

Vida Grupo



Condiciones del Contrato de Seguro

Versión: 1

Póliza No. 23004743

Anterior: 22173397- 22136391

Póliza de Vida Grupo Contributiva

www.allianz.co

Manizales, 16 de septiembre de 2021

Tomador de la Póliza:

**Fundación Social LM Aseguramos Educadores y
Trabajadores de Colombia “Funeducol”**

A continuación, encontrará las condiciones de su contrato de seguro. Lo invitamos a leerlas atentamente y verificar que cumplan las expectativas sobre el seguro que desea adquirir.

En Allianz, trabajamos a diario con la ambición de ser la mejor y más confiable aseguradora de Colombia.

Gracias por depositar su confianza en nosotros

Atentamente,

LM ASEGURAMOS

Allianz Seguros de Vida S.A.

CONDICIONES PARTICULARES

Capítulo I

Datos Identificativos

Tomador del Seguro	Tomador del Seguro: Fundación Social LM Aseguramos Educadores y Trabajadores de Colombia “FUNEDUCOL” Tipo y Número de Identificación: 900.411.481-8 Actividad Económica: Educación Ciudad: Manizales
Asegurados	Serán aseguradas todas las personas vinculadas como asociadas; con la entidad tomadora, siempre y cuando tengan su residencia permanente en la república de Colombia. Para efectos de este seguro el grupo asegurado deberá estar conformado por mínimo 498 asegurados, en caso de ser inferior la compañía podrá ajustar estos términos reservándose la facultad de no suscribir la póliza.
Beneficiarios	Para efectos de este seguro los beneficiarios serán los estipulados por cada asegurado o en su defecto los de ley (de acuerdo con lo estipulado en el Artículo 1142 del Código de Comercio).
Póliza y duración	Póliza No.: 23004743 Duración: Desde las 00:00 horas del 01 de noviembre de 2021 hasta las 24:00 horas del 01 de noviembre de 2022.
Intermediario	L M ASEGURAMOS LTDA Clave: 1063977 Participación: 100% Sucursal: Manizales Comisión de Intermediación Otorgada: 35%

Capítulo II

Objeto y alcance del seguro

Allianz Seguros de Vida S.A., quien en adelante se denominará “LA COMPAÑÍA”, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por EL ASEGURADO, la cual se incorpora al presente contrato para todos sus efectos, se obliga a pagar la correspondiente suma asegurada a la realización de los riesgos amparados, de acuerdo con las condiciones de la póliza.

Capítulo III

Condiciones Particulares de Cotización

1. VIGENCIA INDIVIDUAL DEL SEGURO

Con sujeción a la vigencia de la póliza matriz, las solicitudes que ingresen entre el día 01 y el día 30 del mes de su comercialización, iniciarán vigencia el primer día del mes siguiente. A partir de este día se realizará el cobro.

2. CLASE DE PÓLIZA

Contributiva

3. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA ASEGURADO PRINCIPAL, CÓNYUGE E HIJOS MAYORES DE 18 AÑOS

AMPAROS	MÍNIMA DE INGRESO	MÁXIMA DE INGRESO	PERMANENCIA
VIDA	18 años	65 años	Ilimitada
RENTA POR CANASTA FAMILIAR			
AUXILIO FUNERARIO			
ANTICIPO POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	18 años	65 años	70 años
INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE			
ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACION			
ENFERMEDADES GRAVES	18 años	60 años	65 años
CÁNCER IN SITU incluyendo el Cáncer de Próstata, el Cáncer de Seno y el Cáncer de Matriz			

AUXILIO POR DIAGNOSTICO DE CUALQUIER TIPO DE CANCER			
RENTA CLINICA DIARIA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE Y UCI			
RENTA HOSPITALARIA DIARIA POR PARTO			
RENTA DIARIA POSTHOSPITALARIA			
HOSPITALIZACION EN CASA			
INCAPACIDAD POST-TRATAMIENTO O CIRUGIA AMBULATORIA	18 años	60 años	65 años
TRATAMIENTO O CIRUGIA AMBULATORIA			
CUIDADOS PROLONGADOS			
	18 años	65 años	75 años

PROGENITORES

AMPAROS	MÍNIMA DE INGRESO	MÁXIMA DE INGRESO	PERMANENCIA
VIDA	18 años	65 años	Ilimitada
RENTA POR CANASTA FAMILIAR			
AUXILIO FUNERARIO			
ANTICIPO POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	18 años	65 años	70 años
INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE			
ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACION			
ENFERMEDADES GRAVES	18 años	60 años	65 años
CÁNCER IN SITU incluyendo el Cáncer de Próstata, el Cáncer de Seno y el Cáncer de Matriz			
AUXILIO POR DIAGNOSTICO DE CUALQUIER TIPO DE CANCER			
RENTA CLINICA DIARIA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE Y UCI			
RENTA HOSPITALARIA DIARIA POR PARTO			
RENTA DIARIA POSTHOSPITALARIA			
HOSPITALIZACION EN CASA			
INCAPACIDAD POST-TRATAMIENTO O CIRUGIA AMBULATORIA	18 años	60 años	65 años
TRATAMIENTO O CIRUGIA AMBULATORIA			
CUIDADOS PROLONGADOS			
	18 años	65 años	75 años

HIJOS INGRESO HASTA 18 AÑOS

AMPAROS	MÍNIMA DE INGRESO	MÁXIMA DE INGRESO	PERMANENCIA
VIDA	6 meses	18 años	Ilimitada
RENTA POR CANASTA FAMILIAR			
AUXILIO FUNERARIO			
ANTICIPO POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	6 meses	18 años	70 años
INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE			
ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACION			
ENFERMEDADES GRAVES	6 meses	18 años	65 años
CÁNCER IN SITU incluyendo el Cáncer de Próstata, el Cáncer de Seno y el Cáncer de Matriz			
AUXILIO POR DIAGNOSTICO DE CUALQUIER TIPO DE CANCER			
RENTA CLINICA DIARIA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE Y UCI			
RENTA HOSPITALARIA DIARIA POR PARTO			
RENTA DIARIA POSTHOSPITALARIA			
HOSPITALIZACION EN CASA	18 años	60 años	65 años
INCAPACIDAD POST-TRATAMIENTO O CIRUGIA AMBULATORIA			
TRATAMIENTO O CIRUGIA AMBULATORIA			
CUIDADOS PROLONGADOS	6 meses	18 años	75 años

Para efectos de la permanencia, ésta se mantendrá siempre que la póliza se encuentre vigente con ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.

4. EXCLUSIONES

Serán aplicables las exclusiones consagradas en el condicionado general 15/10/2019-1401-P-34-VIDGRUPVERSION11-000I que no hayan sido levantadas manifiestamente por el presente documento. Adicionalmente en ningún caso se cubren los siniestros que sean consecuencia directa o indirecta de preexistencias no declaradas en la solicitud individual de seguro diligenciada por el asegurado previo a su ingreso a la póliza.

5. COBERTURA DE PREEXISTENCIAS

La presente póliza se extiende a cubrir las pérdidas ocasionadas como consecuencia de eventos preexistentes a la fecha de inicio de la presente póliza, siempre que dichas preexistencias hayan sido declaradas por el asegurado previo al inicio de vigencia individual, y aceptadas expresamente por Allianz Seguros de Vida S.A.

Esta cláusula aplica únicamente para la cobertura de básico de vida, para los demás amparos se aplicará lo estipulado en los artículos 1058 y 1158 del Código del Comercio.

6. AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES

ASEGURADO PRINCIPAL, CÓNYUGE E HIJOS MAYORES DE 18 AÑOS

AMPAROS	PLANES			
	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3	PLAN 4
BASICO DE VIDA MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	\$ 50.000.000	\$ 30.000.000	\$ 15.000.000	\$ 10.000.000
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE				
INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL (Incluye homicidio)				
BENEFICIOS POR DESMEMBRACION				
ENFERMEDADES GRAVES (100% del amparo básico)	\$50.000.000	\$30.000.000	\$15.000.000	\$10.000.000
CÁNCER IN SITU incluyendo el Cáncer de Próstata, el Cáncer de Seno y el Cáncer de Matriz (25% del amparo de Enfermedades Graves.)	\$ 12.500.000	\$ 7.500.000	\$ 3.750.000	\$ 2.500.000
AUXILIO POR DIAGNOSTICO DE CUALQUIER TIPO DE CANCER	\$ 2.500.000	\$ 1.500.000	\$ 750.000	\$ 500.000
AUXILIO FUNERARIO	\$ 4.000.000	\$ 3.000.000	\$ 2.000.000	\$ 1.000.000
AUXILIO PARA CANASTA FAMILIAR (Por 12 meses, en caso de muerte o de ITP del asegurado amparado)	\$ 500.000	\$ 400.000	\$ 300.000	\$ 200.000
RENTA HOSPITALARIA DIARIA POR PARTO (cobertura máxima de 3 días)	\$100.000	\$80.000	\$60.000	\$40.000

por evento y por vigencia), (Aplica para aseguradas mujeres.)				
TRATAMIENTO O CIRUGÍA AMBULATORIA (pago único)/ 2 eventos/vigencia).	\$100.000	\$80.000	\$60.000	\$40.000
INCAPACIDAD POST- TRATAMIENTO O CIRUGIA AMBULATORIA (8 días/ 2 eventos vigencia).	\$50.000	\$40.000	\$30.000	\$20.000
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION (Con deducible de 1 día, cobertura máxima de 90 días por evento)	\$ 100.000	\$ 80.000	\$ 60.000	\$ 40.000
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (no aplica deducible, cobertura máxima de 8 días por evento / 2 eventos vigencia)	\$ 200.000	\$ 160.000	\$ 120.000	\$ 80.000
HOSPITALIZACION EN CASA Con deducible de 1 día, cobertura máxima de 8 días por evento), no aplica deducible cuando no existe previamente hospitalización en institución médica.	\$ 50.000	\$ 40.000	\$ 30.000	\$ 20.000
RENTA DIARIA POSTHOSPITALARIA (no aplica deducible, cobertura máxima de 8 días por evento / 2 eventos vigencia)	\$ 50.000	\$ 40.000	\$ 30.000	\$ 20.000
CUIDADOS PROLONGADOS	ASISTENCIAL			

PRIMA MENSUAL ASEGURADO PRINCIPAL	\$ 29.800	\$ 21.750	\$ 10.950	\$ 7.200
PRIMA MENSUAL CONYUGE	\$ 29.800	\$ 21.750	\$ 10.950	\$ 7.200
PRIMA MENSUAL HIJO MAYOR DE 18 AÑOS	\$ 29.800	\$ 21.750	\$ 10.950	\$ 7.200

PROGENITORES E HIJOS HASTA 18 AÑOS

AMPAROS	PLANES			
	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3	PLAN 4
BASICO DE VIDA MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	\$ 25.000.000	\$ 15.000.000	\$ 7.500.000	\$ 5.000.000
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE				
INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL (Incluye homicidio)				
BENEFICIOS POR DESMEMBRACION				
ENFERMEDADES GRAVES (100% del amparo básico)	\$ 25.000.000	\$ 15.000.000	\$ 7.500.000	\$ 5.000.000
CÁNCER IN SITU incluyendo el Cáncer de Próstata, el Cáncer de Seno y el Cáncer de Matriz (25% del amparo de Enfermedades Graves.)	\$ 6.250.000	\$ 3.750.000	\$ 1.875.000	\$ 1.250.000
AUXILIO POR DIAGNOSTICO DE CUALQUIER TIPO DE CÁNCER	\$ 1.250.000	\$ 750.000	\$ 375.000	\$ 250.000
AUXILIO FUNERARIO	\$ 2.000.000	\$ 1.500.000	\$ 1.000.000	\$ 500.000
AUXILIO PARA CANASTA FAMILIAR (Por 12 meses, en caso de muerte o de ITP del asegurado amparado)	\$ 250.000	\$ 200.000	\$ 150.000	\$ 100.000
RENTA HOSPITALARIA DIARIA POR PARTO (cobertura máxima de 3 días por evento y por vigencia), (Aplica para aseguradas mujeres.)	\$50.000	\$40.000	\$30.000	\$20.000
TRATAMIENTO O CIRUGÍA AMBULATORIA (pago único)/ 2 eventos/vigencia).	\$50.000	\$40.000	\$30.000	\$20.000
INCAPACIDAD POST-TRATAMIENTO O CIRUGIA AMBULATORIA (8 días/ 2 eventos vigencia.	\$25.000	\$20.000	\$15.000	\$10.000

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION (Con deducible de 1 día, cobertura máxima de 90 días por evento)	\$50.000	\$40.000	\$30.000	\$20.000
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (no aplica deducible, cobertura máxima de 8 días por evento / 2 eventos vigencia)	\$ 100.000	\$ 80.000	\$ 60.000	\$ 40.000
HOSPITALIZACION EN CASA Con deducible de 1 día, cobertura máxima de 8 días por evento), no aplica deducible cuando no existe previamente hospitalización en institución médica.	\$ 25.000	\$ 20.000	\$ 15.000	\$ 10.000
RENTA DIARIA POSTHOSPITALARIA (no aplica deducible, cobertura máxima de 8 días por evento / 2 eventos vigencia)	\$ 25.000	\$ 20.000	\$ 15.000	\$ 10.000
CUIDADOS PROLONGADOS	ASISTENCIAL			

PRIMA MENSUAL HIJO (Menor de 18 años)	\$ 11.500	\$ 8.000	\$ 6.000	\$ 4.500
PRIMA MENSUAL PROGENITOR	\$ 18.000	\$ 11.500	\$ 7.000	\$ 5.500

NOTA 3: El valor asegurado para los progenitores, para los hijos menores de 18 años será el 50% del valor del asegurado principal y contemplarán todas las coberturas del asegurado principal hasta por los montos enunciados.

NOTA 4: El valor asegurado para el conyugue o compañero permanente será el mismo valor que tenga el asegurado principal.

NOTA 5: Los hijos mayores de 18 años se tomarán como asegurados principales dentro del grupo del maestro.

NOTA 6: Se aclara que las coberturas de renta por hospitalización y unidad de cuidados intensivos son independientes, por tanto, los días otorgados para cada una se deducen independientemente a medida de su utilización.

NOTA 7: Se puede afiliar el cónyuge, independientemente que el empleado (profesor) por estado de salud no pueda ser incluido en la póliza.

NOTA 8: Renta Hospitalaria diaria por Parto: Para efectos de este amparo, Tendrán derecho las mujeres que hayan estado aseguradas por un periodo mínimo y continuo de 270 días inmediatamente anteriores a la terminación del embarazo. Se reconocerá la suma contratada según el plan escogido, por cada día que la asegurada permanezca hospitalizada a causa del embarazo, con un máximo de tres (03) días por evento y vigencia anual de la póliza.

Se aclara que este amparo se otorga solo a las aseguradas mujeres ya que solo del género femenino es propia la maternidad; de acuerdo al diccionario de la Lengua Española se define como maternidad el estado o cualidad de madre. En caso de embarazos múltiples (Ejemplo: Embarazo Gemelar), este amparo se pagará una sola vez.

NOTA 8.1: Se aclara que la exclusión del amparo de renta por embarazo aplica para todas las rentas a excepción de **RENTA HOSPITALARIA DIARIA POR PARTO**.

NOTA 8.2: Se aclara que las coberturas de renta por hospitalización y unidad de cuidados intensivos son independientes, por tanto, los días otorgados para cada una se deducen independientemente a medida de su utilización.

NOTA 9: Se puede afiliar el cónyuge, independientemente que el empleado (profesor) por estado de salud no pueda ser incluido en la póliza.

7. DEFINICIÓN Y ALCANCE DE LAS COBERTURAS

7.1. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

Se entenderá por incapacidad total y permanente la sufrida por el asegurado, que haya sido ocasionada y se manifieste bajo la vigencia de ésta póliza, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables, que le impida al asegurado desempeñar cualquier trabajo remunerado acorde con su formación personal u ocupación habitual, siempre que dicha incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor a 120 días. En todo caso dicha incapacidad podrá ser demostrada mediante certificación de EPS, ARL, AFP o Junta Regional o Nacional de calificación de invalidez donde se indique que el asegurado ha sufrido una pérdida igual o superior al 50% de su capacidad laboral.

El valor de la indemnización por este amparo se calculará con el valor asegurado correspondiente a la fecha de estructuración de la correspondiente incapacidad total y permanente.

El valor asegurado en el amparo de Incapacidad Total y Permanente no es acumulable al amparo de Muerte y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización al asegurado afectado su cobertura en la póliza de Vida Grupo terminará.

7.2. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL:

Este amparo cubre la muerte del asegurado con edad igual o inferior a sesenta (70) años que se origine en un accidente, siempre que la muerte se produzca dentro de los noventa (90) días siguientes a la ocurrencia del accidente, y tanto el accidente como la muerte ocurran dentro de la vigencia del presente amparo.

Para los efectos de este amparo, por accidente se entiende todo suceso imprevisto, exterior, violento, visible, verificable mediante examen médico, repentino e independiente de la voluntad del asegurado, que produzca en la integridad física del mismo, la muerte o cualquiera de las pérdidas indicadas en la tabla de indemnizaciones.

7.3. BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL:

El amparo de desmembración accidental cubre las lesiones corporales que sufra el asegurado, originadas en un accidente y que produzcan en su integridad física cualquiera de las pérdidas enumeradas en la tabla de indemnizaciones, siempre y cuando la lesión se ocasione dentro de los noventa (90) días siguientes contados a partir de la ocurrencia del accidente, y que tanto el accidente como la lesión ocurra dentro de la vigencia del presente amparo.

Para los efectos de este amparo, por accidente se entiende todo suceso imprevisto, exterior, violento, visible, verificable mediante examen médico, repentino e independiente de la voluntad del asegurado, que produzca en la integridad física del mismo, cualquiera de las pérdidas indicadas en la tabla de indemnizaciones.

Nota: Si se realiza un pago de acuerdo al porcentaje indemnizado por la tabla de desmembración, dicha suma se deduce del que pueda corresponder por el amparo de Incapacidad Total y Permanente.

TABLA DE DESMEMBRACIÓN

Clase de Pérdida	% a pagar
Enajenación mental incurable con impotencia funcional absoluta	100,00%
Parálisis o Invalidez Total y Permanente	100,00%
Ceguera completa en ambos ojos	100,00%
La pérdida total e irreparable de ambos pies o ambas manos	100,00%
Sordera total bilateral	100,00%
Pérdida del habla	100,00%
Pérdida del brazo o de la mano derecha	60,00%
Pérdida completa de la visión de un ojo	50,00%
Sordera total unilateral	50,00%
Pérdida del brazo o de la mano izquierda	50,00%
Pérdida de una pierna por encima de la rodilla	50,00%
Pérdida de un pie	40,00%
Pérdida completa del uso de la cadera	30,00%
Fractura no consolidada de una pierna	30,00%
Pérdida del dedo pulgar derecho	25,00%
Pérdida total de tres dedos de la mano derecha o pulgar y otro dedo que no sea el índice	25,00%
Pérdida completa del uso del hombro derecho	25,00%

Como máxima indemnización por trastornos en la masticación y habla	25,00%
Pérdida del dedo pulgar izquierdo	20,00%
Pérdida total de tres dedos de la mano izquierda o el pulgar y otro dedo que no sea el índice	20,00%
Pérdida completa del uso de la muñeca o del codo derecho	20,00%
Pérdida completa del uso de alguna rodilla	20,00%
Fractura no consolidada de una rodilla	20,00%
Pérdida del dedo índice derecho	15,00%
Pérdida completa del uso de la muñeca o del codo izquierdo	15,00%
Pérdida completa del uso del tobillo	15,00%
Pérdida del dedo índice izquierdo	12,00%
Pérdida del dedo anular derecho	10,00%
Pérdida del dedo medio derecho	10,00%
Pérdida del dedo anular izquierdo	8,00%
Pérdida del dedo medio izquierdo	8,00%
Pérdida del dedo gordo de alguno de los pies	8,00%
Pérdida del dedo meñique derecho	7,00%
Pérdida del dedo meñique izquierdo	5,00%
Pérdida de una falange de cualquier dedo	5,00%

Parágrafo

a. Para todos los efectos de la presente condición, se entiende por pérdida de la mano, la amputación que se verifique a la altura de la muñeca o por encima de ella, y por pérdida del pie, la amputación que se verifique a la altura del tobillo o por encima de él.

b. También se entiende por pérdida, la inhabilitación funcional total y permanente del órgano o miembro lesionado.

c. Cuando el Asegurado sufra dos o más pérdidas de las especificadas en la tabla, el valor total del pago no podrá exceder el 100% del Valor Asegurado en este amparo.

d. Las indemnizaciones pagadas por la pérdida de dedos, se deducirán de cualquier pago que se hiciese por concepto de la pérdida de la mano o el pie respectivo.

La tabla contenida en este numeral aplica para personas diestras, en caso de asegurado zurdo se aplica en los mismos porcentajes indicados en sentido inverso.

7.4. ENFERMEDADES GRAVES:

Por este amparo LA COMPAÑÍA pagará al asegurado con edad igual o inferior a sesenta y cinco (65) años, el valor asegurado estipulado en la póliza-certificado, si durante la vigencia del amparo, un médico legalmente autorizado para ejercer la profesión, le

descubre y diagnostica por primera vez, con base en pruebas clínicas, radiológicas, histológicas o de laboratorio, la presencia o padecimiento de Cáncer, Leucemia, Infarto al Miocardio, Insuficiencia Renal Crónica, Esclerosis Múltiple, Accidente Cerebrovascular (Apoplejía) o Afección de Arteria Coronaria que Exija Cirugía, Trasplante de órganos vitales, Quemaduras graves, Estado de coma, Anemia Aplástica, Traumatismo mayor de cabeza, Enfermedad de Alzheimer, Enfermedad de Parkinson, siempre que haya transcurrido por lo menos noventa (90) días desde el inicio de la vigencia de este amparo.

En cualquier caso, no habrá lugar a pago alguno, cuando:

- a. Exista un historial relacionado con la enfermedad, previo al inicio de la vigencia individual de este amparo.
- b. Se haya recibido tratamiento por la enfermedad, antes del inicio de la vigencia individual del presente amparo.

Las condiciones de la cobertura y exclusiones se encuentran definidos en el condicionado general 15/10/2019-1401-P-34-VIDGRUPVERSION11-000I

• DEFINICIONES

Para todos los efectos del presente amparo, las afecciones citadas quedan definidas así:

CÁNCER: Enfermedad provocada por un tumor maligno caracterizado por el crecimiento descontrolado y la diseminación de células malignas y la invasión del tejido normal. Se incluye en esta definición la leucemia, los linfomas, la Enfermedad de Hodgkin, así como el melanoma maligno.

INFARTO AL MIOCARDIO: Muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia del abastecimiento sanguíneo deficiente, tratado en un centro hospitalario. El diagnóstico debe haberse basado en todos estos elementos: antecedentes de dolores pectorales típicos, alteraciones recientes del electrocardiograma confirmatorias y aumento de las enzimas cardíacas.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: Falla total crónica e irreversible de ambos riñones, como consecuencia de la cual haya de efectuarse trasplante o diálisis renal, en forma regular durante tres (3) meses como mínimo.

ESCLEROSIS MÚLTIPLE: Diagnóstico inequívoco realizado por un neurólogo especialista que confirme más de un episodio de déficit neurológico bien definido, con síntomas persistentes de deterioro de los nervios ópticos, del tronco cerebral y de la médula espinal en su conjunto, y con alteración de la coordinación y de las funciones motoras y sensitivas, sin que necesariamente el asegurado requiera el uso de una silla de ruedas.

APOPLEJÍA O ACCIDENTE CEREbroVASCULAR (INFARTO CEREBRAL POR TROMBOSIS, HEMORRAGIA O EMBOLIA): Todo padecimiento cerebrovascular tratado en un hospital, con secuelas neurológicas de una duración de más de veinticuatro horas, que incluya infarto del tejido cerebral, hemorragia y embolia originada en una fuente

extracraneal, con pruebas de disyunción neurológica permanente. Estas pruebas deberán ser realizadas por un neurólogo, después de transcurridos tres (3) meses como mínimo, después del accidente.

AFECCIÓN DE ARTERIA CORONARIA QUE EXIJA CIRUGÍA: Haberse sometido a cirugía cardíaca para corregir estrechamiento u obstrucción de dos o más arterias coronarias con injertos de bypass. En el caso de personas con la limitación de síntomas anginales, la necesidad de tal intervención quirúrgica debe haber sido probada por una angiografía coronaria.

TRANSPLANTE DE ORGANOS: La compañía concederá el beneficio indicado en esta cláusula, cuando el asegurado principal o sus hijos, si están asegurados, deban ser sometidos a un trasplante de los siguientes órganos:

- Trasplante de Hígado
- Trasplante de Hígado y Páncreas
- Trasplante de Corazón
- Trasplante de médula ósea
- Trasplante de Corazón y Pulmón
- Trasplante de Riñón
- Trasplante de páncreas y riñón

Ningún pago se hará efectivo bajo este amparo, si la necesidad del trasplante ha sido diagnosticada durante los primeros 120 días de vigencia del certificado individual, o cuando al determinarse la necesidad del trasplante el asegurado principal haya cumplido 66 años de edad, o sus hijos que estén dentro del grupo familiar asegurado, hayan cumplido 21 años de edad y dependan de aquél.

Para aquellas personas que se vinculen en varias oportunidades con el tomador, en calidad de empleados, el periodo de carencia de 120 días deberá cumplirse cada vez que se ingrese al seguro.

La compañía no pagará la indemnización cuando el trasplante de órganos sea consecuencia de enfermedades preexistentes a la fecha de inicio de la vigencia del certificado individual.

Para cualquier solicitud de indemnización por trasplante de órganos cubierto por el presente amparo, es condición indispensable que se cumplan en todas y cada una de sus partes, las disposiciones de las leyes vigentes de trasplantes de órganos.

Este amparo operará únicamente por reembolso y se concederá siempre y cuando el trasplante se haya efectuado de acuerdo con las condiciones anotadas anteriormente.

CÁNCER IN SITU INCLUYENDO EL CÁNCER DE PRÓSTATA, EL CÁNCER DE SENO Y EL CÁNCER DE MATRIZ.

- a) Se pagará el 25% de la suma asegurada del amparo de enfermedades graves al momento de ser diagnosticado la etapa 0 (INSITU) ó estadíos I, IA ó IB.

- b) Se pagará el 100% de la suma asegurada del amparo de enfermedades graves, al momento de ser diagnosticado la etapa II, III o IV, deduciendo cualquier pago que se haya realizado anteriormente por esta cobertura.

AUXILIO POR DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER TIPO DE CÁNCER

Allianz Seguros de Vida S.A., Salvo las exclusiones indicadas en las condiciones generales de la póliza y las particulares del presente amparo, pagará la suma asegurada contratada para este amparo al 5% del amparo básico, y por un solo producto de los contratados con la compañía, si durante su vigencia, un médico legalmente autorizado para ejercer la profesión, le descubre y diagnostica por primera vez, con base en pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, la presencia o padecimiento de cáncer definido como enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y expansión incontrolada de células malignas e invasión de tejidos. El diagnóstico debe ser evidenciado por una histología claramente definida, siempre y cuando hayan transcurrido noventa (90) días desde el inicio de la vigencia del presente amparo.

RENTA MENSUAL POR CANASTA FAMILIAR

En caso de siniestro que afecte el Amparo Básico de Vida e incapacidad total y permanente, la aseguradora reconocerá al beneficiario hasta 12 meses del valor correspondiente a la alternativa seleccionada por el asegurado en el momento de la suscripción.

AUXILIO FUNERARIO

En caso de siniestro que afecte el Amparo Básico de Vida, la Compañía indemnizará el valor correspondiente a la alternativa seleccionada a quien compruebe haber sufragado los gastos de entierro en que haya incurrido por la muerte del asegurado.

RENTA CLÍNICA DIARIA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE:

Este amparo cubre la hospitalización que se origine como consecuencia de un accidente o de una enfermedad no preexistente a la fecha de aceptación individual de este amparo, siempre que tal hospitalización sea superior a un período de 24 horas.

Cuando el asegurado aporte pruebas fehacientes que determinen la existencia de una hospitalización, LA COMPAÑÍA le pagará cada mes, mientras ésta subsista y por un período máximo de treinta (30) días continuos o discontinuos dentro de la misma vigencia, el valor asegurado por renta diaria que figure en la póliza-certificado, siempre que tal hospitalización tenga lugar en un establecimiento debidamente reconocido y registrado para la atención de enfermos.

NOTA 1: (*) El periodo de espera corresponde al plazo durante el cual EL ASEGURADO debe mantenerse en situación de hospitalización para tener derecho a la indemnización.

NOTA 2: Se aclara que las coberturas de renta clínica diaria por enfermedad o accidente y la renta diaria por unidad de cuidados intensivos y la renta diaria pos hospitalaria son

excluyentes entre sí, por tanto, los días indemnizados en uno de los amparos no pueden ser indemnizados en el otro.

RENTA DIARIA ADICIONAL EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Se reconocerá el valor diario según opción elegida por el asegurado, por cada día que permanezca en la unidad de cuidados intensivos, con un máximo de 8 días por evento y por vigencia anual de la póliza.

Se aplican las mismas exclusiones del anexo de la renta clínica diaria por enfermedad o accidente, descritas en el condicionado general 15/10/2019-1401-P-34-VIDGRUPVERSION11-000I.

RENTA DIARIA POS HOSPITALARIA

Si inmediatamente después de la salida del hospital o clínica por una hospitalización superior a 24 horas, el asegurado continúa incapacitado se le reconocerá el valor según opción elegida por cada día de incapacidad que se le concedió por la entidad promotora de Salud validado cuando la incapacidad sea otorgada por entidades de Medicina Prepagada, plan complementario o pólizas de hospitalización y cirugía, sin sobrepasar los días contratados.

Se aplican las mismas exclusiones del anexo de la renta clínica diaria por enfermedad o accidente, descritas en el condicionado general 15/10/2019-1401-P-34-VIDGRUPVERSION11-000I.

HOSPITALIZACION EN CASA

La compañía pagará al asegurado la suma diaria contratada de acuerdo al plan y hasta el límite establecido para los casos en los que el médico tratante determine que el asegurado debe ser hospitalizado en su lugar de residencia, por lo que el asegurado deberá demostrar mediante certificado médico la orden de hospitalización en casa, así como mediante las órdenes de visitas de control del departamento médico de la institución hospitalaria. Esta póliza no cubre los periodos de incapacidad o de reposo posteriores a una hospitalización a causa de una enfermedad o accidente, ordenados por el médico o por la institución hospitalaria.

En los casos que exista hospitalización previa en institución médica, no habrá aplicación de deducible para la hospitalización en casa.

TRATAMIENTO O CIRUGÍA AMBULATORIA

(PAGO ÚNICO) / 2 EVENTOS/VIGENCIA), Bajo este amparo se otorga al asegurado, un auxilio por la cirugía ambulatoria o tratamiento ambulatorio practicado, que se origine como consecuencia de una enfermedad o accidente que este cubierto por la presente póliza, una vez el asegurado aporte pruebas médicas que determinen la necesidad de dicha cirugía y haya sido practicada en tratamiento ambulatorio y haya sido practicada en una institución prestadora de salud legalmente constituida y autorizada.

INCAPACIDAD POST-TRATAMIENTO O CIRUGIA AMBULATORIA

(8 DÍAS/ 2 EVENTOS/ VIGENCIA), Si inmediatamente después de la salida del hospital o clínica de una cirugía ambulatoria, el asegurado continúa incapacitado, se le reconocerá el 50% de la suma contratada en la cobertura de TRATAMIENTO O CIRUGÍA AMBULATORIA por cada día de incapacidad que le sea concedida por la Entidad Promotora de Salud, o Medicina Prepagada, Plan Complementario o Póliza de Hospitalización.

8. PRINCIPIO DE CAUSALIDAD

En caso de inexactitud o reticencia del asegurado, la Compañía solo podrá aplicar las sanciones contempladas en el artículo 1058 del Código de Comercio y concordantes, si las causas que originaron directa o indirectamente el siniestro son coincidentes con la reticencia o inexactitud en que ocurrió el asegurado.

Nota: Esta condición no tendrá aplicación cuando el asegurado oculte el padecimiento de alguna enfermedad catastrófica, tal como Cáncer, SIDA/VIH, Infarto al Miocardio, Insuficiencia Renal Crónica, Esclerosis Múltiple, Apoplejía, Accidente Cerebrovascular y Enfermedades Mentales.

9. AMPARO AUTOMÁTICO

El amparo bajo esta póliza será automático hasta **30** días contados a partir de la fecha de inicio de la vigencia individual del seguro, siempre que la edad no supere los **60** años, el valor asegurado no será superior a **\$50.000.000** y las respuestas a la declaración de asegurabilidad sean en su totalidad negativas.

Las personas que no cumplan con los parámetros establecidos anteriormente, no gozarán de cobertura hasta tanto la entidad Tomadora los informe a ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., cumplan con los requisitos de asegurabilidad exigidos de acuerdo a lo establecido en este condicionado, y una vez recibidos los mismos, la Compañía procederá a la calificación de la persona, para posteriormente, pronunciarse sobre la autorización o no del ingreso a la póliza.

Cualquiera que sea el caso el Tomador o el Asegurado según corresponda, están obligados a declarar los hechos o circunstancias que determinen el estado real del riesgo, de tal manera que, si alguno de los asegurados afecta uno de los amparos contratados en las condiciones particulares en que la causa es un evento o una enfermedad diagnosticada o tratada antes de la fecha de ingreso a la póliza, ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. dará plena aplicación a los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio.

Por otro lado, el Tomador se compromete a reportar los ingresos y retiros de asegurados y modificaciones en el valor asegurado dentro de los treinta días (30) días calendario siguientes a la fecha en que se presenten tales modificaciones, superado este período

de tiempo dejará de operar el amparo automático y la responsabilidad de la Aseguradora se limitará a la devolución de primas por concepto de este ingreso.

10. PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Queda consignada la obligación del tomador consistente en suministrar previo a la suscripción a la póliza y a cada movimiento de ingreso, retiro, aumento de valor asegurado o cobro, un listado en archivo Excel que deberá ser remitido por el canal notificado por la compañía con la siguiente información:

ASEGURADO	
TIPO DOCUMENTO	Cédula (CC) - Tarjeta de identidad (TI) Pasaporte (PSA) – Cédula de Extranjería (CE) No único de identificación personal (NUIP) Permiso especial permanente (PEP)
No DE DOCUMENTO	Número del Documento
PRIMER APELLIDO	Primer Apellido del asegurado
SEGUNDO APELLIDO	Segundo Apellido del asegurado
NOMBRES	Nombres del Asegurado
FECHA DE NACIMIENTO	DD/MM/AAAA
GENERO	FEMENINO (F) MASCULINO (M)
VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL	\$

11. REPORTE DE NOVEDADES

Los ingresos o modificaciones de valor asegurado, deben ser solicitados por escrito por el tomador adjuntando la solicitud de seguro individual debidamente diligenciada por la persona a ingresar o quien solicite el aumento del valor asegurado. La Compañía se reserva el derecho de admitirlos, rechazarlos, extraprimarlos o de solicitar las pruebas de asegurabilidad que estime necesarias.

12. CONTINUIDAD

Se otorga continuidad para el grupo asegurado actual en las mismas condiciones de edad y salud que tienen en las pólizas **21653884 y 21844821**, con valor asegurado hasta \$ **50.000.000**, siempre que hubieren ingresado válidamente a la póliza. Aquellas personas que no hayan ingresado válidamente, con sujeción a los términos de seguro de la póliza de vida grupo vigentes a la fecha de ingreso a la póliza, deberán cumplir con los requisitos de asegurabilidad indicados por la compañía en el presente documento y solo tendrán la calidad de asegurados una vez la aseguradora lo haya manifestado por escrito comenzando su cobertura individual en la fecha indicada por dicha manifestación. En este último caso, el silencio de la aseguradora será considerado como negativa de ingreso.

Para efectos de esta cláusula, se considerarán válidamente ingresados a la póliza aquellas personas que ingresaron con el lleno de los requisitos exigidos en la cláusula de amparo

automático y/o requisitos de asegurabilidad cuando la cláusula de amparo automático no se haya cumplido, en este último caso deberá existir la correspondiente autorización de la aseguradora que al momento del ingreso amparaba al grupo asegurado.

La responsabilidad de la aseguradora respecto de los asegurados que no hubiesen ingresado válidamente a la póliza se limitará a la devolución de las primas recibidas por dicho ingreso.

En virtud de esta cláusula, Allianz Seguros de Vida S.A. se subroga en los mismos derechos y obligaciones que podrían haber asistido a dicha aseguradora, para tal efecto se deja consignada la obligación del tomador consistente en suministrar a Allianz Seguros de Vida S.A. relación de las personas aseguradas en la Compañía anterior, anotando si existe algún tipo de extraprima, su respectivo porcentaje y causa, anexando la última solicitud individual de seguro diligenciada por cada asegurado; las personas que superen los límites establecidos en esta cláusula deberán cumplir con los requisitos de asegurabilidad que Allianz Seguros de Vida S.A. estime convenientes.

13. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Previo al ingreso o incremento de valor asegurado, los solicitantes o Asegurados que no cumplan con los términos pactados en el amparo automático deberán presentar a la Aseguradora de manera inmediata la declaración de asegurabilidad, no obstante, pasado el tiempo establecido en la condición del Amparo automático, el tomador debe remitir la respectiva solicitud de seguro.

En cualquier caso, la Aseguradora podrá exigir requisitos médicos y/o paraclínicos adicionales cuando lo estime conveniente.

En cualquier caso, la Aseguradora podrá exigir requisitos médicos y/o paraclínicos adicionales cuando lo estime conveniente.

13.1. DECLARACION DE ASEGURABILIDAD PARA EL GRUPO FAMILIAR

Se deja expresa constancia que el Grupo Familiar no deberá diligenciar formulario de asegurabilidad toda vez que dicha declaración está en cabeza del Asegurado Principal de acuerdo al formulario de asegurabilidad específico diseñado para esta póliza

14. OCUPACIONES NO ASEGURABLES

No se aseguran las personas que tengan como ocupación alguna de las que a continuación se describen.

Mineros	Guardaespaldas
Deportistas Profesionales*	Magistrados salas penales
Dueños de puestos de San Andresitos	Vigilantes
Comerciantes en oro, Comerciantes en esmeraldas	Ganaderos cuya actividad se desarrolle en zonas de alto riesgo

Trabajadores de empresas de explosivos	Guardianes de cárceles
Trabajadores de bares, discotecas y afines.	Policías de servicio activo
Miembros de organismos de seguridad o inteligencia (públicos privados o del estado).	Jueces Penales o Fiscales.
Administradores y/o propietarios de fincas bananeras trabajando en Urabá	Trabajadores en casas de cambio, empeño o compraventas.
Sindicalistas	Militares
Cargos de elección popular	Bomberos

*Por deportista profesional debe entenderse aquella persona cuya principal actividad es la práctica de un deporte, y como consecuencia de ello derive su sustento.

El asegurado deberá informar a la compañía aseguradora cualquier cambio de actividad o ubicación geográfica dentro de los 10 días siguientes a la fecha de modificación del riesgo, en los términos del artículo 1060 del código de comercio y concordantes.

En cualquier caso, la única responsabilidad de la compañía por ingresos que contravengan esta cláusula será la devolución de las primas recibidas por dicho ingreso.

15. DEPORTES NO ASEGURABLES

No se aseguran las personas que practiquen como profesional o aficionado en forma permanente los siguientes deportes:

Alpinismo	Parapente
Caza	Motociclismo
Tauromaquia	Boxeo
Artes Marciales	Aviación
Automovilismo	Lucha
Tiro	Motonáutica
Vuelo en cometa o ala delta	MotoCross
Buceo (Inmersiones submarinas)	

Esta condición se extiende para todos los deportes considerados habitualmente como deportes o actividades extremas.

En cualquier caso, la única responsabilidad de la compañía por ingresos que contravengan esta cláusula será la devolución de las primas recibidas por dicho ingreso.

16. FORMA DE COBRO Y REPORTE DEL TOMADOR

El cobro de la Prima se efectuará en forma **MENSUAL VENCIDO (plazo hasta 60 días para enviar el listado para el cobro)** según reporte de la entidad tomadora el cual deberá ser remitido por el canal notificado por la compañía. En todo caso se efectuará

un solo cobro mensual donde se incluyan todos los conceptos a cobrar en el respectivo periodo.

17. PLAZO PARA EL PAGO DE LAS PRIMAS

El Tomador pagará la prima a ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., dentro de los 30 días contados a partir de la fecha de iniciación de vigencia de cada periodo.

En consecuencia, el amparo que se otorga terminará automáticamente si al día **91** de inicio de vigencia del periodo no se ha efectuado el pago de la prima respectiva.

18. REVOCACIÓN

La presente póliza podrá ser revocada por el Tomador en cualquier momento. Los anexos de la presente póliza podrán ser revocados por la Aseguradora en cualquier momento, para lo cual deberá dar aviso al tomador sobre esta determinación con una anticipación no menor a 60 días.

19. TERMINACIÓN DEL SEGURO

El seguro individual de cualquier asegurado terminará en los siguientes casos:

- Cuando por cualquier causa deje de pertenecer al grupo asegurado.
- En la fecha que termine la vigencia señalada en la póliza
- Por falta de pago de prima
- Al pagar las indemnizaciones por los amparos de muerte o incapacidad total y permanente del asegurado.

PARAGRAFO: Cuando el Seguro o Amparo termine por causas distintas a las previstas en la Ley, la Compañía notificará dicha terminación al Tomador / Asegurado.

20. CONVERTIBILIDAD

Los beneficios de Convertibilidad tienen efecto desde la fecha de iniciación de la póliza y desde el momento en que toda persona ingresa al grupo asegurado, en las condiciones descritas en el condicionado general 15/10/2019-1401-P-34-VIDGRUPVERSION11-000I

21. AVISO DE SINIESTRO:

Se otorgará plazo para el aviso de siniestros de 30 días

22. PROCEDIMIENTOS EN CASO DE SINIESTROS

- **INFORMACIÓN Y PLAZOS PARA RADICACIÓN DE SINIESTROS.**

LA COMPAÑÍA definirá y emitirá repuesta a la solicitud dentro del mes siguiente a la fecha en que se acredite la ocurrencia del siniestro y su cuantía, de acuerdo a la reclamación formal presentada por el asegurado o los beneficiarios, acompañada de los documentos necesarios.

ALLIANZ de manera meramente ilustrativa sugiere soportar la reclamación con los siguientes documentos, según sea el caso, los cuales podrán ser radicados preferiblemente al mail indemnizacionesvida@allianz.co, de no ser posible vía correo electrónico enviarlos a la dirección Carrera 13 A No 29 – 24 Piso 10 Ala Sur a la Dirección de Indemnizaciones Vida, Bogotá.

- **DOCUMENTOS MÍNIMOS PARA PRESENTAR RECLAMACIÓN**

AMPARO DE MUERTE

Documentos del asegurado:

- Si los documentos son remitidos por correo electrónico en el asunto deberán indicar (i) Nombre del asegurado afectado (ii) Nombre del tomador de la póliza, (iii) No de póliza y (iv) amparo reclamado.
- Carta solicitando la reclamación en la cual se evidencie No. de póliza, amparo reclamado, documentos aportados, nombre del asegurado y datos del reclamante. (aplica si los documentos son remitidos por físico).
- Copia de la Cédula de Ciudadanía o documento de identidad.
- Copia del Registro Civil de Defunción
- Copia de la Solicitud de seguro debidamente diligenciada por el asegurado en la cual se evidencie la designación de beneficiarios. (si aplica).
- En caso de haber fallecido en una institución médica, aportar copia de la Historia Clínica (Si no la pueden aportar explicar las razones si es el caso)
- Si la causa de fallecimiento fue violenta o accidental adicionalmente deben anexar certificación o documento expedido por la Entidad Competente que enuncie la causa de fallecimiento. (puede ser Acta de levantamiento de cadáver y/o certificación de la fiscalía y/o Informe de necropsia y/o croquis según el caso).

Documentos de beneficiarios:

- Documentos de identidad de los beneficiarios (copia de la cédula de ciudadanía mayores de edad y registro civil de nacimiento para menores de edad).

- Si los beneficiarios son menores deben aportar copia de la cédula de los padres vivos.
- Formato de pago por transferencia diligenciado por los beneficiarios y padres de los menores beneficiarios.
- En caso de no existir designación de beneficiarios deben aportar declaración extrajuicio realizada por el reclamante en que indique (i) nombre y No de identidad del asegurado, (ii) estado civil al momento del fallecimiento, (iii) en caso de ser casado o unión libre debe indicar el nombre de la esposa y tiempo de convivencia, (IV) indicar si hubo hijos reconocidos en caso positivo el No de hijos e informar el nombre de cada uno de ellos y (v) el siguiente párrafo “desconozco de la existencia de otra persona con igual o mayor derecho a los aquí descritos y en caso de presentarse en el futuro a reclamar exoneramos a Allianz Seguros de Vida SA asumiendo la responsabilidad de todos los reclamos derivados de este seguro”.
- Si no hubo designación de beneficiarios deberán aportar adicionalmente (i) para hijos copia del registro civil de nacimiento, (ii) para esposa copia del registro civil de matrimonio o (iii) si el asegurado es soltero sin hijos copia del registro civil de nacimiento del asegurado para acreditar parentesco con los padres.

AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

- Si los documentos son remitidos por correo electrónico en el asunto deberán indicar (i) Nombre del asegurado afectado (ii) Nombre del tomador de la póliza, (iii) No de póliza y (iv) amparo reclamado.
- Carta solicitando la reclamación en la cual se evidencie No. de póliza, amparo reclamado, documentos aportados, nombre del asegurado y datos del reclamante. (aplica si los documentos son remitidos por físico).
- Copia de la cédula de ciudadanía o documento de identidad.
- Historia Clínica (en la cual se evidencie la fecha de diagnóstico o de ocurrencia del evento o la patología que generó la invalidez, así como la evolución).
- Concepto del médico tratante que especifique estado actual, secuelas, pronóstico y posible tratamiento.
- Copia del dictamen de calificación de Invalidez emitida por la Entidad Competente (EPS, ARL, AFP o JUNTA DE CALIFICACION DE INVALIDEZ REGIONAL O NACIONAL, REGIMEN ESPECIAL) en la cual se evidencie la fecha de estructuración y el porcentaje de la pérdida. (Opcional).
- Formato de pago por transferencia diligenciado por el asegurado
- Solicitud de seguro debidamente diligenciada por el asegurado. (si aplica).

- Si la causa de la invalidez es accidental o violenta aportar certificación o documento expedido por la entidad competente en la cual se evidencie la causa

AMPARO DE DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL:

- Si los documentos son remitidos por correo electrónico en el asunto deberán indicar (i) Nombre del asegurado afectado (ii) Nombre del tomador de la póliza, (iii) No de póliza y (iv) amparo reclamado.
- Carta solicitando la reclamación en la cual se evidencie No. de póliza, amparo reclamado, documentos aportados, nombre del asegurado y datos del reclamante. (aplica si los documentos son remitidos por físico)
- Copia de la cédula de ciudadanía o documento de identidad.
- Historia Clínica (en la cual se evidencie la fecha de ocurrencia del evento que generó la desmembración).
- Concepto del médico tratante que especifique: parte del cuerpo afectado, detallar el nivel de amputación traumática o si es una pérdida de funcionalidad informando si es temporal o definitiva.
- Formato de pago por transferencia diligenciado por el asegurado
- Copia de la solicitud de seguro debidamente diligenciada por el asegurado. (si aplica).
- Si la causa es accidental o violenta aportar certificación o documento expedido por la entidad competente en la cual se evidencie la causa.

AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES

- Si los documentos son remitidos por correo electrónico en el asunto deberán indicar (i) Nombre del asegurado afectado (ii) Nombre del tomador de la póliza, (iii) No de póliza y (iv) amparo reclamado.
- Carta solicitando la reclamación en la cual se evidencie No. de póliza, amparo reclamado, documentos aportados, nombre del asegurado y datos del reclamante. (aplica si los documentos son remitidos por físico).
- Copia de la cédula de ciudadanía o documento de identidad del asegurado.
- Historia Clínica (en la cual se evidencie la fecha de diagnóstico de la patología que están reclamando).
- Concepto del médico tratante que especifique estado actual (insitu o invasivo), pronóstico y posible tratamiento.
- Formato de pago por transferencia diligenciado por el asegurado

- Copia de la solicitud de seguro debidamente diligenciada por el asegurado. (si aplica)

AMPARO DE RENTA CLÍNICA, UCI, POST HOSPITALARIA Y CIRUGIA AMBULATORIA

- Si los documentos son remitidos por correo electrónico en el asunto deberán indicar (i) Nombre del asegurado afectado (ii) Nombre del tomador de la póliza, (iii) No de póliza y (iv) amparo reclamado.
- Carta solicitando la reclamación en la cual se evidencie No. de póliza, amparo reclamado, documentos aportados, nombre del asegurado y datos del reclamante. (aplica si los documentos son remitidos por físico)
- Copia de la cédula de ciudadanía o documento de identidad.
- Historia Clínica de la hospitalización (en la cual se evidencie la fecha de diagnóstico de la patología que generó la hospitalización y la fecha de ingreso y salida de la entidad hospitalaria).
- Formato de pago por transferencia diligenciado por el asegurado
- Copia de la solicitud de seguro debidamente diligenciada por el asegurado. (si aplica)
- Si la causa de la hospitalización es accidental aportar certificación o documento expedido por la entidad competente en la cual se evidencie la causa.

NOTA: Si del análisis de los documentos aportados se requiere un documento adicional para determinar la cobertura, ALLIANZ Seguros de Vida S.A. se reserva el derecho de solicitar pruebas adicionales cuando el siniestro lo amerite.

23. DOCUMENTOS EMITIDOS EN EL EXTERIOR

Los documentos extendidos en idioma distinto del castellano deben aportarse con su correspondiente traducción efectuada por el Ministerio de Relaciones Exteriores o por un intérprete oficial.

Los documentos públicos otorgados en país extranjero por funcionario de éste o con su intervención, se aportarán apostillados cuando provengan de un país que hace parte de la Convención sobre la abolición del Requisito de Legalización para Documentos Públicos Extranjeros, suscrita en La Haya el 5 de octubre de 1961; en caso contrario, los mencionados documentos deberán presentarse debidamente autenticados por el cónsul o agente diplomático de la República de Colombia en dicho país, y en su defecto por el de una nación amiga. La firma del cónsul o agente diplomático se abonará por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia, y si se trata de agentes consulares de un país amigo, se autenticará previamente por el funcionario competente del mismo y los de este por el cónsul colombiano.”

En cualquier caso, ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. se reserva el derecho de solicitar pruebas adicionales cuando el siniestro lo amerite.

24. MODIFICACIONES A FAVOR DE TOMADOR Y ASEGURADO

Si dentro de la vigencia de la póliza se presentan modificaciones en las condiciones legalmente aprobadas que represente un beneficio a favor del tomador o del asegurado, tales modificaciones se consideran automáticamente incorporadas en el contrato de seguros siempre y cuando no causen costos adicionales en las primas inicialmente pactadas.

25. ARBITRAMIENTO

Por medio de la presente cláusula, las partes acuerdan someter a la decisión de tres árbitros todas las diferencias que se susciten en relación con esta oferta. Los árbitros serán nombrados de común acuerdo con las partes y, si ello no fuere posible, se aplicará lo dispuesto por el Decreto Ley 2279 de 1989, modificado por la Ley 23 de 1991 y demás normas que lo modifiquen o reemplacen. El fallo será en derecho y el término del proceso será de seis (6) meses.

26. TERRITORIALIDAD

Salvo los anexos de servicios de asistencia que serán prestados solo en Colombia (Si los tiene contratados), la presente póliza otorga cobertura a nivel mundial, no obstante, en todo caso se regirá por las leyes de la república de Colombia.

27. CÓDIGO DE COMERCIO

Las demás condiciones no previstas en las presentes condiciones particulares, se regirán por el Código de Comercio de la República de Colombia, por las normas reglamentarias, por las normas que los modifiquen o adicionen, y por las demás normas aplicables al contrato de seguro.

28. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá llegarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad y la de terceras personas que sean asegurados o beneficiarios del seguro respecto a los cuales esté autorizado el tomador para realizar actividades de tratamiento, entre ellas la transmisión y transferencia de datos personales a terceros.

La información personal que será objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica. También será objeto de tratamiento la información de naturaleza sensible relacionada con el estado de salud y datos de

identidad sexual, así como datos de menores de edad. La información descrita será utilizada para las siguientes finalidades:

- (i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas.
- (ii) Contactar al titular a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, teléfono, entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios de la Compañía o terceros vinculados, campañas de fidelización o mejora de servicio, así como para realizar encuestas y estudios de mercado, por lo que la Compañía podrán suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y cualquier tercero con el cual tengan un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas.
- (iii) Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar o predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias personales, intereses, comportamiento, entre otros.

El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes, solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada, consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atienda en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales.

Los anteriores derechos podrán ser ejercidos presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención: i) Línea call center- Clientes ALLIANZ en Bogotá 5941133 o a Nivel Nacional 018000 512500 o al Celular #265 Opción 9; ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29 – 24, Dirección de Servicio al cliente y iii) Correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario declara conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente solicitud de autorización, así como el contenido de la política de protección de datos personales de la Compañía publicada en www.allianz.co. Además, declara que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunta es veraz y verificable y que autoriza su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna, y se obliga a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

29. SANCIONES ECONÓMICAS

La Compañía no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro u otorgar ningún beneficio en la medida en que (i) el otorgamiento de la cobertura, (ii) el pago de la reclamación o (iii) el otorgamiento de tal beneficio expongan a La Compañía a cualquier sanción, prohibición o restricción contemplada en las resoluciones, leyes, directivas, reglamentos, decisiones o cualquier norma de las Naciones Unidas, la Unión Europea, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, los Estados Unidos de América o cualquier otra ley nacional o regulación aplicable.”

TOMADOR

Firma de aceptación

Lina Clemencia Rios Gomez
Delegado Técnico Regional Antioquia y Eje
Allianz Seguros de Vida S.A.

Versión Clausulado Particular: GTV_VGC_V3.2020	Fecha:	01/09/2020
	Preparado por:	Lina C. Ríos G.
Código Clausulado	Código Nota Técnica	
15/10/2019-1401-P-34-VIDGRUPVERSION11-000I	15102019-1401-NT-P-34-AZCONT_VidaGrupo	

Allianz Seguros de Vida S.A.
 NIT No. 860.027.404-1

www.allianz.co
 Carrera 13 A No. 29-24
 Torre Empresarial Allianz
 Bogotá, D.C.
 Desde tu celular #265
 Bogotá (+57) 1 594 11 33
 A nivel Nacional 018000 51 25 00

ANEXO N° 1

ASISTENCIA - CUIDADOS PROLONGADOS

1. OBJETO

Se garantiza la puesta a disposición de una ayuda material inmediata, en forma de prestación económica o de servicios, cuando el beneficiario sufra una invalidez (incapacidad total y permanente o Incapacidad Total Temporal) como consecuencia de un accidente o enfermedad, sufra alguna limitación física o el diagnóstico positivo de una enfermedad grave, que le impida desempeñar por lo menos tres de las cinco actividades básicas de la vida diaria, de acuerdo con las condiciones establecidas en el presente anexo.

Se deja establecido que el servicio que prestará la Compañía a través de su red de asistencia, es de medio y no de resultado.

2. DEFINICIONES

Se entenderá por:

- **Deficiencia:**

Se refiere a las anormalidades de la estructura corporal y de la función de un órgano o sistema. Ejemplo: Pérdida de la vista o de las piernas.

- **Discapacidad:**

Son las consecuencias de la deficiencia a partir del rendimiento funcional y de la actividad del individuo. Ejemplo: Dificultades para leer o para trasladarse.

- **Minusvalía:**

Desventajas que experimenta el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades en una dimensión social. Ejemplo: Incapacidad para trabajar.

- **Actividades básicas:**

Las siguientes cinco funciones son consideradas como las *actividades básicas* bajo esta propuesta:

- **Bañarse:** Capacidad para lavarse todas las partes del cuerpo utilizando elementos de aseo, incluyendo la acción de entrar y salir del baño o de la regadera.
- **Vestirse:** Capacidad para ponerse o quitarse toda clase de prendas, incluso prótesis y aparatos ortopédicos.
- **Alimentarse:** Capacidad de alimentarse ingiriendo comida de un recipiente (plato o taza) o a través de un tubo o sonda enteral.

- **Necesidades Corporales:** Capacidad para cumplir en forma independiente con las funciones de eliminación.
- **Desplazarse:** Capacidad para acostarse y levantarse de la cama, así como para sentarse y levantarse de un asiento o de una silla de ruedas.
- **SMDL:** Salario mínimo diario legal vigente.

3. ÁMBITO TERRITORIAL

El derecho a las prestaciones se extiende a las personas que se encuentren dentro del casco urbano con nomenclatura de las ciudades de Bogotá D.C., Chía, La Calera, Tabio, Tenjo, Subachoque, Cali, Jamundí, Yumbo, Palmira, Medellín y su área metropolitana, Barranquilla, Bucaramanga, Pereira, Manizales, Armenia, Ibagué, Villavicencio, Popayán, Pasto, Santa Marta, Valledupar, Cúcuta, Tunja y Cartagena. En las ciudades donde no se tenga cobertura se puede proceder a la atención por reembolso, siempre y cuando haya autorización previa del proveedor.

4. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

La edad de ingreso está comprendida entre los 18 años y los 65 años con permanencia hasta los 75 años de edad, siempre y cuando la póliza a la cual accede este anexo permanezca vigente.

5. COBERTURAS

El programa se extiende a cubrir los servicios descritos a continuación, siempre que estos se puedan prestar en el domicilio del asegurado, cuando su condición médica lo permita.

a. Orientación médica básica telefónica

Un operador médico recibe la llamada del asegurado y según la sintomatología dada por la persona, hará un diagnóstico ajustado a las claves internacionales de servicios pre-hospitalarios de emergencia médica. El operador médico orientará al beneficiario o a quien solicite el servicio, respecto de las conductas provisionales que deben asumir mientras se produce el contacto profesional médico-paciente.

b. Asistencia domiciliaria especializada por incapacidad temporal o permanente

Cuando el asegurado sufra una incapacidad total y permanente como consecuencia de un accidente o una enfermedad, la Compañía enviará al domicilio del asegurado, un profesional en el área de la salud que prestará los siguientes servicios:

- Higiene personal
- Asistencia en alimentación y eliminación
- Asistencia en su desplazamiento
- Control de signos vitales
- Control de peso
- Cuidados de Piel
- Recreación

- Administración de líquidos o medicamentos vía endovenosa
- Soporte nutricional enteral
- Manejo de Sondas y tubos de drenaje
- Terapia respiratoria, física
- Administración de Quimioterapia
- Transfusiones sanguíneas
- Curaciones
- Manejo del dolor
- Toma de laboratorio
- Glucometrías
- Aplicación de Insulina

La Compañía cubrirá los honorarios profesionales generados por dicha atención por un periodo de 6 meses evento/vigencia, hasta por 10 horas diarias, y el alquiler o la compra de los siguientes equipos, cuando se requieran, hasta por el equivalente a 120 SMDLV:

- Bala de oxígeno
- Cama de tres planos
- Silla de ruedas
- Muletas o Caminadores
- Equipo de terapia respiratoria (Cánulas, pulsioxímetros, mascarillas, humidificadores, ventury).
- Pato u orinal
- Almohadillas

c. Cuidados paliativos por enfermedad terminal en el domicilio

Cuando al asegurado le diagnostiquen una enfermedad grave de carácter terminal que no responda al tratamiento curativo, la Compañía enviará al domicilio del asegurado, un profesional en el área de la salud que prestará los siguientes servicios:

- Aliviar el dolor y otros síntomas penosos.
- Integrar los aspectos psicológicos y espirituales de la atención al asegurado.
- Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar al paciente a vivir lo más activamente que sea posible hasta el día de la muerte.
- Ofrecer un sistema de apoyo que ayude a la familia del asegurado a seguir adelante durante la enfermedad del paciente y durante su propio duelo.
- Brindar cuidados paliativos con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente y de su familia, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento con una pronta evaluación, identificación y gestión del dolor y demás problemas físicos.

La Compañía cubrirá los honorarios profesionales generados por dicha atención por un periodo de 6 meses evento/vigencia, hasta por 10 horas diarias, y el alquiler o la compra de los siguientes equipos, cuando se requieran, hasta por el equivalente a 200 SMDLV:

- Bala de oxígeno
- Cama de tres planos
- Silla de ruedas
- Muletas o Caminadores

- Equipo de terapia respiratoria (Cánulas, pulsioxímetro, mascarillas, humidificadores, ventury).
- Pato u orinal
- Almohadillas

d. Servicio de obras civiles:

La Compañía enviará al domicilio del asegurado, previo acuerdo con el beneficiario, un técnico especializado que adelantará las labores para efectuar las modificaciones o ajustes que se requieran en el inmueble, de acuerdo con las recomendaciones del médico tratante que permitan el adecuado manejo del paciente.

El límite de esta cobertura será de 50 SMDLV.

6. EXCLUSIONES

No son objeto de la cobertura de asistencia las prestaciones y hechos siguientes:

- a) Los servicios que el asegurado haya concertado por su cuenta sin el previo consentimiento de la Compañía; salvo en caso de fuerza mayor, según su definición legal, que le impida comunicarse con la compañía.
- b) Los gastos de asistencia médica y hospitalaria dentro del territorio de Colombia, sin perjuicio de lo estipulado en las Condiciones Generales de la póliza.
- c) La muerte producida por suicidio y las lesiones y secuelas que se ocasionen en su tentativa.
- d) La muerte o lesiones originadas directa o indirectamente por hechos punibles o acciones dolosas del asegurado.
- e) La asistencia y gastos por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica, ni por enfermedades mentales y/o eventos de orden psiquiátrico de carácter agudo crónico.
- f) Lo relativo y derivado de prótesis y anteojos.
- g) Lo relativo y derivado de gastos de asistencia por embarazo, el parto y/o sus complicaciones.
- h) Las asistencias y gastos derivados de prácticas deportivas en competición.

Quedan excluidos de la cobertura objeto del presente anexo las consecuencias de los hechos siguientes:

- a) Los causados por mala fe del asegurado.

- b) Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- c) Hechos derivados de terrorismo, motín o tumulto popular.
- d) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de hechos de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad.
- e) Los derivados de la energía nuclear radiactiva.
- f) Los que se produzcan con ocasión de la participación del asegurado en apuestas, riñas o desafíos.

7. OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO

En caso de un evento cubierto por el presente contrato, el beneficiario deberá solicitar siempre la asistencia por teléfono, al 6187320, debiendo informar el nombre de beneficiario, el destinatario de la prestación, el número de la cédula de ciudadanía, o cédula de extranjería, la dirección del inmueble beneficiario, el número de teléfono y el tipo de asistencia que precisa.

En cualquier caso no podrán ser atendidos los reembolsos de asistencia prestadas por servicios ajenos a esta Compañía.

ANEXO DE COBERTURA ANTICIPO POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Allianz Seguros de Vida, S.A., que en adelante se denominará la Compañía, con base en los datos contenidos en la carátula de la póliza, que forma parte integrante de este contrato y a las declaraciones del tomador y/o asegurado contenida en la respectiva solicitud de este seguro, que se entienden incorporadas al mismo, ha convenido con el Tomador, excluir de la presente cobertura definida en las siguientes condiciones:

CONDICION PRIMERA. – EXCLUSIONES

1. Cualquier evento generador de la incapacidad total y permanente derivado de enfermedad o trastorno de las cuerdas vocales o de la laringe o complicaciones asociadas.
2. Cualquier evento generador de la incapacidad total y permanente derivado de Reflujo gastroesofágico.
3. Trastornos Psiquiátricos o desequilibrios mentales.

CONDICIÓN SEGUNDA. – VIGENCIA.

El inicio de vigencia del presente anexo es 01 de octubre de 2.013

CONDICIÓN TERCERA – OTRAS MODIFICACIONES

Todos los demás términos, condiciones y/o estipulaciones de la póliza original y sus anexos continúan vigentes y sin ninguna modificación.

CLAUSULA ADICIONAL POLIZA Nro. 21844821

ANEXO DE COBERTURA DE HOMICIDIO, INTENTO DE HOMICIDIO.

Allianz Seguros de Vida, S.A., que en adelante se denominará la Compañía, con base en los datos contenidos en la carátula de la póliza, que forma parte integrante de este contrato y a las declaraciones del tomador y/o asegurado contenida en la respectiva solicitud de este seguro, que se entienden incorporadas al mismo, ha convenido con el Tomador, otorgar la presente cobertura definida en las siguientes condiciones:

CONDICION PRIMERA. – COBERTURA.

LA COMPAÑÍA, cuando así se indique expresamente en la carátula de la póliza pagará al asegurado o a su(s) beneficiario(s), según el caso, las sumas a que haya lugar por las coberturas otorgadas y expresamente indicadas en la carátula de la póliza, cuando el siniestro ocurra:

1. Muerte o lesiones corporales (internas o externas) causadas intencionalmente por otra persona al asegurado (homicidio o intento de homicidio).
2. Muerte o lesiones causadas con armas de fuego, corto punzantes, con explosivos, o por envenenamiento.

CONDICIÓN SEGUNDA – VIGENCIA.

El inicio de vigencia del presente anexo es 01 de octubre de 2.013

CONDICIÓN TERCERA. – OTRAS MODIFICACIONES

Todos los demás términos, condiciones y/o estipulaciones de la póliza original y sus anexos continúan vigentes y sin ninguna modificación.

Nota: Se aclara que para el caso de intento de homicidio el asegurado tendrá derecho a Renta Diaria por Hospitalización, siempre y cuando cumpla con las condiciones descritas para dicha cobertura. RENTA DIARIA POSTHOSPITALARIA

ANEXO MODIFICATORIO

PLAZO PARA EL PAGO DE SINIESTROS

CONDICIÓN PRIMERA – PLAZO PARA EL PAGO DE SINIESTROS

ALLIANZ Seguros de Vida S.A., efectuará el pago de la indemnización correspondiente dentro de los ocho (8) días siguientes a la fecha en que el Tomador haya acreditado la ocurrencia del siniestro y cuantía.

CONDICIÓN SEGUNDA – VIGENCIA

El inicio de vigencia del presente anexo será desde el 03 de marzo de 2.015.

EXTRAPRIMAS AUTOMATICAS

PATOLOGIAS	EXTRA-PRIMAS	AMPAROS	OBSERVACIONES
Miomas	0%	Todos	
By pass gástrico	No asegurable	Ninguno	Menos de 6 meses. No asegurable
	50%	Todos	Más de 6 meses a 1 año. En caso de persistir con obesidad, se extra prima adicionalmente por dicha condición.
	25%	Todos	Más de 1 año. En caso de persistir con obesidad, se extra prima por dicha condición. Se puede re-evaluar al año.
Cálculos renales	50%	Todos	Sin antecedente quirúrgico.
	0%	Todos	Cálculo expulsado espontáneamente o extirpado quirúrgicamente.
Hipertensión arterial	25%	Todos	
Colesterol y triglicéridos	25%	Todos	Se puede re-evaluar presentando reporte de perfil lipídico reciente (menos de 90 días).
Hipotiroidismo	0%	Todos	
Hipotiroidismo asociado a enfermedad cardíaca	100%	Se excluye enfermedad grave e ITP	
Asma	25%	Todos	Si ha requerido hospitalización por asma aguda en los últimos 2 años debe presentar copia de HC.
Asma infantil	0%	Todos	Más de dos años desde el último episodio y sin tratamiento.
Asma más uso de cortico esteroides orales diariamente	50%	Se excluye enfermedad grave e ITP	
Diabetes	75%	Todos	Si va asociada a otra patología, se solicita copia de historia clínica.
Migraña	0%	Todos	
Osteoporosis	0%	Todos	Sin antecedente de fractura.
	25%	Se excluye ITP	Con antecedente de fractura
Catarata	0%	Se excluye ITP	
Hernia discal	0%	Se excluye ITP	
Lesión de meniscos o ligamentos de rodilla	0%	Se excluye ITP	
Síndrome del túnel carpiano	0%	Se excluye ITP	

Laringitis crónica	25%	Todos	Excluyendo malignidad.
Hipoacusia o sordera	0%	Se excluye ITP	
Gastritis aguda	0%	Todos	
Gastritis crónica	50%	Todos	

NOTA: En la presente tabla automática de extraprimas se está indicando a que patologías previa declaración del asegurado a su ingreso en la póliza colectiva de Funeducol deberán aplicarse y así mismo que amparos están excluidos, entendiéndose que los demás amparos serán cubiertos.