

PÓLIZA VIDA GRUPO

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-D001
11/05/2021-1501-P-34-0000000000002001-D001

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 CONMOCIONES DE CUALQUIER CLASE.

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

G. EVENTOS OCURRIDOS A CONSECUENCIA DE FISSION 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 inculpa-

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