



NIT. 900.406.150-5

OFICINA Oficina Galerías - Bogota

CERTIFICA QUE:

El cliente GONZALEZ CASTANEDA LIGIA, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 41731452 de BOGOTA D.C. (D.C), posee los siguientes saldos a la fecha de Febrero 19 de 2025 las obligaciones financieras relacionadas a continuación:

Línea de Credito	No. Credito	Saldo a la Fecha
Vivienda	002959721200	\$ 352,980,011.00

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado a los 19 días del mes de Febrero del año 2025.

Atentamente,

Carlos Guataquirá M.

Colaborador Bancoomeva

Usuario:BOFINC03

SEGURO VIDA GRUPO

PÓLIZA
AA007625

FACTURA



NIT 830008686

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Modificación	PRODUCTO	VIDA GRUPO	ORDEN	7978
CERTIFICADO	AA123908	FORMA DE PAGO		USUARIO	LGIL
AGENCIA	CALI	TELEFONO	6023981963	DIRECCIÓN	CLL 26 NORTE 6 N16
FECHA DE EXPEDICIÓN	20 12 2023	VIGENCIA DE LA POLIZA	AAAA 2023	FECHA DE IMPRESIÓN	01 10 2024
	DD MM AAAA	DESDE	DD 01 MM 09 AAAA 2023		
		HASTA	DD 01 MM 09 AAAA 2024	HORA	00:00
				HORA	00:00

DATOS GENERALES

TOMADOR	COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y DE PROFESIONALES DE COLOMBIA COOMEVA	NIT/CC	890300625
DIRECCIÓN	CL 13 # 57 - 50	TEL/MOVL	6013330000
ASEGURADO	LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA	NIT/CC	41731452
DIRECCIÓN	CARRERA CRA 15 # 31-50 PH 1301 970	TEL/MOVL	
BENEFICIARIO	LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO Y/O LOS DE LEY	NIT/CC	1231234
DIRECCIÓN		TEL/MOVL	
EMAIL	RECEPCION_COOMEVA@COOMEVA.COM.CO		
EMAIL	no_tiene@notiene.com		
EMAIL	notiene@notiene.com		

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
CIUDAD DEPARTAMENTO DIRECCIÓN ACTIVIDAD	CALI VALLE CALLE 13 57-50 BANCOS, SEGUROS, COOPERATIVAS

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DETALLE	VALOR ASEGURADO
Básico (Muerte). Invalidez.	\$319,709,600.00 \$319,709,600.00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
\$319,709,600.00	\$0.00		\$0.00	\$0.00

COASEGURO	
COMPañIA	PARTICIPACIÓN
	%.

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN
000900367164	COOMEVA CORREDORES DE SEGUROS S.A.	%.

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporáneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar.

Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad <http://www.laequidadseguros.coop/>, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; Información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro.

[Firma Autorizada]

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538
#324

SEGURO
VIDA GRUPO

PÓLIZA
AA007625

FACTURA



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO			PRODUCTO		VIDA GRUPO																								
COD. AGENCIA			AA123908		CERTIFICADO		7978		DOCUMENTO			Modificacion			TEL:			6023981963											
AGENCIA			CALI		DIRECCIÓN			CLL 26 NORTE 6 N16																					
FECHA DE EXPEDICIÓN					VIGENCIA DE LA PÓLIZA										FECHA DE IMPRESIÓN														
20		12		2023		DESDE		DD		01		MM		09		AAAA		2023		HORA		00:00		01		10		2024	
DD		MM		AAAA		HASTA		DD		01		MM		09		AAAA		2024		HORA		00:00		DD		MM		AAAA	

DATOS GENERALES

TOMADOR	COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y DE PROFESIONALES DE COLOMBIA COOMEVA	NIT/CC	890300625		
DIRECCIÓN	CL 13 # 57 - 50	E-MAIL	RECEPCION_COOMEVA@COOMEVA.COM.CO	TEL/MOVIL	6013330000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

SE REALIZA CARGUE DE ASEGURADOS SEGUN RELACIÓN SUMINISTRADA POR EL CLIENTE

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Linea Segura 018000919538
#324

SEGURO VIDA GRUPO

PÓLIZA
AA007625

FACTURA



NIT 830008686

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Renovación	PRODUCTO	VIDA GRUPO	ORDEN	1
CERTIFICADO	AA117676	FORMA DE PAGO		USUARIO	YFERNANDEZ
AGENCIA	CALI	TELEFONO	6608047	DIRECCIÓN	CLL 26 NORTE 6 N16
FECHA DE EXPEDICIÓN	23 09 2022	VIGENCIA DE LA POLIZA	09 2022	FECHA DE IMPRESIÓN	23 09 2022
	DD MM AAAA		MM AAAA		DD MM AAAA
		DESDE	01 09 2022	HORA	00:00
		HASTA	01 09 2023	HORA	00:00
			DD MM AAAA		DD MM AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y DE PROFESIONALES DE COLOMBIA "COOMEVA"	NIT/CC	890300625
DIRECCIÓN	CL 13 # 57 - 50	TEL/MOVI	6013330000
ASEGURADO	CLIENTES COOMEVA Y BANCOOMEVA	NIT/CC	222222222222
DIRECCIÓN	NIVEL NACIONAL	TEL/MOVI	1
BENEFICIARIO	LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO Y/O LOS DE LEY	NIT/CC	000001231234
DIRECCIÓN		TEL/MOVI	
	EMAIL	notiene@notiene.com	
	EMAIL	notiene@notiene.com	

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
CIUDAD DEPARTAMENTO DIRECCIÓN ACTIVIDAD	CALI VALLE CALLE 13 57-50 BANCOS, SEGUROS, COOPERATIVAS

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DETALLE	VALOR ASEGURADO
Básico (Muerte). Invalidez.	\$2,400,000,000.00 \$2,400,000,000.00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
\$2,400,000,000.00	\$0.00		\$0.00	\$0.00

COASEGURO	
COMPañIA	PARTICIPACIÓN
	%.

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN
000900367164	COOMEVA CORREDORES DE SEGUROS S.A.	%.

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporáneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar.

Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad <http://www.laequidadseguros.coop/>, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; Información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538
#324

PÓLIZA
AA007625

INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO	PRODUCTO	VIDA GRUPO		
COD. AGENCIA	AA117676	CERTIFICADO	1	DOCUMENTO Renovacion
AGENCIA	CALI			TEL: 6608047
		DIRECCIÓN	CLL 26 NORTE 6 N16	

FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DE LA PÓLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN				
23	09	2022		DESDE	DD	01	MM	09	AAAA	2022	HORA	00:00	23	09	2022	
DD	MM	AAAA		HASTA	DD	01	MM	09	AAAA	2023	HORA	00:00	DD	MM	AAAA	

DATOS GENERALES

TOMADOR	COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y DE PROFESIONALES DE COLOMBIA "COOMEVA"	NIT/CC	890300625
DIRECCIÓN	CL 13 # 57 - 50	E-MAIL	CARTERA_SECTORPROTECCION@COOMEVA.COM.CO
		TEL/MOVIL	6013330000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

CONDICIONES PARTICULARES POLIZA VIDA GRUPO # AA007625 ;V AA007626

TOMADOR: COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y DE PROFESIONALES DE COLOMBIA COOMEVA

NIT: 890.300.625 jV 1

ASEGURADOS: CLIENTE COOMEVA Y BANCOOMEVA

BENEFICIARIOS: LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO Y/O LOS DE LEY.

VIGENCIA: LA VIGENCIA DE LA POLIZA ES DEL 01 DE SEPTIEMBRE DE 2022 A LAS 00:00 HORAS HASTA EL 01 DE SEPTIEMBRE DE 2023 A LAS 00:00 HORAS

Estructura De La Poliza

Amparar en caso de muerte o incapacidad total y permanente al grupo asegurable incluso cuando sean deudores de las líneas de créditos comerciales, créditos de vivienda y créditos de consumo y/o cualquier otra línea de crédito otorgados por Coomeva o Bancoomeva (GECC), en adelante El Tomador.

En el caso de respaldar una obligación el seguro entrara en vigor a partir del desembolso del préstamo al asegurado (para los nuevos créditos) y se entendera vigente en las condiciones actuales para los créditos existentes que cuenten con dicha cobertura, de conformidad con lo establecido en la cláusula de extensión.

En los casos de respaldar una obligacion, Entidad acreedora titular de la obligacion adquiere la calidad de Primer Beneficiario del seguro hasta por el saldo de la obligacion, el excedente si existiere se pagara al Asegurado o sus beneficiarios y en su defecto a sus herederos de ley.

Igualmente, la aseguradora dara cobertura automatica en los terminos de la póliza, a las compras de cartera que realice la entidad acreedora titular de la obligacion y aceptara el formato de declaracion de asegurabilidad de la anterior aseguradora.

En ningún caso La Aseguradora dará aplicación a lo establecido en el inciso segundo del artículo 1064 del Código de Comercio, relacionado con las sanciones de que tratan los artículos 1058 y 1060 *ibidem*.

1. Amparos

Muerte e Incapacidad Total y Permanente ambas por cualquier causa (incluye SIDA).

Se incluye la muerte o incapacidad total y permanente por suicidio, homicidio, terrorismo, embriaguez y encontrarse bajo el influjo de algún medicamento o droga enervante, estimulante o similar desde el inicio del crédito, es decir, por cualquier causa.

Se entenderá por incapacidad total y permanente la sufrida por el asegurado que se manifieste estando amparado bajo el presente anexo, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales, de acuerdo con la calificación de la entidad legalmente autorizada para expedirla (Administradora de Riesgos Laborales ARL, Fondo de Pensiones, EPS, Junta de Calificación o Médico Laboral o Especialista en Salud Ocupacional de la Red Médica de Coomeva), que le impida 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.

La fecha de siniestro será la de declaratoria de la pérdida de la capacidad laboral, independiente de la fecha de estructuración. Para el caso de la declaratoria por el Médico Laboral o Especialista en Salud Ocupacional de la Red Médica de Coomeva, será este quien establezca la fecha, de acuerdo con la historia clínica y la valoración del paciente.

2. Valor Asegurado

El valor asegurado por persona correspondera al monto inicial del credito otorgado por El Tomador.

**FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.**

FIRMA TOMADOR

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538
#324

#324

INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO		PRODUCTO	VIDA GRUPO
COD. AGENCIA	AA117676	CERTIFICADO	1
AGENCIA	CALI		

DOCUMENTO	Renovacion
DIRECCIÓN	CLL 26 NORTE 6 N16

TEL: 6608047

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN					
23	09	2022	DESDE	DD	01	MM	09	AAAA	2022	HORA	00:00	23	09	2022
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	09	AAAA	2023	HORA	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y DE PROFESIONALES DE COLOMBIA "COOMEVA"

NIT/CC 890300625

DIRECCIÓN CL 13 # 57 - 50

E-MAIL CARTERA_SECTORPROTECCION@COOMEVA.COM.**TEL/MOVIL** 6013330000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

Siempre y cuando se pague prima correspondiente como saldo de la obligación contrada se entenderá, el capital no pagado mas los intereses corrientes, intereses de mora si los hubiere, incluyendo las primas de seguros dejadas de pagar y otros conceptos imputados al credito (por ejemplo, el pago de los honorarios y gastos judiciales en caso de que el credito se encuentre en cobro juridico). El valor asegurado corresponde al valor desembolsado y antes del 3 de Marzo de 2014 el valor asegurado corresponde al saldo insoluto de la obligación.

El corredor de seguros procedera con el ajuste de disminucion de prima, siempre y cuando el asegurado solicite ajustar el valor desembolsado a valor endeudado.

2.1 Limite Maximo Por Asegurado

El limite maximo por asegurado es de 2.400 SMMLV.

3. Edades de ingreso Y Permanencia

COBERTURA INGRESO	EDAD MINIMA DE INGRESO	EDAD MAXIMA DE INGRESO	EDAD DE PERMANENCIA
----------------------	---------------------------	---------------------------	------------------------

MUERTE	18 años	79 años y 364	Hasta la
días	finalizacion de la		
vinculacion del			
asegurado con			
el Tomador			

El Tomador	18 años	79 años y 364	Hasta la
INVALIDEZ	finalizacion de la		
vinculacion del			
asegurado con			
el Tomador			

4. Amparo Automatico.

Se concede amparo automatico cubriendo preexistencias y reticencias para personas que contraigan creditos hasta \$130;000.000= en una o varias obligaciones y edad hasta de 70 anos + 364 dias con la sola firma de la declaracion de asegurabilidad.

También se concede amparo automático y no se exigen requisitos adicionales de asegurabilidad para personas que contraigan créditos desde \$130;000.001= hasta \$400;000.000= y edad máxima de 70 años + 364 días con la sola firma de la declaración de asegurabilidad siempre y cuando el Asegurado no declare ninguna patología afirmativamente.

Tambien se concede amparo automatico y no se exigen requisitos adicionales de asegurabilidad para personas que contraigan creditos desde \$130i;000.001= hasta \$400i;000.000= y edad maxima de 70 anos + 364 dias con la sola firma de la declaracion de asegurabilidad y que declare alguna(s) de la(s) siguiente(s) patologia(s):

- ¿h Cirugias estéticas.
- ¿h Cirugias de cornetes.
- ¿h Cirugias de cataratas.
- ¿h Procedimientos de en fertilizacion masculina y femenina.
- ¿h Cirugia de amigdalas.
- ¿h Cesareas.
- ¿h Cirugia por apendicitis.
- ¿h Procedimientos odontologicos.
- ¿h Artroscopias.
- ¿h Histerectomia.
- ¿h Artritis. Se excluye Artritis Reumatoidea, la cual si requiere de examen medico.
- ¿h Fracturas. Se excluyen fractura craneal o de columna las cuales si requieren de examen medico.
- ¿h Afecciones respiratorias. Se excluyen EPOC, Neumonia, Bronquitis, Cáncer las cuales si requieren de examen medico.
- ¿h Hernia umbilical
- ¿h Calculos renales
- ¿h Cirugia de vesicula
- ¿h Cirugia de correccion de miopia o estrabismo



FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538
#324

SEGURO VIDA GRUPO

PÓLIZA
AA007625

FACTURA



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO PRODUCTO VIDA GRUPO
COD. AGENCIA AA117676 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Renovacion **TEL:** 6608047
AGENCIA CALI **DIRECCIÓN** CLL 26 NORTE 6 N16

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN					
23	09	2022	DESDE	DD	01	MM	09	AAAA	2022	HORA	00:00	23	09	2022
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	09	AAAA	2023	HORA	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y DE PROFESIONALES DE COLOMBIA "COOMEVA" **NIT/CC** 890300625
DIRECCIÓN CL 13 # 57 - 50 **E-MAIL** CARTERA_SECTORPROTECCION@COOMEVA.COM.CO **TEL/MOVIL** 6013330000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

¿h Cirugia de hallux valgus
¿h Hernia Inguinal
¿h Cirugia Inguinal

La indemnización en caso de preexistencia y retenciones tendrá una cobertura máxima hasta \$130,000.000.
Para personas con edad superior a 70 años no aplica amparo automático por lo cual se requiere realización de exámenes médicos y cumplimiento de requisitos de asegurabilidad, para realizar estudio y aprobación por parte de la aseguradora.

5. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Monto a asegurar expresado en pesos
Edad límite del Asegurado
Requisitos asegurabilidad
Cobertura de patologías bajo el amparo automático (Mencionar patologías)
Hasta 130 MCOP
18 años hasta 70 años + 364 días
CA
Se cubren preexistencias y retenciones
Mas de 130 MCOP y hasta 400 MCOP
18 años hasta 70 años + 364 días
1
Para personas que marquen patologías diferentes a las nombradas aplicaran los requisitos del numeral 2
¿E Cirugías estéticas.
¿E Cirugías de cornetes.
¿E Cirugías de cataratas.
¿E Procedimientos de infertilización masculina y femenina.
¿E Cirugía de amígdalas.
¿E Cesáreas.
¿E Cirugía por apendicitis.
¿E Procedimientos odontológicos.
¿E Artroscopias.
¿E Histerectomía.
¿E Artritis. Se excluye Artritis Reumatoidea, la cual si requiere de examen médico.
¿E Fracturas. Se excluyen fractura craneal o de columna las cuales si

[Firma Autorizada]



**FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.**

FIRMA TOMADOR

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538
#324

SEGURO VIDA GRUPO

PÓLIZA
AA007625

FACTURA



equidad
seguros



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO PRODUCTO VIDA GRUPO
COD. AGENCIA AA117676 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Renovacion **TEL:** 6608047
AGENCIA CALI **DIRECCIÓN** CLL 26 NORTE 6 N16

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA				FECHA DE IMPRESIÓN		
23	09	2022	DESDE	DD	01	MM	09	AAAA	2022
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	09	AAAA	2023
							HORA	00:00	
							HORA	00:00	
								DD	MM
									AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y DE PROFESIONALES DE COLOMBIA "COOMEVA" **NIT/CC** 890300625
DIRECCIÓN CL 13 # 57 - 50 **E-MAIL** CARTERA_SECTORPROTECCION@COOMEVA.COM.CO **TEL/MOVIL** 6013330000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

requieren de examen medico.
¡E Afecções respiratorias.
Se excluyen EPOC,
Neumonía, Bronquitis,
Cancer las cuales si
requieren de examen
medico.
¿h Hernia umbilical
¿h Calculos renales
¿h Cirugia de vesicula
¿h Cirugia de correccion
de miopia o estrabismo
¿h Cirugia de hallux
valgus
¿h Cirugia Inguinal
¿h Hernia inguinal
Mas de 400
MCOP y hasta
(2.400 SMMLV)
18 anos hasta 69
anos + 364 dias
1,2
1 a (2.400
SMMLV)
Mas de 70 anos 1,3
Independiente del estado
de salud debe cumplir con
los requisitos de
asegurabilidad

CA: Cobertura Automatica; todos los Asegurados son cubiertos (no se requiere declaracion de salud) y las condiciones pre existentes son cubiertas

1: Declaracion de Asegurabilidad: Si en la declaracion el asegurado reconoce que tiene una buena condicion en su salud y responde negativamente a las preguntas sera asegurado de manera automatica; si responde afirmativamente a alguna de las preguntas, Equidad se reserva el derecho de solicitar exámenes.

2: Examen medico y examen parcial de orina.

3: Examen medico, Perfil lipidico, Electrocardiograma, Parcial de orina, Creatinina, Cuadro hematico, Glicemia, VIH y electrocardiograma de esfuerzo.

5.1. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD ADICIONALES

Para Valores Asegurados desde \$130,000.001= hasta \$400,000.000= y cualquier edad, que declare afirmativamente alguna de las siguientes patologías, se requieren los siguientes exámenes:

5.1.1. Contesta Si en Afecções Cardiovasculares: Se solicita examen medico, EKG, glicemia, perfil lipidico, parcial de orina.

5.1.2. Contesta Si en Hipertension Arterial: Se solicita examen medico, quimica sanguinea, EKG.

5.1.3. Contesta Si en Afecções Cerebro vasculares: Se solicita examen medico, EKG, glicemia, perfil lipidico, parcial de orina.

5.1.4. Contesta Si en Cancer: Se solicita examen medico, EKG, glicemia, perfil lipidico, parcial de orina. Historia clinica, evolucion y pronostico diligenciado por medico tratante

5.1.5. Contesta Si en Diabetes: Se solicita examen medico, quimica

[Firma Autorizada]



FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538
#324

SEGURO VIDA GRUPO

FACTURA



PÓLIZA
AA007625

INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO PRODUCTO VIDA GRUPO
COD. AGENCIA AA117676 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Renovacion **TEL:** 6608047
AGENCIA CALI **DIRECCIÓN** CLL 26 NORTE 6 N16

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN		
23	09	2022	DESDE	DD	01	MM	09	AAAA	2022	HORA	00:00
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	09	AAAA	2023	HORA	00:00

DATOS GENERALES

TOMADOR COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y DE PROFESIONALES DE COLOMBIA "COOMEVA" **NIT/CC** 890300625
DIRECCIÓN CL 13 # 57 - 50 **E-MAIL** CARTERA_SECTORPROTECCION@COOMEVA.COM.CO **TEL/MOVIL** 6013330000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

sanguinea, EKG.

5.1.6. Contesta Si en VIH / S.I.D.A: Se solicita examen medico, EKG, glicemia, perfil lipidico, parcial de orina, VIH, serologia

5.1.7. Contesta Si en Afecciones Renales: Se solicita examen medico, EKG, Glicemia, Perfil Lipidico, parcial de orina, BUN y Creatinina.

5.1.8. Indice de masa corporal:

¿h Si el indice de masa corporal esta entre 25 a 30, no se solicitan exámenes complementarios.

El indice de masa corporal se calcula de la siguiente forma:

FORMULA INDICE DE MASA CORPORAL: $IMC = PESO / TALLA^2$

Ejemplo: 80 kilos, Estatura 1.65 Entonces $IMC = 80 / (1.65)^2 = 29.3$

Resumen exámenes medicos para patologias especificas:

Patologias declaradas por el Asegurado Documento (s) solicitados (s) Monto a asegurar expresado en pesos Edad limite del Asegurado Exámenes medicos solicitados Cardio vascular Declaracion de Asegurabilidad: Si en la declaracion el asegurado reconoce que tiene una buena condicion en su salud y responde negativamente a las preguntas sera asegurado de manera automatica; si responde afirmativamente a alguna de patologias aca descritas, Equidad se reserva el derecho de Mas de 130 MCOP y hasta 400 MCOP 18 años hasta 70 años + 364 días EKG, glicemia, perfil

[Firma Autorizada]



FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538
#324

SEGURO VIDA GRUPO

FACTURA



equidad
seguros

PÓLIZA
AA007625

INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO	PRODUCTO	VIDA GRUPO	
COD. AGENCIA	AA117676	CERTIFICADO	1
AGENCIA	CALI	DOCUMENTO	Renovacion
		DIRECCIÓN	CLL 26 NORTE 6 N16
		TEL:	6608047
FECHA DE EXPEDICIÓN		VIGENCIA DE LA PÓLIZA	
23	09	2022	
DD	MM	AAAA	
DESDE	DD	01	MM
HASTA	DD	01	MM
			09
			AAAA
			2023
HORA			
			00:00
			00:00
			23
			09
			2022
			DD
			MM
			AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y DE PROFESIONALES DE COLOMBIA "COOMEVA"	NIT/CC	890300625
DIRECCIÓN	CL 13 # 57 - 50	E-MAIL	CARTERA_SECTORPROTECCION@COOMEVA.COM.CO
		TEL/MOVIL	6013330000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

lipídico y parcial de orina.
Hipertension Arterial
Química sanguínea y EKG.
Cerebro vascular
EKG, glicemia, perfil lipídico y parcial de orina.
Cancer
EKG, glicemia, perfil lipídico, parcial de orina, historia clínica, evolucion y pronostico diligenciado por medico tratante.
Diabetes
Química sanguínea y EKG.
VIH/ S.I.D.A
EKG, glicemia, perfil lipídico, parcial de orina, VIH y serologia.
Afecciones Renales
EKG, Glicemia, Perfil Lipídico, parcial de orina, BUN y Creatinina.
Masa corporal solicitar exámenes médicos. En caso de siniestro Equidad puede rechazarlo por pre existencia si esta no fue declarada y era conocida por el asegurado.
¡E Si el indice de masa corporal esta entre 25 a 30, no se solicitan exámenes complementarios.
¡E Si el indice de masa corporal es superior a 30, se extra prima con un 30% si es mayor el IMC se aplica lo expuesto en el numeral 6.

*Para cualquier otra enfermedad diferente a las detalladas anteriormente, se requiere estudio y aprobacion previa de la aseguradora.

5.2. VALORES ASEGURADOS IGUALES O MAYORES A \$400,000.001=

Para Valores Asegurados iguales o mayores a \$400,000.001 en uno o varios creditos y hasta el limite maximo por asegurado, cualquier edad e independiente del estado de salud declarado, se requiere estudio y aprobacion previa de la aseguradora.

[Firma Autorizada]



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538
#324



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO PRODUCTO VIDA GRUPO
COD. AGENCIA AA117676 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Renovacion **TEL:** 6608047
AGENCIA CALI **DIRECCIÓN** CLL 26 NORTE 6 N16

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN					
23	09	2022	DESDE	DD	01	MM	09	AAAA	2022	HORA	00:00	23	09	2022
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	09	AAAA	2023	HORA	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y DE PROFESIONALES DE COLOMBIA "COOMEVA" **NIT/CC** 890300625
DIRECCIÓN CL 13 # 57 - 50 **E-MAIL** CARTERA_SECTORPROTECCION@COOMEVA.COM.CO **TEL/MOVIL** 6013330000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

6. Manejo del IMC (Indice de masa corporal)

Formula Indice de Masa Corporal:
Traducir la altura a metros. Ejemplo. 1.65 metros.
Multiplicarlo por si mismo, es decir $1.65 \times 1.65 = 2.72$
Dividir el peso entre el resultado anterior, es decir: $\text{Peso } 70 \text{ kg} / 2.72 = 25.7$
IMC
Extra primas por indice de masa corporal
De 30.1 a 34.9 extra prima del 30%
De 35.1 a 39.9 se requiere resumen de la historia clinica ultimos tres anos y en facultad de la agencia extra primar 50%.
De 40 en adelante se requiere resumen de la historia clinica ultimos tres anos y enviar a la Gerencia de Vida de la Equidad Seguros quien determinara cobertura.

7. Red medica

Contamos con una Red Medica calificadora a nivel nacional quienes seran los encargados de otorgar las condiciones para los asegurados.
Procedimiento de atencion:

1. El intermediario de seguros en conjunto con los funcionarios de la aseguradora (Funcionario que asignara La Equidad seguros para el manejo del convenio In House) remitiran los asegurados a centros medicos predeterminados autorizados por la Equidad Seguros de Vida, para la practica de los exámenes.
2. El centro medico debe enviar los resultados de exámenes al centro Red medico calificador quien a su vez determinara y confirmara viabilidad de asegurabilidad (condiciones), remitiendo respuesta a la Agencia, intermediario (In House), y a la Gerencia de Vida de La Equidad. Segun las patologias se informara el respectivo recargo si lo hay, para que sea aplicado al asegurado en la liquidacion de las primas de seguro respectiva.

8. Flujiograma

Intermediario de Seguros y/o Funcionarios de La aseguradora (convenio) Mismo día Envio a:
Centros medicos predeterminados para la practica de exámenes. Mismo día o día siguiente habil Envio a:
Centro red medico Calificador remite respuesta a:
Agencia de Cali, Intermediario (Funcionario Equidad In House) y Gerencia de Vida de la Equidad.

9. Definicion Por Parte De La Aseguradora

La Equidad seguros se compromete a dar respuesta para la suscripcion de los riesgos, el cual no podra superar tres (3) dias contados a partir del día habil siguiente a la recepcion de los documentos, inclusive los resultados medicos requeridos.

Se tiene en cuenta que el incumplimiento en el termino de respuesta genera amparo automatico, aun si el valor de la obligacion excede el monto designado como amparo automatico.

La custodia de los documentos fisicos (Solicitud de seguro/declaracion de asegurabilidad) es responsabilidad del Tomador y debe estar disponible para cuando la Aseguradora lo requiera dentro de los cinco (5) dias habiles siguientes a la solicitud.

10. Permanencia

El termino de cobertura, para todos los amparos sera hasta la terminacion de la Vinculacion del asegurado con el Tomador.

11. Forma De Pago

[Handwritten signature]



**FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.**

FIRMA TOMADOR

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538
#324

SEGURO VIDA GRUPO

PÓLIZA
AA007625

FACTURA



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO PRODUCTO VIDA GRUPO
COD. AGENCIA AA117676 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Renovacion **TEL:** 6608047
AGENCIA CALI **DIRECCIÓN** CLL 26 NORTE 6 N16

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA							FECHA DE IMPRESIÓN				
23	09	2022	DESDE	DD	01	MM	09	AAAA	2022	HORA	00:00	23	09	2022
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	09	AAAA	2023	HORA	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y DE PROFESIONALES DE COLOMBIA "COOMEVA" **NIT/CC** 890300625
DIRECCIÓN CL 13 # 57 - 50 **E-MAIL** CARTERA_SECTORPROTECCION@COOMEVA.COM.CO **TEL/MOVIL** 6013330000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

La póliza se registra bajo el sistema de declaraciones mensuales mes completo sin prorratas y pago mensual vencido 30 días fecha de factura definitiva. Al momento de pagar la prima mensual se descontará el valor por gastos administrativos y recaudo.
Para el pago de la prima, El Tomador o la entidad que esta designe entregará a la aseguradora el valor total de los saldos de cartera con su respectivo valor de prima a facturar, según quede estructurada la tarifa.

12. Tasas

Las tasas indicadas corresponden a las nuevas inclusiones, para la cartera vigente del Tomador, tendrá la protestad de mantener las tasas actuales o aplicar las nuevas tasas a la cartera vigente:
Se acepta la tasa actual para la cartera Vigente con un aumento en la base del 5%, con las condiciones de Comisión y Gastos De Administración y Recauda que se definen en el presente documento, para las nuevas inclusiones así:
Las tasas para nuevos negocios son:
5% de recargo en la base de créditos antiguos exceptuando el rango de edad de mayores de 70 años

RANGOS DE EDAD MENOR 45 AÑOS ENTRE 46 Y 70 AÑOS MAYORES 70 AÑOS

TASA POR MIL MUERTE	0.30	0.49	1.87
TASA POR MIL INVALIDEZ	0.05	0.08	0.30
TASA POR MIL TOTAL MENSUAL	0.35	0.57	2.17

En los casos que haya un deudor solidario las Tasas a aplicar serán las mismas del asegurado principal ya sea de la cartera vigente o de la nueva cartera.

TASAS ACTUALES

RANGO DE EDAD

TASA GRUPO

ETARIO 2020-

2021 %o

PRIMA

MENSUAL POR

MILLON

2020-2021

TASA

GRUPO

ETARIO

2021-2022

%o

PRIMA

MENSUAL

POR

MILLON

2021-2022

TASA

GRUPO

ETARIO

2022-2023

%o

PRIMA

MENSUAL

POR

MILLON

2022-2023

18 AÑOS - 45 AÑOS mas 364 días

0,3022 302 0,33 330 0,35 350

46 AÑOS - 70 AÑOS mas 364 días

0,4706 471 0,52 520 0,54 540

=o > 71 1,7337 1,734 1,91 1,910 1,91 1,910

RANGO DE EDAD

TASA GRUPO

[Firma Autorizada]



**FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.**

FIRMA TOMADOR

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538

#324

SEGURO VIDA GRUPO

PÓLIZA
AA007625

FACTURA



equidad
seguros



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO	PRODUCTO	VIDA GRUPO	
COD. AGENCIA	AA117676	CERTIFICADO	1
AGENCIA	CALI	DOCUMENTO	Renovacion
		DIRECCIÓN	CLL 26 NORTE 6 N16
		TEL:	6608047
FECHA DE EXPEDICIÓN		VIGENCIA DE LA PÓLIZA	
23	09	2022	
DD	MM	AAAA	
DESDE	DD	01	
HASTA	DD	01	
	MM	09	
	MM	09	
	AAAA	2022	
	AAAA	2023	
HORA			
00:00			
HORA			
00:00			
FECHA DE IMPRESIÓN			
23	09	2022	
DD	MM	AAAA	

DATOS GENERALES

TOMADOR	COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y DE PROFESIONALES DE COLOMBIA "COOMEVA"	NIT/CC	890300625
DIRECCIÓN	CL 13 # 57 - 50	E-MAIL	CARTERA_SECTORPROTECCION@COOMEVA.COM.CO
		TEL/MOVIL	6013330000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

ETARIO 2021-
2022 %o
PRIMA
MENSUAL POR
MILLON
2021-2022
TASA
GRUPO
ETARIO
2022-2023
%o
PRIMA
MENSUAL
POR
MILLON
2022-2023
18 ANOS - 45 ANOS mas 364 dias 0,33 330 0,35 350
46 ANOS - 70 ANOS mas 364 dias 0,54 540 0,57 540
=> 71 2,17 2,170 2,17 2,170
RENOVACIÓN (BASE) DE VIGENCIA 1 DE SEPT 2021 A 1 SEPT 2022
NUEVAS INCLUSIONES DE VIGENCIA 1 DE SEPT 2022 A 1 DE SEPT 2023
RENOVACIONES (BASE) DE VIGENCIA 1 DE SEPT. 2020 A 1 DE SEPT. 2021

15. Participacion de Utilidades

La formula de la PU es la siguiente, con un gasto compania del 8%
(+) Prima Devengada \$ 46.897.114.893
(-) Siniestros Incurridos * \$ 11.120.808.737
(-) Comision \$ 2.813.826.894 4,00%
(-) Retorno \$ 16.132.607.523 32,00%
(-) IVA \$ 3.599.822.539
(-) Gastos Compania \$ 3.751.769.191 10,00%
(=) Base PU \$ 9.243.794.434
PU= 50%*Base PU \$4.621.897.217
*Incluye IBNR 7%

16. Personal Apoyo Intermediario:

Se autoriza Una (1) Persona inhouse que apoye las funciones relacionadas con el objeto del contrato en las oficinas del intermediario para la administracion y operacion de la cuenta a nivel nacional (facturacion, cierres, conciliaciones y Siniestros).

17. Procedimiento en caso de siniestro

Documentos necesarios base actual
Los documentos necesarios para la atencion de siniestro seran:

- En Caso de respaldar una Obligacion Certificacion de la entidad especificando el saldo total de la deuda a la fecha en que sera girado el pago a la entidad en el formato establecido por la entidad.
- Fotocopia de la cedula del fallecido.
- Registro de defuncion expedido por la notaria.
- e. En los casos de Incapacidad Total y Permanente, se requerira la confirmacion de la declaratoria de Incapacidad.
- Resumen Historia Clinica para creditos superiores a \$130.000.000
Documentos Necesarios Nuevas Inclusiones Hasta Cumulos De \$130;000.000

Los documentos necesarios para la atencion de siniestro seran:

- En caso de respaldar una obligacion Certificacion de la entidad especificando el saldo total de la deuda a la fecha en que sera girado el

[Firma Autorizada]



FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538
#324



PÓLIZA
AA007625

INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO PRODUCTO VIDA GRUPO
COD. AGENCIA AA117676 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Renovacion **TEL:** 6608047
AGENCIA CALI **DIRECCIÓN** CLL 26 NORTE 6 N16

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA				FECHA DE IMPRESIÓN		
23	09	2022	DESDE	DD	01	MM	09	AAAA	2022
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	09	AAAA	2023
							HORA	00:00	
							HORA	00:00	
								23	09
								DD	MM
									2022
									AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y DE PROFESIONALES DE COLOMBIA "COOMEVA" **NIT/CC** 890300625
DIRECCIÓN CL 13 # 57 - 50 **E-MAIL** CARTERA_SECTORPROTECCION@COOMEVA.COM.CO **TEL/MOVIL** 6013330000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

pago a la entidad en el formato establecido por la entidad.

b. Fotocopia de la cedula del fallecido.

c. Registro de defuncion expedido por la notaria.

d. En los casos de Incapacidad Total y Permanente, se requerira la confirmacion de la declaratoria de Incapacidad.

Documentos Necesarios Nuevas Inclusiones Cumulos Mayores A \$130,000.000.

Los documentos necesarios para la atencion de siniestro seran:

a. En caso de respaldar una obligacion Certificacion de la entidad especificando el saldo total de la deuda a la fecha en que sera girado el pago a la entidad en el formato establecido por la entidad.

b. Copia de la solicitud del seguro de Vida.

c. Fotocopia de la cedula del fallecido.

d. Registro de defuncion expedido por la notaria.

e. En los casos de Incapacidad Total y Permanente, se requerira la confirmacion de la declaratoria de Incapacidad.

f. Historia Clinica.

17.1 Notificacion y tramite de siniestros.

La notificacion de siniestros se comunicara a la aseguradora por correo electronico. Los documentos requeridos para la atencion de siniestros se remitiran por dicho medio.

17.2 Informe Mensual De Siniestralidad

La aseguradora entregara en medio electronico (Excel) al corte de cada mes y dentro de los primeros diez (10) dias de cada mensualidad, la informacion de los siniestros, la cual debera contener la siguiente informacion (por cada siniestro):

a. Numero de siniestro.

b. Fecha del siniestro.

c. Fecha de presentacion del siniestro.

d. Amparo afectado.

e. Ciudad de ocurrencia.

f. Valor pagado o en reserva.

g. Nombre del asegurado.

h. Cedula del asegurado.

i. Causa de la muerte o de la incapacidad.

18. Pago de Siniestros

Los pagos por siniestros deberan ser girados por la Equidad seguros en el termino maximo para el pago el cual se establece en treinta (30) dias calendario contados a partir de la entrega de la documentacion exigida por la aseguradora.

La custodia de los documentos fisicos y digitales es responsabilidad del

[Firma Autorizada]



SEGURO VIDA GRUPO

PÓLIZA
AA007625

FACTURA



equidad
seguros



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO PRODUCTO VIDA GRUPO
COD. AGENCIA AA117676 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Renovacion **TEL:** 6608047
AGENCIA CALI **DIRECCIÓN** CLL 26 NORTE 6 N16

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA							FECHA DE IMPRESIÓN				
23	09	2022	DESDE	DD	01	MM	09	AAAA	2022	HORA	00:00	23	09	2022
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	09	AAAA	2023	HORA	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y DE PROFESIONALES DE COLOMBIA "COOMEVA" **NIT/CC** 890300625
DIRECCIÓN CL 13 # 57 - 50 **E-MAIL** CARTERA_SECTORPROTECCION@COOMEVA.COM.CO **TEL/MOVIL** 6013330000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

Tomador y debe estar disponible para cuando la Aseguradora lo requiera dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes.

19. Clausulas Adicionales Y Condiciones Particulares

19.1 Revocacion De La Poliza

Aviso con noventa (90) días calendario de anticipacion por cualquiera de las partes.

19.2 Aviso De Siniestro

Se amplian los terminos del periodo de aviso de siniestro a noventa (90) días hábiles.

19.3 Clausula De Exclusiones

La aseguradora acepta que el reporte de exclusiones de asegurados se realice con noventa (90) días de retroactividad.

19.4 Error En La Declaracion De La Edad Y/O Fecha De Nacimiento

Se deja establecido que, si la edad real es mayor que la declarada, la Aseguradora indemnizara el valor asegurado y el Tomador debera pagar, si existiese, la diferencia de prima durante toda la vigencia del seguro, siempre y cuando no supere los limites de edad permitidos en la poliza.

19.5 Clausula De Extension / Continuidad De Cobertura

La poliza ampara a todos los Asegurados y demas personas que a la fecha de iniciacion del seguro se encontraban amparados en las polizas anteriores, concediendo automaticidad sin restriccion en sus condiciones de salud o de edad y anulando la preexistencia y/o retencencias. Se incluye tambien bajo esta definicion, la compra de cartera que se realice.

19.6 Extension Solicitud De Seguro

Para la modalidad de credito rotativo de cualquier linea, se extiende la solicitud inicial de seguro hasta por el tiempo en que dicho credito se encuentre aprobado, asi el Asegurado no haga utilizacion del mismo.

19.7 Incontestabilidad Y Conversion

Estos beneficios tienen efecto desde la iniciacion de la poliza y desde el momento en que toda persona ingrese al grupo asegurado.

19.8 Errores U Omisiones Del Tomador

Los errores y/u omisiones por parte del Tomador en el reporte de los Asegurados y/o valores asegurados entregados a la Aseguradora, no seran tenidos en cuenta como causal de objecion. La Aseguradora emitira la poliza, el Tomador pagara la prima correspondiente y se procedera con la indemnizacion.

20. Principio De Causalidad

En caso de inexactitud o reticencia del asegurado, la Compania solo podra aplicar las sanciones contempladas en el articulo 1058 delCodigo de Comercio y concordantes, si las causas que originaron directa o indirectamente el siniestro son coincidentes con la reticencia o la inexactitud en que incurrio el asegurado.

¡Art. 1058.- El tomador esta obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, segun el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraido de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones mas onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

[Firma Autorizada]



FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538
#324



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO			PRODUCTO		VIDA GRUPO										
COD. AGENCIA			AA117676		CERTIFICADO		1		DOCUMENTO		Renovacion		TEL: 6608047		
AGENCIA			CALI		DIRECCIÓN		CLL 26 NORTE 6 N16								
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DE LA PÓLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN			
23	09	2022	DESDE	DD	01	MM	09	AAAA	2022	HORA	00:00	23	09	2022	
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	09	AAAA	2023	HORA	00:00	DD	MM	AAAA	

DATOS GENERALES

TOMADOR	COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y DE PROFESIONALES DE COLOMBIA "COOMEVA"	NIT/CC	890300625
DIRECCIÓN	CL 13 # 57 - 50	E-MAIL	CARTERA_SECTORPROTECCION@COOMEVA.COM.CO
		TEL/MOVIL	6013330000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

Si la declaracion no se hace con sujecion a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravacion objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculparable del tomador, el contrato no sera nulo, pero el asegurador solo estara obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestacion asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el articulo 1160.

Las sanciones consagradas en este articulo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaracion, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tacitamente;".

21. Secuestro O Desaparecimiento

Se otorga cobertura de acuerdo con los amparos contratados en los casos en que se presenten desapariciones o secuestros de los asegurados incluidos en la póliza. En caso de adelantarse un proceso de muerte presunta por desaparicionamiento y emitirse posteriormente una sentencia que así lo declare, la presente póliza dara cobertura al evento dentro de los limites contratados, aun despues de finalizada la presente vigencia. El simple aviso a la aseguradora acerca de la desaparicion o el secuestro de alguno de los asegurados en la póliza bastara para constituir la correspondiente reserva y posterior pago con la presentacion del auto admisorio de la demanda, previo pago de la prima de la vigencia correspondiente a la desaparicion o secuestro, que acrediten el derecho a la indemnizacion. El termino de prescripcion de la accion frente al contrato de seguro en estos eventos empezara a correr a partir de la fecha de la providencia notificada en que se declare oficialmente la muerte por desaparicion en la sentencia emitida por un juez de la Republica.

22. Clausula De Saldos En Mora

Se ampara la cartera con mora, siempre y cuando El Tomador pague la prima correspondiente a estos saldos.

23. Modificaciones En Contra Del Asegurado

Las condiciones de las pólizas expedidas no podran ser objeto de modificacion unilateral por parte de la aseguradora en contra del asegurado.

24. Declaracion De Asegurabilidad

Los certificados de asegurabilidad permaneceran bajo custodia del Tomador, la copia de esta declaracion de asegurabilidad solo sera enviada a la aseguradora cuando el Asegurado declare una patologia en forma afirmativa o supere los limites automaticos establecidos para el respectivo estudio y aprobacion.

En los casos de compra de cartera, la Aseguradora aceptara fotocopia de la declaracion de asegurabilidad cuando se origine la obligacion objeto de la negociacion la cual igualmente sera custodiada por El Tomador.

Se aclara que la vigencia de la Declaracion De Asegurabilidad y Examenes Medicos sera de seis (6) meses a partir de su diligenciamiento.

25. Pagos Comerciales

La aseguradora establecera al inicio de cada vigencia un determinado monto para el pago comercial de siniestros que sera usado a discrecion por El Tomador. El monto inicial se fija en una cuantia no inferior a \$200,1000.000. La solicitud del pago comercial sera tramitada por la Direccion Tecnica de Coomeva Corredores de Seguros.

Condicionado General

Version Clausulado General 21/05/2021-1429-P-34-0000000000002030-D001
Nota Tecnica: 21/05/2021-1429-NT-P-34-0000000000002030

26. Exclusiones generales.

(Firma Autorizada)



**FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.**

FIRMA TOMADOR

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538
#324



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO PRODUCTO VIDA GRUPO
COD. AGENCIA AA117676 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Renovacion **TEL:** 6608047
AGENCIA CALI **DIRECCIÓN** CLL 26 NORTE 6 N16

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA							FECHA DE IMPRESIÓN				
23	09	2022	DESDE	DD	01	MM	09	AAAA	2022	HORA	00:00	23	09	2022
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	09	AAAA	2023	HORA	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y DE PROFESIONALES DE COLOMBIA "COOMEVA" **NIT/CC** 890300625
DIRECCIÓN CL 13 # 57 - 50 **E-MAIL** CARTERA_SECTORPROTECCION@COOMEVA.COM.CO **TEL/MOVIL** 6013330000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

La aseguradora otorgara cobertura a los siguientes eventos tanto por vida (muerte natural o accidental) como por incapacidad total y permanente:

1. Enfermedad intencionalmente causada a si mismo por el asegurado, ya sea en estado de cordura o de enajenacion mental.
2. Lesiones sufridas por el asegurado a consecuencia de encontrarse bajo el influjo de bebida alcoholica, de algun medicamento o droga enervante, estimulante o similar, excepto si fueron prescritos por un medico.
3. Rina, cuando el asegurado sea el provocador, o alborotos populares.
4. Participacion del asegurado en cualquier servicio o actividad en cualquier fuerza militar en tiempo de paz o guerra, de policia o armada de cualquier tipo, actos de guerra (interna o externa, declarada o no), acto de enemigo extranjero, rebelion, revolucion, motin, conmocion civil, asonada, sedicion o insurreccion, invasion.
5. Actos terroristas.
6. Cualquier servicio o actividad en cualquier fuerza militar en tiempo de paz o guerra, de policia o armada de cualquier tipo, actos de guerra (interna o externa, declarada o no), acto de enemigo extranjero, rebelion, revolucion, motin, conmocion civil, asonada, sedicion o insurreccion, invasion o usurpacion ilegal del poder.
7. Viajes en cualquier medio de transporte aereo, excepto cuando se realiza el viaje como pasajero en una aerolinea comercial debidamente autorizada por las autoridades respectivas.
8. Pruebas o carreras de velocidad, resistencia o seguridad en vehiculos de cualquier tipo.
9. Practica de cualquier deporte en forma profesional o la practica de deportes de alto riesgo de cualquier clase y la practica de deportes que involucren el uso de equipos, medios o maquinas de vuelo o deportes con la intervencion de algun animal.
10. Actividades peligrosas como la manipulacion de explosivos o armas de fuego.
11. Cualquier enfermedad corporal o mental de cualquier tipo.
12. Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza.
13. Accidentes que se originen debido a que el asegurado estaba bajo la influencia de algun medicamento o droga enervante, estimulante o similar, excepto si fueron prescritos por un medico; asi como los que se originen a consecuencia de encontrarse bajo los efectos del alcohol.

27. Manejo De Endosos

Conjuntamente se establecera el proceso de manejo de endosos que se presenten en las polizas incluidas en el presente acuerdo.

28. Clausula De Primer Beneficiario

Se deja expresa constancia que en caso de siniestro que afecte el seguro objeto de la cobertura la entidad: La entidad acreedora titular de la obligacion obrara como beneficiario preferencial hasta por el respectivo monto de sus intereses y acreencias.

29. Expedicion De Las Polizas

Se expedira una poliza matriz para el ramo, cuyas condiciones reposaran en

[Firma Autorizada]



**FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.**

FIRMA TOMADOR

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538
#324

SEGURO VIDA GRUPO

PÓLIZA
AA007625

FACTURA



equidad
seguros



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO PRODUCTO VIDA GRUPO
COD. AGENCIA AA117676 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** Renovacion **TEL:** 6608047
AGENCIA CALI **DIRECCIÓN** CLL 26 NORTE 6 N16

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA				FECHA DE IMPRESIÓN		
23	09	2022	DESDE	DD	01	MM	09	AAAA	2022
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	09	AAAA	2023
							HORA	00:00	
							HORA	00:00	
								23	09
								DD	MM
									AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y DE PROFESIONALES DE COLOMBIA "COOMEVA" **NIT/CC** 890300625
DIRECCIÓN CL 13 # 57 - 50 **E-MAIL** CARTERA_SECTORPROTECCION@COOMEVA.COM.CO **TEL/MOVIL** 6013330000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

las oficinas del Tomador y a cada asegurado se le entregara una copia del certificado de seguro.
La póliza caratula y sus anexos seran ser entregados al Tomador, dentro de los diez (10) dias calendarios siguientes a la fecha de iniciacion de la vigencia de la póliza.
Para el manejo operativo de la póliza, se entiende que con la presentacion de la propuesta, la aseguradora permite la expedicion delegada a Coomeva Corredores de Seguros S.A., para lo cual entregara la estructura de tarificacion que se defina en cada una de las pólizas.
La Equidad acepta que dentro del proceso de administracion de la póliza, de acuerdo con las fechas que El Tomador estipule, inicialmente se generara un pre cobro el cual sera conciliado con el tomador y una vez aprobado, se generara el cobro definitivo el cual sera la base para el pago de primas y los calculos de comisiones y retornos.
En los cobros mensuales definitivos, seran descontadas las primas correspondientes a las exclusiones y/o ajustes, incluyendo las retroactivas generados por cualquier motivo.

30. Modelo de Operacion:

El modelo de operacion para la administracion de la presente propuesta se ajustara basado el proceso vigente con el que opera la póliza en estos momentos, contando con el concurso de las siguientes areas:
¿h Agencia Cali como primer contacto con La Compania y 25 adicionales a nivel pais para atender requerimientos en cada una de las ciudades
¿h Un (1) funcionario In House para realizar la operatividad de La póliza
¿h Vicepresidencia Tecnica y Gerencia Tecnica De Vida Para atender requerimientos tecnicos de la póliza
¿h Medicos evaluadores para suscripcion
¿h Gerencia de Indemnizacion para atender las reclamaciones

DIEGO ALBERTO LOPEZ RAMOS
Director Nacional Productos De Vida
27 de Mayo de 2022

[Firma Autorizada]

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538
#324



PÓLIZA VIDA GRUPO

Equidad Seguros de Vida S.A. - RUT 86.000.000-5



equidad
seguros de vida

PÓLIZA VIDA GRUPO

21/05/2021-1429-NT-P-34-0000000000002030
11/05/2021-1501-NT-P-34-0000000000002001

21/05/2021-1429-P-34-0000000000002030-D001
11/05/2021-1501-P-34-0000000000002001-D001



PÓLIZA VIDA GRUPO

1. Amparo básico
2. Exclusiones aplicables a todos los amparos de la póliza.
3. Amparos adicionales
 - 3.1. Invalidez
 - 3.1.1. Exclusiones aplicables al amparo de invali
 - 3.1.2. Deducciones
 - 3.1.3. Terminación del amparo
 - 3.2. Indemnización adicional por muerte accidental
 - 3.3. Beneficios por desmembración
 - 3.3.1. Exclusiones aplicables a los amparos de muer te accidental y amparo de beneficios por desmem bración.
 - 3.3.2. Informe sobre accidente
 - 3.4. Indemnización por diagnóstico de enfermedades graves.
 - 3.4.1. Modalidad de anticipo del amparo básico
 - 3.4.2. Modalidad suma adicional al amparo básico
 - 3.4.3. Exclusiones aplicables al amparo de enfermedades graves
 - 3.5. Amparo de indemnización adicional por muerte por trasplante de órganos.
 - 3.5.1. Exclusiones aplicables al amparo de trasplan te de órganos.
 - 3.6. Amparo de gastos médicos por accidente o enfermedad.
 - 3.6.1. Exclusiones para el amparo de gastos médi cos por accidente o enfermedad.
 - 3.7. Amparo de renta mensual por enfermedades crónicas
 - 3.8. Exclusiones al amparo de renta por enfermedades crónicas
 - 3.9. Amparo de renta mensual para gastos de hogar
 - 3.10. Amparos por renta diaria
 - 3.10.1. Amparo de renta diaria por hospitalización
 - 3.10.3. Amparo de renta diaria post- hospitalaria

- 3.11. Exclusiones aplicables para los amparos de rentas diarias
- 3.12. Amparo de auxilio funerario
- 3.13. Amparo de desempleo o incapacidad total temporal
 - 3.13.1. Desempleo involuntario
 - 3.13.1.1. Exclusiones aplicables al amparo de desempleo involuntario
 - 3.13.2. Incapacidad total temporal aplica para los trabajadores independientes
 - 3.13.3. Exclusiones aplicables al amparo de incapacidad total temporal para los trabajadores independientes
 - 3.13.4. Documentos para la reclamación de los amparos de desempleo o incapacidad total temporal
- 5. Definiciones
- 6. Declaración inexacta o reticente
- 7. Terminación del seguro
- 8. Renovación
- 9. Designación de beneficiarios
- 10. Convertibilidad
- 11. Vigencia
- 12. Aviso de siniestro
- 13. Pago de siniestro
- 14. Adhesión
- 15. Notificaciones
- 16. Domicilio
- 17. Autorización para consultar y reportar información financiera a centrales de riesgo

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA VIDA GRUPO

LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO, QUE EN ADELANTE, SE DENOMINARÁ LA EQUIDAD, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA SOLICITUD DE SEGURO PRESENTADA POR EL TOMADOR Y LAS SOLICITUDES INDIVIDUALES DE LOS ASEGURADOS, LAS CUALES SE INCORPORAN A ESTE CONTRATO PARA TODOS SUS EFECTOS, SE OBLIGA A PAGAR LA CORRESPONDIENTE SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES Y/O PARTICULARES DE LA PRESENTE PÓLIZA. ESTA SE EXPIDE BAJO EL PLAN TEMPORAL, RENOVABLE ANUALMENTE, Y ESTARÁ EN VIGOR POR EL TÉRMINO DE UN (1) AÑO CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE VIGENCIA, SIEMPRE QUE DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES Y/O PARTICULARES NO SE REVOQUE O TERMINE ANTICIPADAMENTE.

IGUALMENTE FORMAN PARTE DEL CONTRATO, LOS ANEXOS, LAS DECLARACIONES DE ASEGURABILIDAD, LOS PARÁMETROS TÉCNICOS FIJADOS POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA Y CUALQUIER OTRO DOCUMENTO ESCRITO Y ACEPTADO POR LAS PARTES, QUE GUARDE RELACIÓN CON EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.

1. AMPARO BÁSICO

LA EQUIDAD SE OBLIGA A PAGAR LA SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL CONVENIDA EN CASO DE FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA DIFERENTE A LAS EXCLUIDAS EN LA PRESENTE PÓLIZA, DE CUALQUIERA DE LAS PERSONAS NATURALES AFILIADAS O ASOCIADAS A LA ENTIDAD QUE FIGURA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA COMO ENTIDAD TOMADORA DEL SEGURO.

21/05/2021-1429-NT-P-34-0000000000002030
11/05/2021-1501-NT-P-34-0000000000002001

21/05/2021-1429-P-34-0000000000002030-D00I
11/05/2021-1501-P-34-0000000000002001-D00I

2. EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA.

LA EQUIDAD QUEDARÁ LIBERADA DE RESPONSABILIDAD, APLICABLE A TODOS LOS AMPAROS, BAJO EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO CUANDO EL EVENTO SE PRESENTE COMO CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

- A. ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES: DIABETES I Y II, VIH POSITIVO/ SIDA, CÁNCER, AFECCIONES CEREBROVASCULARES, AFECCIONES CARDIOVASCULARES, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA "EPOC", ALCOHOLISMO O TABAQUISMO. ESTA EXCLUSIÓN OPERA ASÍ LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO NO TENGA NINGUNA RELACIÓN CON LAS PATOLOGÍAS CITADAS Y SIN QUE SEA REQUISITO QUE LA EQUIDAD EXIJA PARA SU INGRESO, EL DILIGENCIAMIENTO DE CUESTIONARIO O PRÁCTICA DE EXÁMENES.
- B. ENFERMEDADES, ACCIDENTES, DIAGNÓSTICOS O TRATAMIENTOS PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA.
- C. SUICIDIO O SU TENTATIVA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA DURANTE EL PRIMER AÑO DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA O CUANDO SE REALICEN INCREMENTOS DE VALOR ASEGURADO.
- D. ACCIDENTES Y/O LESIONES SUFRIDAS POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE ESTAR BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE SUSTANCIAS ALUCINÓGENAS O CUALQUIER SUSTANCIA ILEGAL, SALVO QUE SE DEMUESTRE PRESCRIPCIÓN MÉDICA.

E. CUALQUIER ACTO DE GUERRA, DECLARADA O SIN DECLARAR, REVOLUCIÓN, SEDICIÓN, REBELIÓN, ASONADA, MOTINES, HUELGAS, MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS, ACTOS VIOLENTOS O EN GENERAL CONMOOCIONES DE CUALQUIER CLASE.

F. ACTOS TERRORISTAS O LA PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES TERRORISTAS O DELINCUENCIALES.

G. EVENTOS OCURRIDOS A CONSECUENCIA DE FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, RADIOACTIVIDAD O EL USO DE ARMAS ATÓMICAS, BACTERIOLÓGICAS O QUÍMICAS.

H. FENÓMENOS DE LA NATURALEZA, SÍSMICOS, VOLCÁNICOS O INUNDACIONES; LESIONES INMEDIATAS O TARDÍAS CAUSADAS POR ENERGÍA ATÓMICA.

I. MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN SERVICIO ACTIVO Y EJERCIENDO FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIAL, DE INTELIGENCIA, GUARDAESPALDAS, VIGILANCIA O MIEMBRO DE ORGANISMO DE SEGURIDAD.

3. AMPAROS ADICIONALES

3.1. INVALIDEZ

PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE AMPARO SE CONSIDERA COMO INVÁLIDO EL ASEGURADO QUE POR CUALQUIER CAUSA, DE CUALQUIER ORIGEN, GENERE LESIONES FÍSICAS ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES NO PREEXISTENTES Y NO PROVOCADAS INTENCIONALMENTE POR ÉSTE DONDE HUBIESE PERDIDO EL 50% O MÁS DE SU CAPACIDAD LABORAL, DETERMINADA DE ACUERDO CON EL MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LA LEY COLOMBIANA, SIEMPRE

21/05/2021-1429-NT-P-34-0000000000002030
11/05/2021-1501-NT-P-34-0000000000002001

21/05/2021-1429-P-34-0000000000002030-D001
11/05/2021-1501-P-34-0000000000002001-D001

Y CUANDO LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN SE PRESENTE DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO.

LA INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ NO ES ACUMULABLE CON EL AMPARO BÁSICO, POR LO TANTO, UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR DICHA INVALIDEZ, LA PÓLIZA SE DARÁ POR TERMINADA EN TODOS SUS AMPAROS.

3.1.1. EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE INVALIDEZ

SIN PERJUICIO DE LAS EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS, EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE LA INVALIDEZ DETERMINADA POR CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- a) LESIONES DERIVADAS AL VIAJAR COMO PILOTO O TRIPULANTE DE NAVES AÉREAS, INCLUYENDO HELICÓPTEROS.
- b) LESIONES AUTO INFLIGIDAS INTENCIONALMENTE, BIEN SEA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE DEMENCIA.
- c) LESIONES, HOSPITALIZACIÓN, INCAPACIDAD O MUERTE QUE SUFRA EL ASEGURADO AL DEDICARSE DE FORMA PROFESIONAL O POR OCIO A ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO, DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O QUE POR SU ALTA PELIGROSIDAD PONGAN EN RIESGO SU VIDA Y SU INTEGRIDAD.
- d) LESIONES POR LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN CUALQUIER RIÑA.

3.1.2. DEDUCCIONES

SI LA PÓLIZA A LA CUAL SE INCLUYE ESTE AMPARO CONTIENE ADEMÁS EL AMPARO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN Y EN VIRTUD DE ESTE ÚLTIMO Y A CONSECUENCIA DEL MISMO ACCIDENTE LA EQUIDAD HA EFECTUADO ALGÚN PAGO, DICHO PAGO SERÁ DEDUCIDO DEL QUE PUEDA CORRESPONDER POR EL PRESENTE AMPARO.

3.1.3. TERMINACIÓN DEL AMPARO

LOS BENEFICIOS CONCEDIDOS POR EL PRESENTE AMPARO, TERMINARÁN CUANDO FINALICE LA ANUALIDAD DE LA PÓLIZA GRUPO EN LA CUAL EL ASEGURADO HAYA CUMPLIDO SESENTA (60) AÑOS.

3.2. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL

SE AMPARA LA MUERTE CAUSADA POR UN ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

LA INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL NO ES ACUMULABLE CON EL AMPARO DE BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN, POR LO TANTO, UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL, LA PÓLIZA SE DARÁ POR TERMINADA EN TODOS SUS AMPAROS.

3.3. BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN

LESIÓN CORPORAL CAUSADA POR UN ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA QUE TENGA COMO CONSECUENCIA DIRECTA E INDEPENDIENTE DE OTRA CAUSA, CUALQUIERA DE LAS PÉRDIDAS ENUMERADAS EN LA TABLA DE INDEMNIZACIONES Y MANIFESTADA DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DÍAS SIGUIENTES A SU OCURRENCIA.

TABLA DE INDEMNIZACIONES

- POR LA PÉRDIDA DE AMBAS MANOS 100% DE LA SUMA ASEGURADA
- POR LA PÉRDIDA DE AMBOS PIES 100% DE LA SUMA ASEGURADA
- POR LA PÉRDIDA DE LA VISIÓN DE AMBOS OJOS 100% DE LA SUMA ASEGURADA
- POR LA PÉRDIDA DE UNA MANO O UN PIE Y LA VISIÓN DE UN OJO 100% DE LA SUMA ASEGURADA
- POR LA PÉRDIDA DE UNA MANO O UN PIE O LA VISIÓN DE UN OJO 50% DE LA SUMA ASEGURADA.

CONFORME LO SEÑALADO EN EL PRESENTE AMPARO, POR PÉRDIDA SE ENTIENDE ASÍ:

MANOS: AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN RADIO CARPIANA.

PIES: AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN TIBIOTARSIANA.

OJOS: LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN.

EN TODOS LOS CASOS SE ENTIENDE TAMBIÉN POR PÉRDIDA, LA INHABILITACIÓN FUNCIONAL TOTAL Y DEFINITIVA DEL ÓRGANO O MIEMBRO LESIONADO EN FORMA TAL, QUE NO PUEDA DESARROLLAR NINGUNA DE SUS FUNCIONES NATURALES.

3.3.1. EXCLUSIONES APLICABLES A LOS AMPAROS DE MUERTE ACCIDENTAL Y AMPARO DE BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN.

21/05/2021-1429-NT-P-34-0000000000002030
11/05/2021-1501-NT-P-34-0000000000002001

21/05/2021-1429-P-34-0000000000002030-D001
11/05/2021-1501-P-34-0000000000002001-D001

SIN PERJUICIO DE LAS EXCLUSIONES APLICABLES PARA TODOS LOS AMPAROS, BAJO ESTE AMPARO NO SE CUBRE PÉRDIDA ALGUNA, INCLUYENDO LA DE LA VIDA, QUE SEA CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

A. HOMICIDIO O LESIONES CAUSADAS DIRECTAMENTE POR OTRA PERSONA, CON EXCEPCIÓN DEL HURTO O SU TENTATIVA U HOMICIDIO CULPOSO EN CASO DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO.

B. LAS LESIONES O MUERTE ORIGINADAS EN ENFERMEDAD MENTAL O CORPORAL, O CUALQUIER DOLENCIA O TARA PREEXISTENTE. DISTINTA DE LA CONTRAÍDA POR LESIÓN CORPORAL EXTERNA Y ACCIDENTAL

C. LAS INFECCIONES PRODUCIDAS POR PICADURAS DE INSECTOS, TALES COMO, PERO SIN LIMITADOS A MALARIA, TIFO Y FIEBRE AMARILLA O INFECCIÓN BACTERIAL.

D. LOS ACCIDENTES SUFRIDOS POR ALGUNA DE LAS PERSONAS DEL GRUPO ASEGURADO DURANTE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICAS, O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X, CHOQUES ELÉCTRICOS O SIMILARES, SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE CUBIERTO POR EL PRESENTE AMPARO.

E. ACCIDENTES DE AVIACIÓN QUE SUFRA EL ASEGURADO, SALVO CUANDO SEA PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS BAJO ITINERARIOS PREESTABLECIDOS.

3.3.2. INFORME SOBRE ACCIDENTE

21/05/2021-1429-NT-P-34-0000000000002030
11/05/2021-1501-NT-P-34-0000000000002001

21/05/2021-1429-P-34-0000000000002030-D001
11/05/2021-1501-P-34-0000000000002001-D001

EL TOMADOR SE COMPROMETE A DAR AVISO A LA EQUI-
DAD DE TODO ACCIDENTE SUFRIDO POR CUALQUIERA
DE LAS PERSONAS DEL GRUPO ASEGURADO QUE PUDIERE
DAR LUGAR A RECLAMACIONES BAJO EL PRESENTE AM-
PARO, DENTRO DE LOS TRES (3) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES,
A LA FECHA EN QUE HAYA CONOCIDO O DEBIDO CONO-
CER SU OCURRENCIA.

EN CASO DE PÉRDIDA DE LA VIDA EL AVISO SE DARÁ DEN-
TRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS SIGUIENTES COMUNES A AQUEL
EN QUE HAYA CONOCIDO O DEBIDO CONOCER SU OCU-
RRENCIA.

3.4. INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES

EL PRESENTE AMPARO TIENE POR OBJETO INDEMNIZAR AL ASEGURADO SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA, UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN, DIAGNOSTICA POR PRIMERA VEZ CON POSTERIORIDAD A LOS TRES (3) PRIMEROS MESES DESDE LA FECHA DE INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA Y CONFIRMA, CON BASE EN PRUEBAS CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS, HISTOLÓGICAS Y DE LABORATORIO, LA PRESENCIA DE ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES QUE SE DESCRIBEN BAJO EL PRESENTE AMPARO, SIEMPRE Y CUANDO LAS MISMAS NO SE HAYAN ORIGINADO O SEAN PREEXISTENTES AL MOMENTO DE CONTRATAR ESTE AMPARO Y SI EL ASEGURADO SOBREVIVE AL MENOS TREINTA (30) DÍAS A LA FECHA DEL DIAGNÓSTICO O A LA CIRUGÍA O CIENTO OCHENTA (180) DÍAS EN CASO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE.

LA INDEMNIZACIÓN SE REALIZARÁ BAJO MODALIDAD QUE SEA CONTRATADA POR EL TOMADOR, COMO SE SEÑALAN A CONTINUACIÓN:

3.4.1. MODALIDAD DE ANTICIPO DEL AMPARO BÁSICO

PARA AQUELLAS PÓLIZAS QUE SE CONTRATEN BAJO ESTA MODALIDAD, LA INDEMNIZACIÓN A QUE DA DERECHO LA PRESENTE COBERTURA SE DEDUCIRÁ DE LA SUMA ASEGURADA DEL AMPARO BÁSICO.

3.4.2. MODALIDAD SUMA ADICIONAL AL AMPARO BÁSICO

PARA AQUELLAS PÓLIZAS QUE SE CONTRATEN BAJO ESTA MODALIDAD, LA INDEMNIZACIÓN A QUE DA DERECHO LA PRESENTE COBERTURA SE PAGARA COMO VALOR INDEPENDIENTE DE LA SUMA ASEGURADA DEL AMPARO BÁSICO SIN AFECTARLA O DEDUCIRLA.

A. Cáncer: es la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y la dispersión incontrolables de células malignas y la invasión del tejido normal.

Quedan comprendidas dentro de la definición anterior la leucemia, linfomas y la enfermedad de hodgkin (linfogranuloma).

B. Apoplejía: es el accidente cerebrovascular que cause los síntomas neurológicos correspondientes durante más de veinticuatro (24) horas.

Debe existir una destrucción del tejido cerebral causado por trombosis, estenosis, embolia de fuente extra craneal o hemorragia arterial cerebral, así como pruebas de disfunción neurológica permanente.

Estas pruebas deberán ser realizadas por un neurólogo después de transcurridas como mínimo seis semanas del accidente. No se pagará indemnización alguna antes

de realizarse dichas pruebas.

La apoplejía deberá haberse tratado en un centro clínico u hospitalario legalmente autorizado.

C. Infarto de miocardio: es la muerte de una parte del tejido del miocardio a consecuencia del abastecimiento sanguíneo deficiente.

D. Afecciones de las arterias coronarias que requieran intervención quirúrgica: se refiere a las afecciones de las arterias coronarias tratadas con una operación "puente coronario" (by-pass), por recomendación de un especialista y evidenciada por el resultado de una angiografía, para corregir una estenosis u oclusión de las arterias coronarias. El resultado de la angiografía junto con el informe médico deberán estar a disposición de la equidad y la indemnización se pagará solo después de realizada la operación.

E. Insuficiencia renal: es el fallo total, crónico e irreversible de ambos riñones, a consecuencia del cual hay que efectuar un trasplante de riñón y/o tratamiento con diálisis renal extracorpórea al menos una vez a la semana. La necesidad de diálisis regular, deberá estar certificada por un informe nefrológico.

F. Esclerosis múltiple: es un padecimiento que afecta solo el sistema nervioso central, caracterizado por anomalías neurológicas progresivas e irreversibles, que llevan a un estado relativo de incapacidad severa, con disminución de la visión, incoordinación, debilidad, incontinencia urinaria, y en general, con alteración de la coordinación y de las funciones motoras y sensitivas.

G. Accidente cerebro vascular: cualquier incidente cerebrovascular que produce secuelas neurológicas permanentes y que incluye infarto de tejido cerebral, hemorragia y embolización originada en una fuente extra craneal. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por síntomas clínicos típicos como así también hallazgos típicos en el tac (tomografía axial computarizada) de cerebro y rnm (resonancia nuclear magnética) de cerebro. Deben documentarse pruebas de deficiencia neurológica de por lo menos tres (3) meses posteriores a la fecha de diagnóstico.

H. Trasplante de órganos vitales: es el reemplazo mediante intervención quirúrgica de uno o más de los siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, riñón, páncreas o médula ósea. El trasplante se entiende para efectos de este amparo como receptor y nunca como donante, habiendo cumplido en todas y cada una de sus partes, las disposiciones de las leyes vigentes de trasplantes de órganos. El trasplante deberá ser certificado por el médico que lo practicó, quien debe poseer licencia permanente y válida para ejercer la medicina y esta clase de intervenciones quirúrgicas.

El asegurado que reciba cualquier indemnización por concepto de este amparo, quedará automáticamente excluido y sin posibilidades de renovación de esta cobertura.

I. Gran quemado: se indemnizará a pacientes asegurados con índice de gravedad mayor a setenta (70) puntos o con quemaduras ab o b (2º y 3er grado), mayor al 20% de la superficie corporal. El diagnóstico debe ser confirmado por especialista y evidenciado por los re-

sultados de la carta de "lund browder" o un calculador equivalente de áreas corporales quemadas.

J. Anemia aplásica: es el diagnóstico inequívoco de falla de la médula ósea confirmado por especialista y evidenciado por los resultados de biopsia de médula ósea. La enfermedad debe ocasionar anemia, neutropenia y trombocitopenia, que requieran al menos uno de los siguientes tratamientos:

- Transfusión de productos de sangre.
- Estimulantes de la médula ósea.
- Agentes inmunosupresores.
- Trasplante de médula ósea.

K. Traumatismo mayor de cabeza: es el trauma mayor de la cabeza con trastorno de la función cerebral que debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por hallazgos típicos en los test neuro radiológicos (por ejemplo: tac o rnm de cerebro).

El trauma debe provocar una incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.

L. Enfermedad de alzheimer: diagnóstico clínico inequívoco de enfermedad de alzheimer (demencia pre-senil), confirmado por un especialista y evidenciado por hallazgos típicos en exámenes neurológicos y cognitivos (por ejemplo, tac, resonancia nuclear magnética, pet de cerebro). La enfermedad debe producir como resultado una incapacidad permanente de realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.

M. Enfermedad de parkinson: diagnóstico inequívoco de enfermedad de parkinson primaria o idiopática (todas las otras formas de parkinsonismo están excluidas), confirmado por un especialista en neurología. La enfermedad debe provocar incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.

Actividades de la vida diaria: bañarse (capacidad de tomar un baño o ducharse), vestirse y desvestirse, higiene personal (capacidad de usar el lavatorio y mantener un nivel razonable de higiene), movilidad (capacidad de desplazarse al interior de un mismo nivel o piso), continencia (control sobre los esfínteres), comer/beber (capacidad de alimentarse por sí mismo, pero no de preparar la comida) o causar postración e incapacidad para levantarse sin asistencia de terceros. Estas condiciones deben estar médicamente documentadas por lo menos durante tres (3) meses.

N. Glaucoma: el glaucoma es una es una enfermedad de los ojos que se caracteriza generalmente por el aumento patológico de la presión intraocular, por falta de drenaje del humor acuoso y tiene como condición final común una neuropatía óptica que se caracteriza por la pérdida progresiva de las fibras nerviosas del nervio óptico y cambios en su aspecto.

O. Epilepsia: la epilepsia es un trastorno provocado por un desequilibrio en la actividad eléctrica de las neuronas de alguna zona del cerebro. Se caracteriza por uno o varios trastornos neurológicos que dejan una predisposición en el cerebro a padecer convulsiones recurrentes, que suelen dar lugar a consecuencias neurobiológicas,

cognitivas y psicológicas.

P. Reumatismo: es el nombre corriente para las enfermedades que afectan al sistema músculo esquelético. En esta denominación de reumatismo se encuentran las categorías de enfermedades músculo esqueléticas, tales como, pero sin limitarse a: reumatismo periarticular, artrosis, enfermedades óseas y las enfermedades del tejido conectivo.

Q. Osteoartritis: la osteoartritis o enfermedad degenerativa de las articulaciones es el desgaste crónico de los cartílagos que se encuentran en las articulaciones, generando que los huesos friccionen uno contra otro, causando rigidez, dolor y pérdida de movimiento articular.

3.4.3. EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES

SIN PERJUICIO DE LAS EXCLUSIONES APLICABLES PARA TODOS LOS AMPAROS, BAJO ESTE AMPARO LA EQUIDAD, NO RECONOCERÁ INDEMNIZACIÓN ALGUNA SI EL ASEGURADO PADECE Y SE LE DIAGNOSTICA UNA DE LAS ENFERMEDADES CUBIERTAS QUE APAREZCA A CONSECUENCIA DE O EN CONEXIÓN CON:

A. EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), O LA PRESENCIA DE DICHO VIRUS TAL COMO FUE RECONOCIDO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD O CUALQUIER SÍNDROME O ENFERMEDAD DE TIPO SIMILAR BAJO CUALQUIER NOMBRE, QUE SEA DIAGNOSTICADO POR UN MÉDICO AUTORIZADO.

B. CÁNCER DE SENO, ÚTERO O PRÓSTATA.

C. TODOS LOS TUMORES DE LA PIEL (EXCEPTO MELANOMAS MALIGNO) CÁNCER IN SITU NO INVASIVO Y TUMORES DEBIDO A LA PRESENCIA DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).

D. PADECIMIENTOS CONGÉNITOS O LAS ENFERMEDADES SUFRIDAS POR RIESGOS NUCLEARES.

E. ENFERMEDADES, LESIONES O SECUELAS DERIVADAS POR LA ADICCIÓN AL ALCOHOL O A LAS SUSTANCIAS ALUCINÓGENAS, ESTIMULANTES, PSICOACTIVAS, QUE NO HAYAN SIDO PRESCRITAS POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO.

F. CUALQUIER TRATAMIENTO O CIRUGÍA EXPERIMENTAL.

G. LOS ACCIDENTES VASCULARES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS Y ACCIDENTES CEREBROVASCULARES REVERSIBLES, ENTENDIENDO COMO TALES AQUELLOS EN LOS QUE EL ASEGURADO PUEDA RECUPERARSE COMPLETAMENTE EN LAS SEIS (6) SEMANAS SIGUIENTES A SU OCURRENCIA.

3.5. AMPARO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE POR TRASPLANTE DE ÓRGANOS

LA EQUIDAD RECONOCERÁ LA SUMA ESTABLECIDA EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA, CUANDO EL ASEGURADO FALLEZCA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO MÉDICO DE TRASPLANTE DE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ÓRGANOS VITALES: CORAZÓN, PULMONES, HÍGADO, PÁNCREAS, MÉDULA ESPINAL O RIÑONES; SIEMPRE Y CUANDO LA MUERTE OCURRA DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO MÉDICO

21/05/2021-1429-NT-P-34-0000000000002030
11/05/2021-1501-NT-P-34-0000000000002001

21/05/2021-1429-P-34-0000000000002030-D001
11/05/2021-1501-P-34-0000000000002001-D001

SIEMPRE Y CUANDO SE ENCUENTRE VIGENTE LA PÓLIZA. EL PRESENTE AMPARO SOLO CUBRE AL ASEGURADO CUANDO TENGA LA CALIDAD DE RECEPTOR DEL ÓRGANO VITAL, BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA SE OTORGA COBERTURA AL DONANTE DEL ÓRGANO O CUANDO EL ASEGURADO ACTÚE COMO TAL.

3.5.1. EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS.

LA EQUIDAD NO RECONOCERÁ INDEMNIZACIÓN ALGUNA BAJO EL PRESENTE AMPARO, SI LA MUERTE ES CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

- A. LA REALIZACIÓN DE UN TRASPLANTE QUE NO SEA DE LOS ÓRGANOS CUBIERTOS EN LA PRESENTE CLÁUSULA.
- B. CUANDO EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS SEA CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES A LA FECHA DE INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
- C. CUANDO EL TRASPLANTE SEA CONSIDERADO COMO EXPERIMENTAL.
- D. CUANDO EL ÓRGANO SEA CONSIDERADO COMO EQUIPO ARTIFICIAL O MECÁNICO, O COMO ARTEFACTO DISEÑADO PARA REEMPLAZAR ÓRGANOS HUMANOS.
- E. EXÁMENES, EVALUACIONES, ESTUDIOS DE HISTO-COMPATIBILIDAD Y PRUEBAS DE SELECCIÓN DE POSIBLES DONANTES.

PARA CUALQUIER SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN POR TRASPLANTE DE ÓRGANOS CUBIERTO POR EL PRESENTE AMPARO, ES INDISPENSABLE, QUE SE CUMPLAN EN TODAS Y CADA UNA DE SUS PARTES, LAS DISPOSICIONES DE LAS LEYES VIGENTES DE TRASPLANTES DE ÓRGANOS.

3.6. AMPARO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

LA EQUIDAD REEMBOLSARÁ LOS GASTOS DE ASISTENCIA MÉDICA, QUIRÚRGICA, HOSPITALARIA, DE ENFERMERAS Y DE MEDICAMENTOS, INDISPENSABLES PARA LA CURACIÓN DE LESIONES SUFRIDAS EN ACCIDENTE O DERIVADOS DE UNA ENFERMEDAD, CON LA PRESENTACIÓN DE LAS FACTURAS ORIGINALES HASTA POR EL MONTO DESCRITO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA PARA ESTA COBERTURA.

EN CASO DE QUE LA LESIÓN SE ORIGINE COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE, SE OTORGARÁ COBERTURA A AQUELLOS GASTOS QUE SE PRESENTEN DENTRO DE LOS CIENTO VEINTE (120) DÍAS SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE, SIEMPRE Y CUANDO PERMANEZCA VIGENTE LA PÓLIZA, HASTA POR EL VALOR ASEGURADO MÁXIMO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

LOS GASTOS DERIVADOS DE ENFERMEDAD TENDRÁN COBERTURA, SIEMPRE Y CUANTO DICHA ENFERMEDAD HAYA SIDO DIAGNOSTICADA, DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS CIENTO VEINTE (120) DÍAS DE HABER INGRESADO EL ASEGURADO A LA PÓLIZA.

RESPECTO A LOS HONORARIOS DE MÉDICOS Y ENFERMERAS, LA EQUIDAD, SOLO RECONOCERÁ AQUELLOS QUE CORRESPONDAN A PROFESIONALES GRADUADOS Y OFICIALMENTE AUTORIZADOS PARA EL EJERCICIO DE SU LABOR.

3.6.1. EXCLUSIONES PARA EL AMPARO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

SE EXCLUYEN DE ESTE AMPARO AQUELLOS GASTOS MÉDICOS QUE SEAN CONSECUENCIA DE:

A. TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS QUE

NO SEAN MOTIVADOS POR ACCIDENTES O ENFERMEDADES AMPARADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA.

B. 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 O ENFERMEDAD AMPARADA POR ESTA PÓLIZA.

C. CONSULTAS, EXÁMENES Y TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS DISTINTOS A LOS PRESENTADOS COMO CONSECUENCIA DE LESIONES O ENFERMEDADES CUBIERTAS BAJO ESTE AMPARO.

D. LA HOSPITALIZACIÓN PARA FINES DE REPOSO, DE REHABILITACIÓN, COMO TAMBIÉN LA HOSPITALIZACIÓN, CONSULTAS, EXÁMENES O TRATAMIENTOS POR ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS, PSICOLÓGICAS O CUALQUIER TIPO DE ENFERMEDAD MENTAL; SALVO QUE SEA CAUSADO POR UN ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PRESENTE PÓLIZA.

E. LOS TRATAMIENTOS CORRESPONDIENTES A LOS PERIODOS DE REPOSO, CUIDADO SANITARIO, PERIODOS DE CUARENTENA O AISLAMIENTO, SALVO QUE SEAN CAUSADOS POR UN ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PRESENTE PÓLIZA.

F. HOSPITALIZACIÓN COMO CONSECUENCIA DE EMBARAZO, MATERNIDAD, PARTO, O ABORTO.

G. EXÁMENES MÉDICOS, TRATAMIENTOS, VISITAS MÉDICAS, MEDICAMENTOS O VACUNAS PARA EL EFECTO PREVENTIVO, INHERENTE O NECESARIO PARA EL DIAG-

NÓSTICO DE UNA ENFERMEDAD.

H. ANOMALÍAS CONGÉNITAS Y LOS TRASTORNOS QUE SOBREVENGAN POR TALES ANOMALÍAS O SE RELACIONEN CON ELLAS.

I. INFECCIONES BACTERIANAS.

J. HERNIAS Y SUS CONSECUENCIAS, SEA CUAL FUERA LA CAUSA DE QUE PROVENGAN.

K. LOS ACCIDENTES OCASIONADOS POR ATAQUES CARDIACOS, EPILÉPTICOS O SINCOPE Y LOS QUE SE PRODUZCAN COMO CONSECUENCIA DEL ESTADO DE EMBRIAGUEZ O MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS TÓXICAS, ENERVANTES, PSICOACTIVAS O ALUCINÓGENAS, EN ESTADO DE SONAMBULISMO O DE ANOMALÍA PSÍQUICA.

3.7. AMPARO DE RENTA MENSUAL POR ENFERMEDADES CRÓNICAS

LA EQUIDAD PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO PARA ESTA COBERTURA COMO RENTA MENSUAL POR DOCE (12) MESES, SI PASADOS LOS PRIMEROS TRES (3) MESES DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN DIAGNOSTICA POR PRIMERA VEZ, CON BASE EN PRUEBAS CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS, HISTOLÓGICAS Y DE LABORATORIO, LA PRESENCIA DE GLAUCOMA, EPILEPSIA, REUMATISMO U OSTEOARTRITIS.

3.8. EXCLUSIONES AL AMPARO DE RENTA POR ENFERMEDADES CRÓNICAS

SIN PERJUICIO DE LAS EXCLUSIONES APLICABLES PARA TODOS LOS AMPAROS, PARA EL PRESENTE AMPARO APLICAN LAS MISMAS EX-

21/05/2021-1429-NT-P-34-0000000000002030
11/05/2021-1501-NT-P-34-0000000000002001

21/05/2021-1429-P-34-0000000000002030-D00I
11/05/2021-1501-P-34-0000000000002001-D00I

CLUSIONES DEL AMPARO DE INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES.

3.9. AMPARO DE RENTA MENSUAL PARA GASTOS DE HOGAR

EN EL EVENTO DE PRESENTARSE EL FALLECIMIENTO O INVALIDEZ DEL ASEGURADO, LA EQUIDAD RECONOCERÁ LA SUMA MENSUAL INDICADA PARA ESTE AMPARO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA DESTINADA A CUBRIR GASTOS DE HOGAR HASTA POR DOCE (12) MESES.

3.10. AMPAROS POR RENTA DIARIA

3.10.1. AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

LA EQUIDAD PAGARÁ AL ASEGURADO LA SUMA ESTABLECIDA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA POR CADA DÍA QUE PERMANEZCA RECLUIDO EN UN ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO LEGALMENTE APROBADO POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES, COMO CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE. LA INDEMNIZACIÓN SE OTORGARÁ DESDE EL TERCER DÍA DE HOSPITALIZACIÓN Y CUBRIRÁ UN MÁXIMO DE SESENTA (60) DÍAS CONTINUOS O DISCONTINUOS POR CADA VIGENCIA ANUAL.

EL PAGO SE PRODUCIRÁ SIEMPRE Y CUANDO LA ENFERMEDAD O ACCIDENTE HAYA OCURRIDO POR LO MENOS TREINTA (30) DÍAS DESPUÉS DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

3.10.2. AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS UCI

LA EQUIDAD PAGARÁ AL ASEGURADO LA SUMA ESTABLECIDA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA POR CADA DÍA QUE PERMANEZCA INTERNADO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS

INTENSIVOS DE UN ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO LEGALMENTE APROBADO POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES, COMO CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE. LA INDEMNIZACIÓN SE OTORGARÁ SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE POR UN PERIODO MÍNIMO DE VEINTICUATRO (24) HORAS EN ESTA UNIDAD Y POR UN MÁXIMO DE DIEZ (10) DÍAS CONTINUOS O DISCONTINUOS POR CADA VIGENCIA ANUAL.

LA INDEMNIZACIÓN POR ESTA RENTA NO ES ACUMULABLE CON LA RENTA POR HOSPITALIZACIÓN.

3.10.3. AMPARO DE RENTA DIARIA POST- HOSPITALARIA

SI A CONSECUENCIA DE HABER ESTADO HOSPITALIZADO POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PRESENTE PÓLIZA, EL ASEGURADO QUEDA INCAPACITADO EN FORMA TOTAL TEMPORAL PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO SUS LABORES HABITUALES, LA EQUIDAD INDEMNIZARÁ EL VALOR ESTIPULADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA POR CADA DÍA DE INCAPACIDAD, POR UN MÁXIMO DE DIEZ (10) DÍAS POR CADA VIGENCIA ANUAL.

LA INCAPACIDAD DEBE SER EMITIDA POR EL MEDICO TRATANTE DEL ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO LEGALMENTE APROBADO POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES INMEDIATAMENTE POSTERIOR A LA SALIDA DEL MISMO.

3.11. EXCLUSIONES APLICABLES PARA LOS AMPAROS DE RENTAS DIARIAS

SIN PERJUICIO DE LAS EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS, EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE CUANDO LA HOSPITALIZACIÓN O INCAPACIDAD TEMPORAL TENGAN ORIGEN O RELACIÓN CON:

- A. LA PRÁCTICA DE EXÁMENES MÉDICOS DE RUTINA, EXÁMENES DE LABORATORIO, RADIOGRAFÍAS O FISIOTERAPIA, TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS, EXCEPTO EL EXAMEN QUE SE NECESITE A CONSECUENCIA DE UNA INCAPACIDAD DETERMINADA POR MÉDICO O CIRUJANO DEBIDAMENTE AUTORIZADO.
- B. POR LA TENTATIVA DE SUICIDIO.
- C. HOSPITALIZACIONES O INCAPACIDAD DEL ASEGURADO CON OCASIÓN O POR CAUSA DE SU ESTADO DE EMBARAZO O ABORTO.
- D. CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO, A MENOS QUE SEAN COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE.
- E. TODA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA QUE TENGA POR FINALIDAD CORREGIR DEFORMACIONES, MALFORMACIONES, IMPERFECCIONES Y ANOMALÍAS CONGÉNITAS.
- F. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE INTERNADO EN CASAS DE REPOSO POR DESÓRDENES MENTALES, FUNCIONALES, PSICOSIS O NEUROSIS.
- G. TRATAMIENTOS POR DROGADICCIÓN, TABAQUISMO O CUALQUIER ADICCIÓN.
- H. TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS CIENTÍFICAMENTE POR LAS AUTORIDADES DE SALUD.
- I. DICTÁMENES MÉDICOS DADOS POR PERSONAS QUE TENGAN PARENTESCO CON EL ASEGURADO HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO DE AFINIDAD Y ÚNICO CIVIL.

J. TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD, ESTERILIDAD Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

K. FISIOTERAPIAS

L. EXÁMENES DE CORRECCIÓN Y DEFECTOS DE REFRACCIÓN DE LA VISTA.

M. CÁNCER Y SUS TRATAMIENTOS.

3.12. AMPARO DE AUXILIO FUNERARIO

EN EL EVENTO DE PRESENTARSE EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO POR CUALQUIER CAUSA NO EXCLUIDA EN EL PRESENTE CLAUSULADO, LA EQUIDAD RECONOCERÁ LA SUMA INDICADA PARA ESTE AMPARO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS O EN SU DEFECTO A LOS DE LEY.

3.13. AMPARO DE DESEMPLEO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

3.13.1. DESEMPLEO INVOLUNTARIO

LA EQUIDAD PAGARÁ AL ASEGURADO, LA SUMA ASEGURADA DE MANERA MENSUAL INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA DURANTE MÁXIMO SEIS (6) MESES CUANDO SE PRESENTE DESPIDO SIN JUSTA CAUSA.

NO OBSTANTE, EN EL EVENTO EN EL CUAL EL ASEGURADO DURE DESEMPLEADO PARA EL PRIMER MES UN TERMINO INFERIOR A 30 DÍAS, LA EQUIDAD PAGARÁ LA SUMA ASEGURADA A PRORRATA POR LOS DÍAS TRANSCURRIDOS. PARA QUE PROCEDA EL PAGO TOTAL DE LA SUMA ASEGURADA MENSUAL, EL ASEGURADO DEBERÁ ESTAR COMO MÍNIMO UN MES EN SITUACIÓN DE DESEMPLEO.

ES REQUISITO PARA ESTE AMPARO QUE, AL MOMENTO DE INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA, TENGA VÍNCULO LABORAL MEDIANTE UN CONTRATO DE TRABAJO ESCRITO DE JORNADA ORDINARIA, TIEMPO COMPLETO Y A TÉRMINO INDEFINIDO, SUSCRITO CONFORME A LA LEGISLACIÓN COLOMBIANA Y TENGA UNA ANTIGÜEDAD NO INFERIOR A TRES (3) MESES; O ESTÉ VINCULADO MEDIANTE SITUACIÓN LEGAL O REGLAMENTARIA EN CASO DE SER EMPLEADO PÚBLICO O TRABAJADOR OFICIAL.

ESTA COBERTURA TENDRÁ UN PERIODO DE CARENCIA DE UN MES A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA Y ES EXCLUYENTE DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL.

3.13.1.1. EXCLUSIONES APPLICABLES AL AMPARO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO

A. CUANDO EL ASEGURADO CESE VOLUNTARIAMENTE SU ACTIVIDAD LABORAL (DESEMPLEO VOLUNTARIO).

B. LA TERMINACIÓN DEL TRABAJO COMO CONSECUENCIA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O INVALIDEZ.

C. TERMINACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO POR PARTE DEL EMPLEADOR ARGUMENTANDO JUSTA CAUSA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE.

D. POR MUERTE DEL TRABAJADOR.

E. TERMINACIÓN DEL CONTRATO POR MUTUO CONSENTIMIENTO DE LAS PARTES.

F. RETIRO POR JUBILACIÓN O VEJEZ.

G. CUANDO SE TRATE DE TRABAJADORES EMPLEA-

DOS EN SU PROPIA EMPRESA O TRABAJADORES INDEPENDIENTES.

H. CUANDO SE TRATE DE DESPIDOS COLECTIVOS AUTORIZADOS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.

I. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL EN CARGOS PÚBLICOS U OFICIALES DE LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCIÓN.

J. CONTRATOS EN LA MODALIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

PARÁGRAFO: POR ASEGURADO SE CUBRIRÁ UN EVENTO POR VIGENCIA.

3.13.2. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL APLICA PARA LOS TRABAJADORES INDEPENDIENTES

SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, EL ASEGURADO QUEDA INCAPACITADO TOTAL Y TEMPORALMENTE EN FORMA TAL, QUE NO PUEDA DESARROLLAR SU TRABAJO HABITUAL, LA EQUIDAD PAGARÁ POR CADA MES EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, DURANTE EL TIEMPO QUE EL ASEGURADO ESTÉ IMPOSIBILITADO PARA EJECUTAR TODAS Y CADA UNA DE LAS ACTIVIDADES DIARIAS RELACIONADAS CON SU OCUPACIÓN, ESTE AMPARO CUBRE A PARTIR DEL TERCER (3) DÍA SIGUIENTE A LA INICIACIÓN DE LA INCAPACIDAD Y POR UN MÁXIMO DE SEIS (6) MESES SUBSIGUIENTES.

ES REQUISITO PARA EL PAGO DE ESTE AMPARO QUE LA INCAPACIDAD SEA CERTIFICADA POR UN MÉDICO ADSCRITO A LA EPS O A LA ARL A LA CUAL EL ASEGURADO SE ENCUENTRE AFILIADO

21/05/2021-1429-NT-P-34-0000000000002030
11/05/2021-1501-NT-P-34-0000000000002001

21/05/2021-1429-P-34-0000000000002030-D00I
11/05/2021-1501-P-34-0000000000002001-D00I

COMO COTIZANTE O POR UN MEDICO ESPECIALIZADO EN MEDICINA OCUPACIONAL DEBIDAMENTE CERTIFICADO.

PARA CADA MES Y CASO, RESPECTO DEL CUAL SE RECLAME INDEMNIZACIÓN, DEBERÁN PRESENTARSE PRUEBAS MÉDICAS A SATISFACCIÓN DE LA EQUIDAD QUIEN SE RESERVA EL DERECHO DE VERIFICAR LA VERACIDAD DE TALES PRUEBAS.

ESTE AMPARO SOLO APLICA PARA TRABAJADORES INDEPENDIENTES EN UNA ACTIVIDAD FORMAL, DEMOSTRABLE MEDIANTE CERTIFICADO DE CÁMARA DE COMERCIO O DEL RUT.

3.13.3. EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL PARA LOS TRABAJADORES INDEPENDIENTES

A. TRABAJADORES EN ACTIVIDADES INFORMALES QUE NO SE ENCUENTREN INSCRITOS EN LA CÁMARA DE COMERCIO O EN EL RUT.

B. INCAPACIDADES A CONSECUENCIA DE ACTOS DELICTIVOS O CONTRAVENCIONALES.

C. POR ENCONTRARSE EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ O BAJO EL INFLUJO DE SUSTANCIAS TÓXICAS, ENERVANTES, ESTIMULANTES, PSICOACTIVAS O SIMILARES.

D. INCAPACIDADES PRODUCIDAS POR ESTAR PARTICIPANDO EN PRUEBAS O CARRERAS DE VELOCIDAD, ALPINISMO, PARACAIDISMO O EN GENERAL CUALQUIER DEPORTE DE ALTO RIESGO.

E. INCAPACIDADES COMO CONSECUENCIA DE INTENTO DE HOMICIDIO O SUICIDIO.

F. DICTÁMENES MÉDICOS DADOS POR PERSONAS

QUE TENGAN PARENTESCO CON EL ASEGURADO HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO DE AFINIDAD Y ÚNICO CIVIL.

3.13.4. DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN DE LOS AMPAROS DE DESEMPLEO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

TENIENDO EN CUENTA QUE EL ASEGURADO DEBERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA, EL MISMO PODRÁ PRESENTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN, SIN SER LIMITATIVA:

- A. Carta aviso de siniestro.
- B. Copia documento identificación asegurado.
- C. Copia del contrato laboral o contrato de prestación de servicios, según aplique.
- D. Documento en el que conste la terminación de la relación laboral, en la que se especifique el tipo de contrato, el tiempo de servicio y el motivo de la terminación del mismo.
- E. Cuando se trate de trabajador independiente deberá allegar incapacidad emitida por la correspondiente eps, arl, entidad hospitalaria o médica y certificado de cámara de comercio o rut.

4. EDADES APLICABLES POR CADA AMPARO

COBERTURA	EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD DE PERMANENCIA
Amparo básico	14 Años	70 Años y 364 días	79 Años y 364 días
Invalidez	14 Años	58 Años y 364 días	59 Años y 364 días
Amparo de indemnización adicional por muerte accidental y beneficios por desmembración	14 Años	58 Años y 364 días	59 Años y 364 días
Indemnización por diagnóstico de enfermedades graves	14 Años	64 Años y 364 días	64 Años y 364 días
Amparo de indemnización adicional por muerte por trasplante de órganos	14 Años	59 Años y 364 días	64 Años y 364 días
Amparo de gastos médicos por accidente o enfermedad	14 Años	49 Años y 364 días	55 Años y 364 días
Amparo de renta por enfermedades crónicas	14 Años	54 Años y 364 días	55 Años y 364 días
Amparo de rentas diarias	14 Años	63 Años y 364 días	64 Años y 364 días
Amparo de renta para gastos de hogar	14 Años	58 Años y 364 días	59 Años y 364 días
Amparo de auxilio funerario	14 Años	69 Años y 364 días	79 Años y 364 días
Amparo de desempleo o incapacidad total temporal	18 Años	63 Años y 364 días	65 Años y 364 días

5. DEFINICIONES

TOMADOR: ES LA PERSONA JURÍDICA A NOMBRE DE QUIEN SE EXPIDE LA PRESENTE PÓLIZA, 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.

GRUPO ASEGURABLE: ES EL INTEGRADO COMO MÍNIMO POR DIEZ (10) ASEGURADOS, 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. DENTRO DE ESTE GRUPO TAMBIÉN SE PUEDE INCLUIR, AL CÓNYUGE O AL COMPAÑERO(A) PERMANENTE DE LOS ASEGURADOS INICIALMENTE VINCULADOS, A SUS FAMILIARES HASTA PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD.

ACCIDENTE: ES EL HECHO EXTERNO, IMPREVISTO, OCASIONAL, VIOLENTO, SÚBITO, VISIBLE, REPENTINO E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO QUE LO SUFRA Y QUE CAUSE UNA LESIÓN CORPORAL O MUERTE.

SUMA ASEGURADA: ES EL VALOR ACEPTADO POR EL ASEGURADO BAJO EL PAGO DE PRIMA CORRESPONDIENTE, ESTIPULADO PARA CADA COBERTURA DESCRITA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

REVOCACIÓN DEL CONTRATO: EL ASEGURADO EN CUALQUIER MOMENTO PODRÁ REVOCAR EL CONTRATO DE SEGURO MEDIANTE AVISO ESCRITO A LA EQUIDAD. ESTE ÚLTIMO, EXCEPTUANDO LO RELACIONADO CON LAS COBERTURAS DE VIDA PODRÁ REVOCARLO UNILATERALMENTE, MEDIANTE NOTIFICACIÓN ESCRITA AL ASEGURADO, ENVIADA A SU ÚLTIMA DIRECCIÓN CONOCIDA, CON NO MENOS DE DIEZ (10) DÍAS HÁBILES DE ANTELACIÓN, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DEL ENVÍO.

ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO: ES UN ESTABLECIMIENTO DESTINADO PARA LA ATENCIÓN Y ASISTENCIA A ENFERMOS POR MEDIO DE PERSONAL FACULTATIVO, ENFERMERÍA, PERSONAL AUXILIAR Y DE SERVICIOS TÉCNICOS DURANTE 24 HORAS, 365 DÍAS DEL AÑO Y DISPONIENDO DE TECNOLOGÍA, APARATOLOGÍA, INSTRUMENTAL Y FARMACOLOGÍA ADECUADAS PARA EFECTOS DE LA PRESENTE PÓLIZA. NO SON CONSIDERADOS COMO ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS LAS INSTITUCIONES MENTALES PARA TRATAMIENTOS.

21/05/2021-1429-NT-P-34-0000000000002030
11/05/2021-1501-NT-P-34-0000000000002001

21/05/2021-1429-P-34-0000000000002030-D001
11/05/2021-1501-P-34-0000000000002001-D001

TO DE ENFERMEDADES SIQUIÁTRICAS, LOS LUGARES DE REPOSO, CONVALECENCIA O DESCANSO PARA ANCIANOS, CENTROS DE TRATAMIENTO PARA DROGADICTOS O ALCOHÓLICOS; O LOS LUGARES DONDE SE PROPORCIONAN TRATAMIENTOS NATURISTAS O DE ESTÉTICA.

PRIMA: ES EL PRECIO DEL SEGURO QUE SE DEBE PAGAR EN LOS PLAZOS ACORDADOS CON LA EQUIDAD. EL NO PAGO DE LA PRIMA DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA LÍMITE DE PAGO, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL SEGURO Y LA EQUIDAD QUEDARÁ LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD POR SINIESTROS OCURRIDOS DESPUÉS DE LA EXPIRACIÓN DE DICHO PLAZO, LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1152 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

6. 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, de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio, según el cuestionario que le sea propuesto por la equidad. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por la equidad, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del presente contrato.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del

tomador, el contrato no será nulo, pero la equidad solo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato representen respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado de riesgo.

Las sanciones anteriormente descritas no se aplican si la equidad, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

7. TERMINACIÓN DEL SEGURO

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza termina por las siguientes causas:

- Cuando el asegurado solicite la terminación del seguro, por los medios dispuestos por la equidad para este trámite.
- Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el seguro, tal como se establezca en la caratula de la póliza.
- Cuando al momento de la renovación de la póliza el grupo asegurable sea menor a diez (10) asegurados.
- Al vencimiento de la póliza si ésta no se renueva.

8. RENOVACIÓN

La póliza es renovable anualmente a voluntad de las partes contratantes. De acuerdo con el resultado técnico y siniestralidad de la vigencia inmediatamente anterior, las primas para la renovación podrán ser incrementadas, en este caso la equidad

21/05/2021-1429-NT-P-34-0000000000002030
11/05/2021-1501-NT-P-34-0000000000002001

21/05/2021-1429-P-34-0000000000002030-D00I
11/05/2021-1501-P-34-0000000000002001-D00I

deberá notificar con treinta (30) días de anticipación al tomador las nuevas condiciones de renovación para su aceptación.

Si alguna de las partes determina no renovar, se debe dar aviso por escrito treinta (30) días antes de que termine la vigencia.

9. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El beneficiario puede ser a título gratuito y debe ser nombrado expresamente al suscribir el seguro.

Cuando el beneficiario sea a título gratuito, el asegurado lo podrá cambiar en cualquier momento, pero tal cambio surtirá efecto a partir de la fecha de notificación por escrito a la equidad. En el evento en que ocurra el fallecimiento del asegurado sin que se haya designado beneficiario, quedaran como beneficiarios los designados de ley.

10. CONVERTIBILIDAD

Los asegurados que se separen del grupo después de permanecer en él por lo menos durante un año continuo, siempre que medie solicitud escrita y pago de la prima, tendrán derecho a ser asegurados por el amparo de vida sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tenga bajo la póliza de vida grupo pero sin beneficios ni amparos adicionales, en cualquiera de los planes de seguro individual de vida que emita la equidad, siempre y cuando lo solicite dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de retiro del grupo. El seguro individual se emitirá de acuerdo con las condiciones y tarifas del respectivo plan elegido.

11. VIGENCIA

Esta póliza tendrá vigencia por un año a partir de la fecha indicada en la carátula de la póliza. Salvo que se acuerde con el tomador una vigencia menor a un año, caso en el cual se incluirá el anexo aclaratorio correspondiente.

12. AVISO DE SINIESTRO

En caso de siniestro que pueda dar lugar a una reclamación comprendida bajo los términos de la presente póliza, el tomador, asegurado o beneficiario según sea el caso, deberán dar aviso del siniestro a la equidad 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.

13. 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.

14. PAGO DE SINIESTRO

Los documentos mínimos que se requieren para presentar recla-

21/05/2021-1429-NT-P-34-0000000000002030
11/05/2021-1501-NT-P-34-0000000000002001

21/05/2021-1429-P-34-0000000000002030-D001
11/05/2021-1501-P-34-0000000000002001-D001

mación son los que describen a continuación:

Los anteriores documentos sin perjuicio de la facultad del beneficiario o asegurado de acreditar la ocurrencia del siniestro por cualquier medio probatorio.

DOCUMENTO	MUERTE		INVALI-DEZ	ENFER-MEADAES GRAVES	REN-TAS DIA-RIAS
	NATURAL	ACCIDEN-TAL			
Carta aviso de siniestro	X	X	X	X	X
Registro civil de-función	X	X			
Copia documen-to identificación asegurado	X	X	X	X	X
Acta levantamien-to del cadáver o necropsia o certifi-cado de Fiscalía		X			
Historia clínica	X		X	X	X
Registro civil de nacimiento de beneficiarios en calidad de hijos del asegurado	X	X			
Copia documen-to identificación beneficiarios	X	X			
Dictamen médico que acredite la pérdida de capa-cidad laboral.			X		
Certificado de incapacidad me-dica transcrita por la EPS.					X

15. NOTIFICACIONES

Salvo el aviso de siniestro, cualquier notificación que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberán 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. Para las notificaciones que no exijan la formalidad escrita podrá emplearse cualquier otro medio idóneo.

16. DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales vigentes para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad especificada en la carátula de la póliza, en la república de colombia.

17. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTAR Y REPORTAR INFORMACIÓN FINANCIERA A CENTRALES DE RIESGO

El tomador, asegurado y/o beneficiario autorizan a la equidad a reportar, procesar y divulgar a las centrales de información autorizadas para el efecto, toda la información referente a su comportamiento crediticio y financiero como cliente, al igual que sus condiciones de salud y circunstancias en las cuales haya ocurrido su muerte. Esta autorización también se extiende a la consulta de manera general y en cualquier momento de toda la información financiera y de comportamiento crediticio

21/05/2021-1429-NT-P-34-0000000000002030
11/05/2021-1501-NT-P-34-0000000000002001

21/05/2021-1429-P-34-0000000000002030-D001
11/05/2021-1501-P-34-0000000000002001-D001

comercial de la sociedad registrada en la base de datos de las mencionadas centrales de información, al igual que el suministro de la información comercial y/o financiera que se derive de esta consulta o de las que se llegaren a realizar en un futuro. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de las obligaciones del tomador se reflejará en las mencionadas bases de datos, en donde se consignan de manera completa, todos los datos referentes al actual y pasado comportamiento crediticio, comercial y frente al sector financiero.

21/05/2021-1429-NT-P-34-0000000000002030
11/05/2021-1501-NT-P-34-0000000000002001

21/05/2021-1429-P-34-0000000000002030-D001
11/05/2021-1501-P-34-0000000000002001-D001



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO



equidad
seguros

Una aseguradora cooperativa con sentido social

Línea Bogotá

7 46 0392

Línea Segura Nacional

01 8000 919 538

Desde su celular marque



24 horas de los 365 días del año le entregará
el mejor servicio y toda la atención
que usted necesita

www.laequidadseguros.coop

21/05/2021-1429-NT-P-34-0000000000002030
11/05/2021-1501-NT-P-34-0000000000002001

21/05/2021-1429-P-34-0000000000002030-D001
11/05/2021-1501-P-34-0000000000002001-D001





equidad
seguros de vida

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

www.laequidadseguros.coop

21/05/2021-1429-NT-P-34-0000000000002030
11/05/2021-1501-NT-P-34-0000000000002001

21/05/2021-1429-P-34-0000000000002030-D001
11/05/2021-1501-P-34-0000000000002001-D001


equidad
seguros de vida