiotarsiana o por encima de ella.
- d) La amputación traumática o quirúrgica de toda una mano y de todo un pie, a nivel de las articulaciones ya definidas.

Se entiende como fecha del siniestro la fecha en que de acuerdo con el dictamen de calificación ejecutoriado se haya estructurado la pérdida de capacidad laboral definida.

PARÁGRAFO: La indemnización por el amparo de Incapacidad Total y Permanente no es acumulable al amparo de Muerte, y por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicha incapacidad, la Aseguradora quedará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere al seguro de Vida Grupo Deudores para el asegurado incapacitado.

EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

9.3 Auxilio funerario, sin cobro de prima adicional.

La Aseguradora indemnizará la suma de \$1.060.000 por fallecimiento de cualquiera de los deudores que formen parte del grupo asegurado, como un auxilio por concepto de servicios funerarios. El valor se pagará a los beneficiarios nombrados por el asegurado, o en su defecto, a los beneficiarios de ley.

Este valor corresponde a una suma única a indemnizar, independientemente del número de obligaciones que tenga el deudor asegurado.

EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

9.4 Renta por muerte y/o incapacidad total permanente sin cobro de prima adicional.

En caso de Fallecimiento o de Incapacidad Total y Permanente del deudor asegurado, la Aseguradora reconocerá una suma mensual de \$318.000 durante máximo seis (6) meses. El pago de la renta se puede hacer en un pago único de \$1.908.000. Este beneficio, se otorga siempre y cuando haya lugar a la indemnización por la cobertura Básica o el anexo de Incapacidad Total Permanente.

El valor total definido para este amparo corresponde a una suma única a indemnizar, independientemente del número de obligaciones que tenga el deudor asegurado y **se pagará a los beneficiarios designados en caso de fallecimiento o al mismo asegurado en caso de ITP.**

EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

El amparo de incapacidad total y permanente y el auxilio de libre destinación por incapacidad total y permanente, no aplicarán si al momento de la valoración médica no fueron otorgados por la compañía de seguros.

10. DEFINICIÓN DE PREEXISTENCIA

Se entiende por condición médica preexistente, cualquier enfermedad que con anterioridad a la inclusión del Asegurado en la póliza, se haya manifestado, contraído, diagnosticado o por la cual el Asegurado haya recibido tratamiento. También se considerará como condición médica preexistente las consecuencias derivadas de la misma aun cuando tales consecuencias se manifiesten o diagnostiquen con posterioridad al ingreso del asegurado a la póliza.

También se considera condición médica preexistente, las lesiones o secuelas debidas a accidentes ocurridos antes de la inclusión del Asegurado en la póliza.

11. LÍMITES DE EDAD

PARA TODOS LOS AMPAROS DE LA PRESENTE PÓLIZA

Mínimo para ingresar	18 años
Máximo para Ingresar	75 años + 364 días
Máximo de permanencia	Hasta la cancelación de la deuda, siempre que la póliza esté vigente con la Aseguradora

12. PROCEDIMIENTO PARA LA SUSCRIPCIÓN DEL SEGURO

Atendiendo los requisitos de asegurabilidad contenidos en la Tabla de Requisitos indicada en la presente oferta, la Aseguradora hará una evaluación del riesgo para determinar la aceptación o rechazo del seguro.

13. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD NUEVOS DEUDORES

Independientemente del valor asegurado, edad y estado del riesgo, las siguientes personas deberán cumplir con la evaluación médica respectiva:

- 1- Pensionados por Sanidad e Invalidez
- 2- Cuando haya asistido al médico con anterioridad y el crédito actual tenga extra prima, excepto en aquellos casos en los cuales el deudor haya sido calificado como riesgo subestándar, se autoriza para refinanciaciones, normalizaciones y reestructuraciones hasta \$20.000.000 adicionales a lo inicialmente aprobado en la calificación médica, sin necesidad de actualizar requisitos de asegurabilidad, siempre que la calificación no supere los doce (12) meses de vigencia.
- 3- Cuando se declaren las siguientes enfermedades:
 - Cáncer /Tumores
 - Infección por VIH (SIDA)
 - Accidente Cerebro Vascular (ACV) o Infarto Agudo Miocardio
 - Enfermedades Neurológicas
 - Otras enfermedades (diferentes a las mencionadas, al estándar y a las extra primadas de acuerdo con el criterio del evaluador).

ENFERMEDAD	MONTO ASEGURADO	HASTA 70 AÑOS	DE 71 A 75
No declara ninguna enfermedad	Hasta \$60.000.000	* Solicitud individual y declaración de asegurabilidad	*Solicitud individual y declaración de asegurabilidad
	De \$60.000.001 a \$100.000.000		*Solicitud individual y declaración de asegurabilidad *Examen medico
	De \$100.000.001 a \$350.000.000		*Solicitud individual y declaración de asegurabilidad * Examen médico * Cuadro Hemático, creatinina en Sangre, electrocardiograma.
Cuando declaran tener Hipertensión Arterial	Hasta \$45.000.000	*Solicitud individual y declaración de asegurabilidad con la extra	*Solicitud individual y declaración de asegurabilidad * Examen médico

		prima indicada	Solicitud individual y declaración de asegurabilidad * Examen médico *Cuadro Hemático, creatinina en Sangre *Electrocardiograma.
	De \$45.000.001 a \$60.000.000	*Solicitud individual y declaración de asegurabilidad *Examen Médico	
	De \$60.000.001 a \$100.000.000		
	De \$100.000.001 a \$350.000.000		
Para los solicitantes que indiquen las siguientes patologías *Enfermedades Mentales *Enfermedades cardíacas y vasculares *Renales *Diabetes Mellitus *Metabólicas: Hiperlipidemia, Hipotiroidismo, Hipertiroidismo *Ceguera *Colesterol, triglicéridos *Amputaciones de causa traumática *Taquicardias y/o arritmias, bloqueos cardiacos	Hasta \$60.000.000	• Solicitud individual y declaración de asegurabilidad con la extra prima indicada	
	De \$60.000.001 a \$100.000.000	* Solicitud individual y declaración de asegurabilidad * Examen Médico	* Solicitud individual y declaración de asegurabilidad * Examen médico * Cuadro hemático y creatinina en sangre * Electrocardiograma EKG
	De \$100.000.001 a \$350.000.000		
Para los solicitantes que apliquen en los puntos 1,2 y 3,	Hasta \$60.000.000	• Solicitud individual y declaración de asegurabilidad * Examen Médico	
	De \$60.000.001 a \$100.000.000		
	De \$100.000.001 a \$350.000.000		

Sin importar si declara o no enfermedades	Para personas con montos superiores a \$350.000.000, serán objeto de análisis y autorización por parte de la aseguradora	* Solicitud individual y declaración de asegurabilidad * Examen médico * Cuadro Hemático, triglicéridos, Colesterol, glicemia, creatinina en Sangre. (solicitud de exámenes adicionales a criterio del evaluador de acuerdo con la enfermedad declarada)
EXTRAPRIMAS	Para las siguientes enfermedades por favor remitirse a la tabla de extra primas: * Enfermedades cardíacas y vasculares (enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio, cirugía de corazón abierto, colocación de stent) * Renales * Enfermedades Mentales (neurosis, ansiedad, depresión, síndrome mental orgánico, trastorno de estrés pos trauma, epilepsia) * Diabetes Mellitus * Metabólicas: Hiperlipidemia (Hipercolesterolemia, hiperlipidemia), Hipotiroidismo, Hipertiroidismo * Ceguera * Colesterol, triglicéridos * Amputaciones de causa traumática	

Los RX de Tórax (anteroposterior o Lateral) se solicitará a criterio del médico examinador, en pacientes grandes fumadores , con antecedentes de asma, EPOC, sospecha de enfermedad pulmonar o hipertrofia cardiaca, exámenes cubiertos por la compañía aseguradora.

Todos los exámenes médicos exigidos, así como los exámenes de laboratorio indicados deben ser asumidos por la aseguradora seleccionada y serán efectuados por médicos adscritos a la compañía. La aseguradora asumirá el costo de exámenes adicionales especializados que pudiese llegar a requerir un deudor en razón a su estado de salud.

Para los casos en los cuales se presente restablecimiento de la suma asegurada, por refinanciación o por el otorgamiento de nuevos créditos, no se solicitará el cumplimiento de nuevos requisitos de asegurabilidad adicionales a los presentados para el desembolso del crédito inicial, siempre que no haya transcurrido doce (12) meses entre el crédito inicial y su restablecimiento, el valor asegurado total no supere \$100.000.000 y haya sido calificado como riesgo estándar.

14. PROCESO PARA EVALUACIÓN MÉDICA.

Para los casos que según la tabla anterior, se requiera de evaluación médica, la Aseguradora deberá proveer un mecanismo virtual para el contacto y valoración médica.

De acuerdo con el resultado del diagnóstico médico, el candidato para el Seguro podrá ser remitido a exámenes médicos a través de la Red Médica dispuesta por la Aseguradora. El médico podrá evaluar la posibilidad de aceptar los exámenes con los cuales cuente el candidato.

15. PRÁCTICA DE EXÁMENES MÉDICOS.

La Aseguradora seleccionada pondrá a disposición del Banco, la red médica a nivel nacional, con presencia en los lugares donde el Banco cuente con oficinas.

De no contar con la totalidad de la red, la Aseguradora seleccionada autorizará la práctica de los requisitos en un Centro Médico legalmente constituido y reembolsará el costo de los mismos a tarifas de la Aseguradora Seleccionada, en un plazo no mayor a 8 días.

Una vez se realice el examen médico y de laboratorio según el caso, el médico calificador emitirá el concepto médico dentro de los plazos establecidos en el numeral anterior.

16. PLAZO PARA LA ACEPTACIÓN O RECHAZO.

Tratándose de ciudades donde la Aseguradora seleccionada tenga Sucursal, la respuesta sobre las condiciones de aceptación de un nuevo cliente del Banco se dará así: En Bogotá en ocho (8) horas hábiles, ciudades fuera de Bogotá, veinticuatro (24) horas hábiles, contadas desde la fecha de la práctica o presentación del examen médico.

17. CLÁUSULA ESPECIAL DE NO APLICACIÓN DE EXÁMENES MÉDICOS.

En caso de que el crédito no exceda de \$5'000.000 y haya respuestas afirmativas a la Declaración de Estado de Salud, el Departamento Médico de la Aseguradora evaluará el riesgo y definirá las condiciones de aceptación del mismo: Aceptado con extra prima, Declinado o Aplazado.

Así mismo, para los clientes que residan a más de una hora de distancia de la ciudad principal donde exista IPS contratada por la aseguradora, serán tramitados con solicitud individual de seguro para calificación médica. Y estos casos serán revisados de manera puntual con la aseguradora seleccionada para su aprobación y definición de ingreso a la póliza, para créditos hasta un monto máximo de \$25.000.000 de valor asegurado por cliente.

18. VALIDEZ DE LA CALIFICACIÓN MÉDICA Y DE LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD.

La calificación médica que emita la Aseguradora seleccionada tendrá validez hasta por **doce (12) meses**. La Declaración de Asegurabilidad tendrá igualmente una validez de hasta **doce 12 meses**.

19. AMPARO AUTOMÁTICO.

Deudores con edad hasta 70 años:

Se otorgará Amparo Automático desde el momento en que el Banco apruebe el crédito, para los deudores con edad hasta 70 años que hayan diligenciado la solicitud correspondiente, contestando negativamente las preguntas sobre su salud y cuyos créditos o acumulación de créditos no superen los \$350'000.000.

En caso de que alguna de las preguntas sobre salud allí realizadas sea contestada afirmativamente, el deudor deberá practicarse un examen médico y de laboratorio de acuerdo con la tabla de requisitos indicada en la presente invitación y su amparo se iniciará previa autorización de la Aseguradora seleccionada.

No cuadra con respuesta solidaria. Porque en la misma se dijo que se hacía una verificación siempre por el médico.

Deudores con edad entre 71 y 75 años más 364 días:

Se otorgará Amparo Automático desde el momento en que el Banco apruebe el crédito, para los deudores con edad entre 71 y 75 años más 364 días, que hayan diligenciado la solicitud correspondiente, contestando negativamente las preguntas sobre su salud y cuyos créditos o acumulación de créditos no superen los \$60'000.000. En caso de que alguna de las preguntas sobre salud allí realizadas sea contestada afirmativamente, el deudor deberá practicarse un examen médico y su amparo se iniciará previa autorización de la Aseguradora seleccionada.

20. INICIO Y DURACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

La cobertura individual del seguro inicia desde la fecha en que el Banco apruebe el crédito, siempre y cuando el solicitante haya cumplido previamente con los requisitos de asegurabilidad, y estará vigente hasta la terminación del plazo del crédito o hasta el pago de la totalidad de la deuda a cargo del deudor, incluyendo los procesos judiciales para su cobro, siempre que la póliza esté vigente con la Aseguradora seleccionada.

Lo dispuesto anteriormente opera siempre y cuando el solicitante del crédito haya cumplido previamente con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la presente propuesta y medie aprobación formal de la Aseguradora seleccionada en los casos que no encajen en lo establecido en la cláusula de amparo automático.

21. VIGENCIA DEL PROGRAMA DE SEGUROS

El programa de seguros tendrá vigencias anuales. En caso que la adjudicación se haga por el plazo máximo establecido que es de dos (2) años, la póliza se renovará por períodos iguales.

22. CLÁUSULAS ESPECIALES

22.1 CONTINUIDAD DE AMPARO

Se otorga continuidad de amparo para los asegurados incluidos en la póliza actualmente vigente, en iguales condiciones de edad, calificación (riesgo normal o extra primado), con los mismos amparos y hasta los mismos valores asegurados. Esto significa, que cualquier enfermedad, tratamiento o lesión que se haya presentado en este período, la Compañía no los considerará preexistentes, y en caso de presentarse alguna reclamación por este motivo, no habrá lugar a Objeción.

22.2 CLÁUSULA ESPECIAL DE NO OBJECCIÓN DE RECLAMOS POR RETICENCIA.

La Aseguradora seleccionada otorga un límite agregado anual de \$1.200.000.000 para indemnizar aquellos siniestros que sean objetados por reticencia, de acuerdo con lo expuesto en el artículo 1058 del Código de Comercio. La utilización de esta cláusula será definida por el Banco.

El pago de las indemnizaciones objeto de este límite agregado anual se hará al Banco teniendo en cuenta la suma asegurada. Esta cláusula se erosiona solamente con reclamaciones que afecten los amparos de Fallecimiento e Incapacidad Total Permanente.

El límite establecido para este amparo opera por cada anualidad, no tendrá restablecimiento en caso de agotarse en una sola vigencia anual y no es acumulable de una vigencia a otra. Podrán ser cargados a esta cláusula únicamente los siniestros ocurridos durante la vigencia anual, reclamados hasta dos (2) meses después del vencimiento de la anualidad.

Este límite se restablecerá al iniciar la siguiente anualidad y será incrementado en el mismo porcentaje que crezca el valor asegurado anual total de la póliza por efecto de colocación de nuevos créditos. Para establecer el porcentaje de incremento, se tomará el valor asegurado final de la vigencia, dividido sobre el valor asegurado inicial menos uno (1).

Los siniestros pagados contra la cláusula de no objeción, no generarán el reconocimiento o pago de los amparos adicionales de Auxilio Funerario, ni Renta por Fallecimiento o Incapacidad Total Permanente.

22.3 RETICENCIA E INEXACTITUD

El concepto de reticencia e inexactitud contemplado en el artículo 1058 del Código de Comercio se aplicará respetando el principio de causalidad, es decir, se objetará el pago del seguro solamente en aquellos casos en que la muerte o

incapacidad se produzca por causas relacionadas directamente con los hechos materia de inexactitud o de reticencia en la declaración de asegurabilidad.

22.4 REVOCACIÓN UNILATERAL

En caso que la Aseguradora seleccionada decida revocar o terminar el contrato de seguro dará aviso previo al Tomador con una anticipación de 180 días. El Tomador podrá revocar de manera unilateral el contrato de seguro en cualquier momento de su ejecución, sin que por ello hubiese lugar a la aplicación de las tarifas de corto plazo.

22.5 ERROR EN LA DECLARACIÓN DE LA EDAD

No se aplicarán las sanciones establecidas en el Código de Comercio correspondientes a los errores en la declaración de la edad, excepto cuando la edad real exceda el límite de aceptación de la póliza.

22.6 AMPLIACION DE AVISO DE RECLAMO A 120 DIAS

Cuando ocurra un siniestro que afecte los riesgos asegurados por la presente póliza, el Tomador lo comunicará por escrito a más tardar dentro de los 120 días siguientes contados a partir de la fecha que haya conocido o debido conocer la ocurrencia del siniestro.

22.7 EXTENSIÓN DE COBERTURA CONTRA FENÓMENOS DE LA NATURALEZA, EPIDEMIAS, PANDEMIAS, ACTOS POLÍTICOS, SOCIALES, AMIT Y HMACC.

El seguro ofrecido a los deudores del Banco otorga cobertura por Fallecimiento o Incapacidad Total y Permanente ocasionada por estos eventos.

22.8 EXTENSIÓN DE COBERTURA A MUJERES EMBARAZADAS.

La Aseguradora seleccionada autoriza la inclusión automática en condiciones normales cuando la asegurada solicite un crédito, siempre y cuando haya diligenciado la solicitud correspondiente, contestando negativamente las preguntas sobre su salud. En caso contrario se debe practicar examen médico y la cobertura iniciará previa autorización de la Aseguradora.

22.9 EXTENSIÓN DE COBERTURA.

22.9.1. A DEUDORES HIPERTENSOS.

Los Deudores que manifiesten padecer Hipertensión Arterial, cuya deuda no exceda de \$45.000.000, podrán ser incluidos en la póliza aplicando una extra prima del 50%. Lo anterior significa que no deben ser remitidos a examen médico, a menos que declaren padecer alguna otra enfermedad.

22.9.2 PATOLOGÍAS CON EXTRA PRIMA: La extra prima será aplicada a las patologías descritas en los requisitos de asegurabilidad (**aplican sobre la tasa otorgada**):

ENFERMEDAD	% DE EXTRAPRIMA
Enfermedades cardíacas y vasculares (enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio, cirugía de corazón abierto, colocación de stent)	75%
Enfermedades Renales (IRC en diálisis)	75%
Hipertensión arterial, cuya deuda no exceda los \$45.000.000.	50%
Enfermedades Mentales (neurosis, ansiedad, depresión, síndrome mental orgánico, trastorno de estrés pos trauma, epilepsia)	50%
Taquicardias y/o arritmias, bloqueos cardíacos	25%
Las siguientes enfermedades serán consideradas como riesgo estándar:	
Diabetes Mellitus	0%
Hiperlipidemia (Hipercolesterolemia, hiperlipidemia)	0%
Hipotiroidismo o hipertiroidismo	0%
Ceguera	0%
Colesterol, triglicéridos	0%
Amputaciones por causa traumática (accidente, mina antipersonal, terrorismo)	0%

En todo caso las extraprimas cobradas por asegurado no podrán superar el 200% cuando se trate de varios padecimientos.

22.9.3 EXTENSIÓN DE COBERTURA SIN RESTRICCIÓN DE ACTIVIDAD PARA **POLÍCIAS, POLÍTICOS Y MILITARES.**

A los Deudores que se desempeñen en estas actividades, sin importar la cuantía de la deuda, se les aplicará una extra prima de acuerdo con la siguiente tabla:

Valor máximo asegurado	Tasa extra prima anual	Tasa extra prima mensual
Hasta \$30.000.000 millones	2.00‰	0.17‰
Más de \$30.000.001 millones	2.50‰	0.21‰

23. PERIODICIDAD DE LOS COBROS - FACTURACIÓN Y PAGO DE PRIMAS DEL SEGURO DE VIDA GRUPO.

La póliza será de reporte y cobro mensual mes vencido y la Aseguradora otorgará para el pago de la prima un plazo máximo de 70 días contados a partir de la fecha de inicio de vigencia del certificado mensual de cobro que la Aseguradora entregará al Banco. Vencido este plazo el no pago de las primas correspondientes producirá los efectos previstos en la Ley.

El Banco pagará las primas sobre facturación, incluidas las primas de los créditos en mora. No obstante, el Banco al inicio del programa podrá informar a la Compañía de Seguros su decisión de no asumir el pago de las primas de los créditos cuya mora supere determinado tiempo, caso en el cual para estos créditos no habrá cobertura del seguro.

24. FORMA DE COBRO DE LAS PRIMAS.

La prima se cobrará mensualmente. Para el efecto, el Banco suministrará en forma mensual a la Aseguradora la base de datos de los deudores, con los saldos de cartera, dentro de los primeros 10 días de cada mes.

25. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL.

El seguro terminará en forma individual respecto de cualquiera de los integrantes del grupo asegurado, al presentarse alguno de los siguientes hechos:

- Terminación o no renovación de la póliza.
- Revocación de la póliza matriz por parte del tomador.
- Revocación de certificados individuales de seguro por parte del tomador.
- Cuando el asegurado deje de pertenecer al grupo asegurable.
- Por el fallecimiento o declaratoria de incapacidad total y permanente del asegurado. Cuando la obligación se extinga íntegramente.
- Cuando el asegurado opte por contratar los seguros con otra aseguradora y ésta sea aceptada como garantía adicional por el Banco.
- Por el no pago de prima vencido el periodo de gracia.
- En los demás casos estipulados en las disposiciones legales que reglamenta el seguro de vida grupo deudores.

26. PLAZO PARA PAGO DE INDEMNIZACIONES

Una vez acreditada la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, la Aseguradora pagará al Banco el monto indemnizable dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes a la formalización del reclamo.

27. DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES.

A continuación, se relacionan los documentos necesarios para tramitar el pago de indemnizaciones de las diferentes coberturas. Los documentos se remitirán de forma electrónica.

Muerte Natural

- Fotocopia del Registro Civil de Defunción o Certificado de Registro de Defunción emitido por la Registraduría cuando el reclamo sea realizado por el Banco.

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado.
- Copia de Solicitud Individual de Seguro.
- Información del saldo de la deuda la cual será remitirá por el Banco a través de correo por parte del área encargada.

Muerte Accidental

- Fotocopia del Registro Civil de Defunción o Certificado de Registro de Defunción emitido por la Registraduría cuando el reclamo sea realizado por el Banco
- Fotocopia de la cédula del asegurado
- Certificación de Fiscalía o autoridad competente donde establezca claramente la causa de la muerte
- Información del saldo de la deuda la cual será remitirá por el Banco a través de correo por parte del área encargada
- Copia de la Solicitud Individual del Seguro

Incapacidad Total y Permanente

- Historia clínica completa
- Fotocopia de la cédula del asegurado
- Copia de la Solicitud Individual del Seguro
- Información del saldo de la deuda la cual será remitirá por el Banco a través de correo por parte del área encargada.
- Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral emitida por entes autorizados en el Sistema General de Seguridad Social vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación (EPS, ARL, AFP, Junta Regional o Junta Nacional de calificación de invalidez) o mediante Acta de Junta Médica Laboral, Militar y/o de Policía.

28. CLÁUSULA ESPECIAL DE FLEXIBILIZACIÓN DOCUMENTAL PARA RECLAMOS CON SALDO INSOLUTO DE DEUDA HASTA \$5'000.000 (en uno o varios créditos):

En caso de fallecimiento del deudor se solicitará, como únicos requisitos, los siguientes.

- Original o fotocopia del Registro Civil de Defunción.
- Información del saldo de la deuda la cual será remitirá por el Banco a través de correo por parte del área encargada.
- Copia de la Solicitud Individual del Seguro

En caso de Incapacidad Total y Permanente, el asegurado que no tenga recursos para hacer el proceso de calificación de la pérdida de capacidad laboral, será valorado por los médicos de Medicina Laboral de la Aseguradora, asumiendo la Compañía el costo de la evaluación, previa presentación de la historia clínica completa.

29. SERVICIO ESPECIAL PARA LA ATENCION DE SINIESTROS ATENCION DE SINIESTROS DE VIDA POR PARTE DE LA ASEGURADORA, DIRECTAMENTE EN LA OFICINA PRINCIPAL DEL BANCO.

La aseguradora ofrece para la atención de las reclamaciones del Seguro de Vida Grupo Deudores dos funcionarios, uno ubicado en la oficina principal del Banco y otro en la oficina principal de la aseguradora, con sistema en línea, con el fin de radicar, analizar y definir las reclamaciones en forma centralizada, con un compromiso de definición máximo de hasta 8 días contados a partir de la fecha de formalización de la reclamación.

Estos funcionarios tendrán una delegación para definir reclamos hasta la suma de sesenta millones de pesos (\$60.000.000). Los casos que superen este valor serán definidos por la Dirección de Indemnizaciones, dentro del plazo ya convenido.

Esto permitirá al Banco tener celeridad en la atención y manejo de reclamaciones, información oportuna de siniestros, soporte y asesoría en el manejo de las reclamaciones y domiciliación de los pagos directamente a la cuenta que el Banco designe.

30. CONDICIONES ECÓNICAS

Tasa única por mil, full amparos, (anual y mensual sin recargo por fraccionamiento), máximo hasta dos decimales.

31. MODIFICACIONES A LA TASA POR SINIESTRALIDAD

Las siguientes serán las tablas de incrementos o descuentos de tasa aplicables a cada renovación de acuerdo con la siniestralidad:

TABLA DE AJUSTES

Siniestralidad Estimada	% Incremento
Nueva Vigencia *	
15,01% - 20,00%	-69,23%
20,01% - 25,00%	-61,54%
25,01% - 30,00%	-53,85%
30,01% - 35,00%	-46,15%
35,01% - 40,00%	-38,46%
40,01% - 45,00%	-30,77%
45,01% - 50,00%	-23,08%
50,01% - 55,00%	-15,38%
55,01% - 60,00%	-7,69%
60,01% - 65,00%	0,00%
65,01% - 70,00%	7,69%
70,01% - 75,00%	15,38%
75,01% - 80,00%	23,08%
80,01% - 85,00%	30,77%
85,01% - 90,00%	38,46%
90,01% - 95,00%	46,15%
95,01% - 100,00%	53,85%
100,01% - 105,00%	61,54%
105,01% - 110,00%	69,23%
110,01% - 115,00%	76,92%
115,01% - 120,00%	84,62%
120,01% - 125,00%	92,31%
125,01% - 130,00%	100,00%
130,01% - 135,00%	107,69%
135,01% - 140,00%	115,38%
140,01% - 145,00%	123,08%
145,01% - 150,00%	130,77%

Para la aplicación de las tablas anteriores, a continuación se explica la forma de medición del índice de siniestralidad: $IS = (SI + IBNR) / P$

Dónde:

- IS = Índice de siniestralidad
 - SI = Siniestros incurridos
 - P = Primas emitidas de la vigencia
 - IBNR = Reserva de siniestros no avisados que corresponde al 18% de SI
- Siniestros incurridos es igual a: siniestros ocurridos y pagados durante la vigencia, más siniestros ocurridos y avisados durante la vigencia pendientes de pago. Los factores de recargo o descuento son aplicables a las tasas descritas en la presente propuesta.

La medición se hará tomando como base los 12 meses anteriores a la fecha en que se haga la revisión de la siniestralidad para el ajuste correspondiente.

32. CLÁUSULA DE PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

En caso de renovación, y de presentar utilidad técnica en la póliza, la Aseguradora reconocerá al BANCO GNB SUDAMERIS una participación de utilidades, para lo cual se tendrá en cuenta la siguiente fórmula:

$$PU = 30\% * ((60\% * P) - (SI + IBNR))$$

Donde:

- PU = Participación de Utilidades
- P = Primas emitidas de la vigencia, efectivamente recaudadas
- SI = Siniestros incurridos
- IBNR = Reserva de siniestros no avisados que corresponde al **18%** de SI Siniestros incurridos es igual a: siniestros ocurridos y pagados durante la vigencia, más siniestros ocurridos y avisados durante la vigencia pendientes de pago. La liquidación de esta participación se hará luego de transcurridos tres (3) meses desde la terminación de la vigencia objeto de estudio.

33. DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para todos los efectos legales se fija como domicilio contractual la ciudad indicada como lugar de expedición en la carátula de la póliza.

34. NOTIFICACIONES.

Cualquier notificación que deban hacerse las partes durante la ejecución de este contrato deberá consignarse por escrito y será prueba suficiente de la notificación la constancia del envío escrito por correo recomendado o certificado, dirigido a la última dirección registrada por las partes.

35. MODIFICACIÓN ANUAL DE LAS CONDICIONES TÉCNICAS Y ECONÓMICAS DEL PROGRAMA.

Mientras los contratos de reaseguro de la Aseguradora así lo permitan, los términos y condiciones aquí estipulados aplicarán para vigencias posteriores y máximo dos (2) años. Lo anterior sin perjuicio de aplicar ajustes necesarios a las tasas de acuerdo con el resultado técnico del negocio.

En cada anualidad se entregará el Slip con los ajustes correspondientes para la nueva vigencia.

36. CONVENIO ESPECIAL DE ASISTENCIA JURÍDICA PARA LOS ASEGURADOS.

En caso de fallecimiento del (los) asegurado(s), la Aseguradora pone a disposición de los beneficiarios de una ayuda inmediata, en forma de prestación de servicios de asistencia jurídica, bajo la modalidad de consultoría,

en forma verbal a través de una línea telefónica dedicada o en forma presencial, en caso de muerte accidental o natural.

Al adquirir este producto el asegurado tiene la tranquilidad de saber que cuenta con un servicio de asistencia jurídica de primera calidad, mediante el cual tiene acceso a un abogado especializado que atenderá de manera ágil y oportuna sus inquietudes o consultas legales.

36.1. Coberturas: Las coberturas de asistencia jurídica se presentarán de acuerdo con las condiciones que se establecen a continuación:

36.1.1. Orientación Jurídica Telefónica: En caso de fallecimiento de (los) asegurado(s), la Aseguradora realizará mediante una teleconferencia telefónica, una orientación jurídica en aspectos relativos a derecho civil y de familia, derecho penal, derecho administrativo y tributario, derecho mercantil, comercial derecho policivo y laboral, cuando el afiliado requiera adelantar una consulta en tales aspectos.

36.1.2. Emisión de conceptos jurídicos: Previo análisis de la información aportada por el beneficiario y la evaluación de las inquietudes planteadas por el mismo, se emitirán un concepto jurídico en aspectos relativos a derecho civil y de familia, derecho penal, derecho administrativo y tributario, derecho mercantil, comercial derecho policivo y laboral.

36.1.3. Asistencia jurídica preliminar: En caso de muerte natural o accidental la Aseguradora pondrá a disposición del grupo familiar asegurado, un abogado para que asesore de manera presencial en todos los trámites judiciales y administrativos previos que se requieran para adelantar la inhumación o la cremación del beneficiario fallecido.

36.1.4 Documentos: En el evento de fallecimiento del asegurado, la Aseguradora proporcionará a solicitud de los beneficiarios, los recursos necesarios para adelantar las diligencias notariales y de registro que se requiera para la tramitación del reclamo. Esta cobertura tiene un límite de un SMMLV, que incluye los servicios de tramitador, fotocopias y autenticación. Este beneficio se hace extensivo al Banco, cuando sea este quien adelante el trámite.

PARAGRAFO 1. De cualquier manera, se deja expresa constancia que los servicios ofrecidos son de medio y no de resultado

37. NOTIFICACIONES A LOS CLIENTES

La Aseguradora notificará formalmente a los clientes del Banco a través del medio idóneo el ingreso a la póliza y las condiciones de ingreso en caso de que sea únicamente para el amparo de vida, así mismo la notificación a los Codeudores asegurados.

38. INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA

La Aseguradora suministrará al servicio del Banco una plataforma virtual que permita registrar la solicitud de conceptos médicos, asignación de citas, seguimiento de tiempos, notificación al cliente a través del correo y/o celular.

Lo anterior con el fin de verificar y brindar un servicio acorde a las necesidades del Banco en el proceso de suscripción.

Para tal fin la oferta debe incluirse un capítulo que describa detalladamente características técnicas, funcionalidad, respaldo tecnológico, procesos de contingencia y tiempos de respuesta.

La capacidad de asignación de usuarios de la plataforma deberá tener como mínimo 1000 usuarios.

Para la verificación deberán incluir demo del aplicativo.

39. MATERIAL INFORMATIVO

La Aseguradora deberá tener en cuenta la emisión de una Cartilla guía de consulta para las fuerzas de ventas del Banco, la cual deberá ser actualizado periódicamente. Este requisito opera para cada una de las vigencias.

40. CAPACITACIÓN

La Aseguradora deberá realizar mínimo dos (2) programas de capacitación por año dirigida a los funcionarios del BANCO, que el supervisor indique, la cual deberá realizarse por medio de una herramienta de capacitación o consulta virtual, ubicados en cualquier parte del territorio nacional, relativo al seguro objeto de esta invitación. Eventualmente debe aceptar capacitaciones adicionales que se requiera a solicitud del BANCO. El cronograma de capacitación deberá presentarse solamente por el oferente seleccionado, y estará sujeto a la aprobación y concertación con el BANCO.

41. INFORMES.

La compañía deberá presentar informes periódicos relacionados con el comportamiento de la póliza.