

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE VIDA INDIVIDUAL VIDA PLENA

MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ LA COMPAÑÍA, SE COMPROMETE A PAGAR A LOS BENEFICIARIOS CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES , ESPECIALES Y PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA, EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA POR LAS COBERTURAS EXPRESAMENTE CONTRATADAS, CON BASE EN LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR EL TOMADOR Y ASEGURADO EN LAS SOLICITUD DE SEGURO, LA CUAL SE ENTIENDEN INCORPORADA AL PRESENTE CONTRATO, SIEMPRE QUE EL RIESGO OBJETO DE COBERTURA OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO, EL ASEGURADO CUMPLA CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD Y SE HAYA PAGADO EL VALOR DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE.

1. AMPARO BÁSICO

1.1. FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA

SI EL ASEGURADO FALLECE POR CUALQUIER CAUSA, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO, SIEMPRE QUE LA FECHA DE FALLECIMIENTO OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO.

EL PAGO DEL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO GENERARÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO.

1.1.1. EXCLUSIONES

LA PRESENTE PÓLIZA NO AMPARA EL SUICIDIO, ENTENDIÉNDOSE POR TAL, LA MUERTE CAUSADA CONSCIENTE Y VOLUNTARIAMENTE POR EL PROPIO ASEGURADO, OCURRIDO DURANTE LOS PRIMEROS DOS (2) AÑOS DE VIGENCIA DEL SEGURO, EN CUYO CASO LA COMPAÑÍA DEVOLVERÁ A PRORRATA EL VALOR DE LAS PRIMAS NO DEVENGADAS.

1.1.2. VALORES GARANTIZADOS

LOS VALORES GARANTIZADOS DE ESTE CONTRATO SON SEGURO SALDADO Y RESCATE, LOS CUALES SE ENCUENTRAN DETALLADOS EN TIEMPO Y CUANTÍA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.

2. AMPAROS ADICIONALES

EI TOMADOR Y ASEGURADO PODRÁ CONTRATAR, SI LO DESEA, Y LA COMPAÑÍA ACEPTA DE FORMA EXPRESA LA CONTRATACIÓN DE LOS TODOS O ALGUNO(S) DEL(OS) SIGUIENTE(S) AMPARO(S):

2.1 INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

SIEMPRE Y CUANDO HAYA SIDO CONTRATADO, SE HAYA PAGADO LA PRIMA Y LA PÓLIZA SE ENCUENTRE VIGENTE, LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO EL VALOR ASEGURADO CUANDO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA LE SEA DIAGNOSTICADA UNA ENFERMEDAD, SUFRA LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES QUE LE ORIGINEN UNA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE QUE DE POR VIDA LE IMPIDA A LA PERSONA DESEMPEÑAR CUALQUIER TIPO DE TRABAJO O ACTIVIDAD REMUNERADA, SIEMPRE QUE DICHA INVALIDEZ HAYA EXISTIDO POR UN PERIODO NO MENOR A CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS, CONTADOS DESDE LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE Y QUE NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO.

PARA LA DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE, EL ASEGURADO DEBE APORTAR A LA COMPAÑÍA LA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA Y EL DICTÁMEN DE CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE QUE DEMUESTRE UNA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL AL SESENTA Y CINCO POR CIENTO (65%), Y LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN ESTAR DENTRO DEL PERIODO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA, CERTIFICADA

Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Código Compañía	Tipo de documento	Ramo	Código Modalidad
Nota Técnica	01/01/2005	1430	NT-P	37	82133-4001/4005/4006/4007/4010/4026

POR ENTIDAD COMPETENTE Y CONFORME A LAS REGLAS DEL MANUAL ÚNICO PARA LA CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ – DECRETO 917 DEL 99.

EN CASO QUE DESACUERDO CON EL DICTAMEN APORTADO POR EL ASEGURADO, TENDRÁ VALOR DEFINITIVO EL DICTAMEN EMITIDO POR LA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL DOMICILIO DEL ASEGURADO.

TAMBIÉN SE CONSIDERA COMO INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE, LA PARÁLISIS TOTAL PERMANENTE COMPLETA DE HEMICUERPO Y DEL CUERPO ENTERO. LA PÉRDIDA ANATÓMICA O FUNCIONAL DE AMBAS MANOS (A NIVEL DE LA MUÑECA), DE AMBOS PIES (A NIVEL DE TOBILLO), DE UNA MANO Y UN PIE (A NIVEL DE LA MUÑECA Y EL TOBILLO), LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN POR AMBOS OJOS Y LA ENAJENACIÓN MENTAL ABSOLUTA E INCURABLE.

EL PAGO DEL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO GENERARÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO.

2.1.1. EXCLUSIONES

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO, EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- 2.1.1.1. LA TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIONES INTENCIONALMENTE CAUSADAS POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.**
- 2.1.1.2. PRÁCTICAS Y COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO O EXTREMOS TALES COMO EL BUCEO, EL ALPINISMO ESCALAMIENTO, ESPELEOLOGÍA, PARAQUIDISMO, PLANEADORES, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, ASÍ COMO LA PRÁCTICA DE CUALQUIER DEPORTE DE MANERA PROFESIONAL.**
- 2.1.1.3. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS Y/O ACTOS DELICTIVOS.**
- 2.1.1.4. ENFERMEDAD MENTAL, CORPORAL O CUALQUIER DOLENCIA PREEXISTENTE.**
- 2.1.1.5. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN EJERCICIO DE FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO, DE SEGURIDAD Y/O VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA.**
- 2.1.1.6. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE ALUCINÓGENOS.**
- 2.1.1.7. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER TIPO DE AERONAVE, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AEROLÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.**
- 2.1.1.8. LOS CAUSADOS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE INFRACCIÓN DE NORMAS Y SEA ESTA CIRCUNSTANCIA LA CAUSA DE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE**
- 2.1.1.9. TENTATIVA DE HOMICIDIO, SALVO EL OCURRIDO EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO**

2.2 EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

PAGADA LA PRIMERA PRIMA ANUAL Y VIGENTE LA PÓLIZA, SI EL ASEGURADO PRESENTA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DE ACUERDO CON LA DEFINICIÓN DESCRITA EN EL NUMERAL 2.1 DE ESTE CLAUSULADO, LA COMPAÑÍA, EXIME AL TOMADOR DEL PAGO DE LAS SIGUIENTES PRIMAS ANUALES DE RIESGO DEL AMPARO BÁSICO Y DA POR TERMINADOS LOS DEMÁS AMPAROS ADICIONALES.

Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Código Compañía	Tipo de documento	Ramo	Código Modalidad
Nota Técnica	01/01/2005	1430	NT-P	37	82133-4001/4005/4006/4007/4010/4026

EN CASO DE FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS, SE CUBRIRÁN SOLAMENTE LAS SIGUIENTES PRIMAS DE LAS ANUALIDADES COMPLETAS, EN NINGÚN CASO LAS PRIMAS FALTANTES DE LA ANUALIDAD EN CURSO.

ESTE AMPARO NO OPERA PARA LOS ASEGURADOS A LOS CUALES LA COMPAÑÍA NO LES HAYA Y/O HUBIERE OTORGADO EL AMPARO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DE SER SOLICITADO. EL ASEGURADO O LOS BENEFICIARIOS NO RECIBIRÁN SUMA ALGUNA AL APROBARSE LA EXONERACIÓN.

2.2.1 EXCLUSIONES

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO, EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- 2.2.1.1. LA TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIONES INTENCIONALMENTE CAUSADAS POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- 2.2.1.2. PRÁCTICAS Y COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO O EXTREMOS TALES COMO EL BUCEO, EL ALPINISMO ESCALAMIENTO, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, ASÍ COMO LA PRÁCTICA DE CUALQUIER DEPORTE DE MANERA PROFESIONAL.
- 2.2.1.3. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS Y/O ACTOS DELICTIVOS.
- 2.2.1.4. ENFERMEDAD MENTAL, CORPORAL O CUALQUIER DOLENCIA PREEXISTENTE.
- 2.2.1.5. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN EJERCICIO DE FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO, DE SEGURIDAD Y/O VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA.
- 2.2.1.6. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE ALUCINÓGENOS.
- 2.2.1.7. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER TIPO DE AERONAVE, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AEROLÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.
- 2.2.1.8. LOS CAUSADOS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE INFRACCIÓN DE NORMAS Y SEA ESTA CIRCUNSTANCIA LA CAUSA DE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE
- 2.2.1.9. TENTATIVA DE HOMICIDIO, SALVO EL OCURRIDO EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO

2.3 FALLECIMIENTO ACCIDENTAL

SI EL ASEGURADO FALLECE, COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO, SIEMPRE Y CUANDO EL FALLECIMIENTO OCURRA DENTRO DEL AÑO SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DEL ACCIDENTE

PARA EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO SE ENTIENDE POR ACCIDENTE EL HECHO VIOLENTO, VISIBLE, EXTERNO, IMPREVISTO, REPENTINO E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO QUE LE CAUSE LA MUERTE.

LA COMPAÑÍA CUBRE EL DESAPARECIMIENTO DEL ASEGURADO CUANDO OCURRA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES EVENTOS, QUE DEN ORIGEN A LA DECLARACIÓN JUDICIAL DE PRESUNCIÓN DE MUERTE POR DESAPARECIMIENTO, CON ARREGLO A LA LEY COLOMBIANA:

LA DESAPARICIÓN EN CATÁSTROFES NATURALES TALES COMO: TERREMOTOS, INUNDACIONES, MAREMOTOS, DESAPARICIÓN EN UN RÍO, LAGO O MAR, DESAPARICIÓN COMO

Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Código Compañía	Tipo de documento	Ramo	Código Modalidad
Nota Técnica	01/01/2005	1430	NT-P	37	82133-4001/4005/4006/4007/4010/4026

CONSECUENCIA DEL EXTRAVÍO, CAÍDA, EXPLOSIÓN, NAUFRAGIO O ENCALLADURA DE CUALQUIER VEHICULO DEL CUAL NO EXISTA EXCLUSIÓN EXPRESA DE COBERTURA.

2.3.1. EXCLUSIONES

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO, EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- 2.3.2.1. SUICIDIO YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- 2.3.2.2. PRÁCTICAS Y COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO O EXTREMOS TALES COMO EL BUCEO, EL ALPINISMO ESCALAMIENTO, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, ASÍ COMO LA PRÁCTICA DE CUALQUIER DEPORTE DE MANERA PROFESIONAL.
- 2.3.2.3. LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE INFRACCIÓN DE NORMAS DE CARÁCTER LEGAL.
- 2.3.2.4. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS Y/O ACTOS DELICTIVOS.
- 2.3.2.5. ENFERMEDAD MENTAL, CORPORAL O CUALQUIER DOLENCIA, DEFECTO O LIMITACIÓN FÍSICA PREEXISTENTE.
- 2.3.2.6. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN EJERCICIO DE FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO O DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA.
- 2.3.2.7. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE ALUCINÓGENOS.
- 2.3.2.8. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER TIPO DE AERONAVE, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AEROLÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.
- 2.3.2.9. HOMICIDIO O SU TENTATIVA, SALVO EL OCURRIDO EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO.

2.4 ENFERMEDADES GRAVES

LA COMPAÑÍA, PAGARÁ AL ASEGURADO EL CINCUENTA POR CIENTO (50%) DEL VALOR ASEGURADO CONTRATADO EN EL AMPARO DE FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA, CUANDO LE SEA DIAGNOSTICADA MÉDICAMENTE POR PRIMERA VEZ ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES AMPARADAS TRASCURRIDOS LOS SEIS (6) PRIMEROS MESES DE VIGENCIA DEL CONTRATO. EL DIAGNOSTICO MÉDICO DEBERÁ ESTAR BASADO EN EVIDENCIAS ACEPTABLES CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS, HISTOLÓGICAS Y DE LABORATORIO.

LA COMPAÑÍA, SE RESERVA EL DERECHO DE COMPROBAR LA VERACIDAD Y EXACTITUD DE TALES PRUEBAS ASÍ COMO DE HACER EXAMINAR AL ASEGURADO TANTAS VECES LO ESTIME CONVENIENTE. LAS ENFERMEDADES GRAVES AMPARADAS SON:

ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL: PÉRDIDA SÚBITA DE LA FUNCIÓN CEREBRAL, RESULTANTE DE LA INTERRUPCIÓN DEL APORTE SANGUÍNEO, QUE CAUSE LESIONES IRREVERSIBLES Y PERMANENTES TALES COMO PÉRDIDA PERMANENTE DEL CONOCIMIENTO, PENSAMIENTO, LENGUAJE O SENSACIÓN.

PUEDE SER CAUSADO POR TROMBOSIS, EMBOLIA, ESTENOSIS DE UNA ARTERIA DEL CEREBRO O HEMORRAGIA CEREBRAL.

DEBE SER DIAGNOSTICADO MEDIANTE PRUEBAS DE FUNCIÓN NEUROLÓGICA REALIZADAS POR EL NEURÓLOGO, LUEGO DE TRANSCURRIR COMO MÍNIMO SEIS (6) SEMANAS, CONTADAS A PARTIR DEL ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR.

Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Código Compañía	Tipo de documento	Ramo	Código Modalidad
Nota Técnica	01/01/2005	1430	NT-P	37	82133-4001/4005/4006/4007/4010/4026

CÁNCER: ENFERMEDAD QUE SE MANIFIESTA POR LA PRESENCIA DE UNA LESIÓN QUE PUEDE SER TUMORAL O NO, QUE SE CARACTERIZA POR EL CRECIMIENTO, INVASIÓN Y EXPANSIÓN INCONTROLABLE DE CÉLULAS MALIGNAS EN LOS TEJIDOS. TAMBIÉN SE CONSIDERA BAJO ESTA DEFINICIÓN LA LEUCEMIA Y EL MAL DE HOGKIN. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER APOYADO CON EVIDENCIA HISTOLÓGICA DE MALIGNIDAD.

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: DETERIORO O PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD INTELECTUAL PUESTA DE MANIFIESTO POR EL ESTADO CLÍNICO O POR LOS CUESTIONARIOS ESTANDARIZADOS ACERCA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER O COMPORTAMIENTO ANORMAL POR ALTERACIONES ORGÁNICAS IRREVERSIBLES QUE CAUSAN DETERIORO IMPORTANTE DEL FUNCIONAMIENTO SOCIAL Y QUE OBLIGAN A LA SUPERVISIÓN CONTINUA DEL ASEGURADO.

EL PAGO DEL AMPARO ESTARÁ CONDICIONADO A QUE LA ENFERMEDAD HAYA PROVOCADO INHABILIDAD DEL ASEGURADO PARA REALIZAR DETERMINADAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, TALES COMO: BAÑARSE, VESTIRSE, DESPLAZARSE, COMER.

ENFERMEDAD DE PARKINSON: ENFERMEDAD LENTAMENTE DEGENERATIVA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL O PÉRDIDA DE LAS NEURONAS PIGMENTADAS DE LA SUSTANCIA NEGRA. ÚNICAMENTE ESTÁ CUBIERTA LA ENFERMEDAD DE PARKINSON IDIOPÁTICA

EL PAGO DEL AMPARO ESTARÁ CONDICIONADO A QUE LA ENFERMEDAD:

- NO PUEDA CONTROLARSE CON MEDICACIÓN.
- MUESTRE SIGNOS DE EVOLUCIÓN DEL DAÑO CEREBRAL.
- HAYA PROVOCADO INHABILIDAD DEL ASEGURADO PARA REALIZAR DETERMINADAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, TALES COMO: BAÑARSE, VESTIRSE, DESPLAZARSE, COMER.

ESCLEROSIS MÚLTIPLE: ENFERMEDAD QUE AFECTA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y SE MANIFIESTA POR ANOMALÍAS NEUROLÓGICAS PROGRESIVAS E IRREVERSIBLES QUE CONLLEVAN A UN ESTADO DE INCAPACIDAD SEVERA, CON DISMINUCIÓN DE LA VISIÓN, INCOORDINACIÓN, DEBILIDAD E INCONTINENCIA URINARIA.

INFARTO DE MIOCARDIO: MUERTE O NECROSIS DE UNA PARTE DEL MÚSCULO CARDIACO, OCASIONADA POR UNA IRRIGACIÓN SANGUÍNEA DEFICIENTE POR OBSTRUCCIÓN DE LAS ARTERIAS CORONARIAS. EN LA HISTORIA MÉDICA DEL DIAGNÓSTICO DEBERÁ APARECER:

- DOLOR PRECORDIAL.
- CAMBIOS EN EL ELECTROCARDIOGRAMA INDICATIVOS DE INFARTO.
- AUMENTO DE ENZIMAS CARDIACAS.

INSUFICIENCIA RENAL: DAÑO BILATERAL, CRÓNICO E IRREVERSIBLE DE LA FUNCIÓN DE LOS RIÑONES, QUE HAGA NECESARIA LA REALIZACIÓN EN FORMA REGULAR DE DIÁLISIS RENAL O UN TRASPLANTE DE RIÑÓN.

PARÁLISIS: SIGNIFICA LA PARÁLISIS TOTAL Y PERMANENTE DE DOS O MÁS MIEMBROS DEL CUERPO PRODUCIDA POR UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD. DEBERÁ HABER EVIDENCIA DE FALLO TOTAL Y PERMANENTE DE LA CONDUCTIVIDAD DE LA MÉDULA ESPINAL POR SECCIÓN DE LA MISMA. DEBERÁ SER OBVIA LA RELACIÓN TIEMPO CAUSA CON EL DAÑO.

TAMBIÉN SERÁ EFECTIVA LA INDEMNIZACIÓN POR ESTE AMPARO, CUANDO ACREDITE QUE SE LE HA PRACTICADO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CIRUGÍAS DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE COBERTURA:

CIRUGÍA DE PUENTES AORTO CORONARIOS (BY PASS): INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA A CORAZÓN ABIERTO, QUE SE REALIZA PARA CORREGIR LA ESTENOSIS U OCLUSIÓN DE LAS ARTERIAS CORONARIAS, QUE NO RESPONDEN A TRATAMIENTO MÉDICO Y EN CONSECUENCIA ES NECESARIA LA REALIZACIÓN DE UN BY PASS O PUENTE CORONARIO. DEBEN EXISTIR EVIDENCIAS ANGIOGRÁFICAS DE LA ENFERMEDAD SUBYACENTE.

TRANSPLANTE DE ÓRGANOS: PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO ESTRICTAMENTE INDISPENSABLE PARA LA RECEPCIÓN DE LOS SIGUIENTES ÓRGANOS COMPLETOS: CORAZÓN, UNO O DOS PULMONES, HÍGADO O PÁNCREAS TOTAL (SE EXCLUYE EL TRANSPLANTE DE ISLOTES DE LANGERHANS), QUE PROVENGAN DE UN DONANTE VIVO O MUERTO.

2.4.1. EXCLUSIONES

Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Código Compañía	Tipo de documento	Ramo	Código Modalidad
Nota Técnica	01/01/2005	1430	NT-P	37	82133-4001/4005/4006/4007/4010/4026

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO, ESTOS AMPAROS NO CUBREN LAS ENFERMEDADES GRAVES QUE HAYAN SIDO OCASIONADAS O QUE ESTÉN RELACIONADAS CON ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

- 2.4.1.1. TENTATIVA DE SUICIDIO, O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
 - 2.4.1.2. PRÁCTICAS Y COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO Y QUE SEA ESTA CIRCUNSTANCIA LA CAUSA DE LA ENFERMEDAD GRAVE.
 - 2.4.1.3. CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, ASÍ COMO LOS DERIVADOS DE ACTOS DELICTIVOS, RIÑAS Y SEA ESTA CIRCUNSTANCIA LA CAUSA DE LA ENFERMEDAD GRAVE.
 - 2.4.1.4. ENFERMEDAD MENTAL, CORPORAL, CUALQUIER DOLENCIA O TARA PREEXISTENTE.
 - 2.4.1.5. EN EJERCICIO DE FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO, DE SEGURIDAD, VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA.
 - 2.4.1.6. ENCONTRÁNDOSE EN FORMA VOLUNTARIA BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDA SEMBRIAGANTES O ALUCINÓGENOS Y SEA ESTA LA CAUSA DE LA ENFERMEDAD GRAVE.
 - 2.4.1.7. CUANDO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER TIPO DE AERONAVE, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AEROLÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.
 - 2.4.1.8. LOS CAUSADOS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE INFRACCIÓN DE NORMAS Y SEA ESTA LA CAUSA DE LA ENFERMEDAD GRAVE.
 - 2.4.1.9. TENTATIVA DE HOMICIDIO
- TAMPOCO SE AMPARA NINGUNA DE LAS ENFERMEDADES CUBIERTAS SI ESTÁN OCASIONADAS O RELACIONADAS CON:
- 2.4.1.10. LA PRESENCIA DEL VIRUS DEL SIDA CON PRUEBA CONFIRMATORIA, DESCUBIERTO MEDIANTE TEST DE ANTICUERPOS O VIRUS DE SIDA CON RESULTADO POSITIVO, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE ESTE VIRUS.
 - 2.4.1.12. ATAQUES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS.
 - 2.4.1.13. EL CÁNCER DE SENO, O ÚTERO Y ANEXOS (TROMPAS DE FALOPIO Y OVARIOS).
 - 2.4.1.14. LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA Y TODOS LOS TUMORES DE LA PIEL, CÁNCER INSITU, NO INVASIVO O CIRCUNSCRITOS AL ÓRGANO SALVO QUE SE TRATE DE MELANOMAS MALIGNOS.
 - 2.4.1.15. CUANDO LAS ENFERMEDADES OBJETO DE COBERTURA SEAN DIAGNOSTICADAS ANTES DE LA FECHA DE INICIACIÓN DE VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO.
 - 2.4.1.16. LA ENFERMEDAD DE PARKINSON CUANDO SEA INDUCIDA POR MEDICAMENTOS O TÓXICOS.
 - 2.4.1.17. LA NEUROSIS Y LAS ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS Y/O PSICOLÓGICAS
 - 2.4.1.18. CUALQUIER ENFERMEDAD GRAVE CAUSADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR EL CONSUMO DE ALCOHOL O DE DROGAS.

2.5 RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA

LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO LA SUMA ESTABLECIDA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA POR CADA DÍA QUE LA PERSONA ASEGURADA SE ENCUENTRE INTERNADA EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA O CLÍNICA, BAJO EL CUIDADO DE UN MÉDICO SEGÚN SE DEFINE EN LA PRESENTE PÓLIZA.

EL PAGO SE EFECTUARÁ SIEMPRE Y CUANDO LA ENFERMEDAD O LESIONES QUE LA HAYAN OCASIONADO, SE HAYAN PRODUCIDO TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS CONTADOS DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Código Compañía	Tipo de documento	Ramo	Código Modalidad
Nota Técnica	01/01/2005	1430	NT-P	37	82133-4001/4005/4006/4007/4010/4026

LA INDEMNIZACIÓN SE OTORGARÁ DESDE EL TERCER DÍA DE HOSPITALIZACIÓN; CUBRIÉNDOSE UN MÁXIMO DE NOVENTA DÍAS POR EVENTO Y HASTA TRES EVENTOS POR AÑO.

2.5.1. EXCLUSIONES

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES RECOGIDAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO, NO SE EFECTUARÁ PAGO ALGUNO POR ESTE AMPARO CUANDO LA HOSPITALIZACIÓN TENGA ORIGEN O RELACIÓN CON:

2.5.1. LA PRACTICA DE EXÁMENES MÉDICOS DE RUTINA, EXÁMENES DE LABORATORIO, RADIOGRAFÍAS O FISIOTERAPIA TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS, EXCEPTO EL EXAMEN QUE SE NECESITE COMO CONSECUENCIA DE UNA INCAPACIDAD DETERMINADA POR MÉDICO O CIRUJANO DEBIDAMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER SU PROFESIÓN Y QUE LA ENFERMEDAD MOTIVANTE SE HAYA ORIGINADO DENTRO DE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

2.5.2. LESIONES CORPORALES INFRINGIDAS A SI MISMA POR EL ASEGURADO O INTENTO DE SUICIDIO, BIEN SEA EN ESTADO DE CORDURA O DE LOCURA O BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS SICOTROPICAS.

2.5.3. PARTO NORMAL Y QUIRÚRGICO ANTES DE DIEZ (10) MESES DE COBERTURA CONTINUA DE LA PERSONA ASEGURADA EN LA PÓLIZAS.

2.5.4. ABORTO PROVOCADO.

2.5.5. CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO, A MENOS QUE SE PRACTIQUEN COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE.

2.5.6. TODA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA QUE TENGA POR FINALIDAD CORREGIR DEFORMACIONES, MALFORMACIONES, IMPERFECCIONES Y ANOMALÍAS CONGÉNITAS.

2.5.7. CUANDO EL ASEGURADO SEA INTERNADO EN CASAS DE REPOSO POR DESORDENES MENTALES, FUNCIONALES, PSICOSIS, NEUROSIS O POR CUALQUIER ESTADO SIQUIÁTRICO.

2.5.8. TRATAMIENTOS POR DROGADICCIÓN, TABAQUISMO O POR CUALQUIER TIPO DE ADICCIÓN.

2.5.9. ACCIDENTES DE TRÁNSITO DONDE LA PERSONA ASEGURADA CONDUZCA BAJO LA INFLUENCIA DEL ALCOHOL O DROGAS, A MENOS QUE DICHAS DROGAS HAYAN SIDO PRESCRITAS MEDICAMENTE.

2.5.10. LA ORIGINADA COMO CONSECUENCIA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA SIDA, ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL VIRUS V.I.H. O TODO LO RELACIONADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON ESTE.

2.5.11. CONDICIONES FÍSICAS O DE SALUD PREEXISTENTES, ENTENDIÉNDOSE POR TAL LA ENFERMEDAD O LESIÓN POR LA CUAL EL ASEGURADO HA RECIBIDO TRATAMIENTO O UNA RECOMENDACIÓN DE TRATAMIENTO POR UN MÉDICO CALIFICADO LEGALMENTE, CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA PÓLIZA.

2.5.12. TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS CIENTÍFICAMENTE POR LAS AUTORIDADES DE SALUD.

2.5.13. DICTÁMENES MÉDICOS DADOS POR PROFESIONALES DE LA SALUD QUE TENGAN PARENTESCO CON EL ASEGURADO, DENTRO DEL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO DE AFINIDAD Y ÚNICO CIVIL.

2.5.14. TRATAMIENTOS DE ESTERILIDAD, FERTILIDAD Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

2.5.15. FISIOTERAPIA

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

2.5.17. CÁNCER Y SU TRATAMIENTO

Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Código Compañía	Tipo de documento	Ramo	Código Modalidad
Nota Técnica	01/01/2005	1430	NT-P	37	82133-4001/4005/4006/4007/4010/4026

- 2.5.18. PRACTICA O ENTRENAMIENTO PROPIO DE DEPORTES CONSIDERADOS DE ALTO RIESGO, TALES COMO BUCEO, ALPINISMO O MONTAÑISMO, ESCALADA EN HILO DONDE SEN HAGA USO DE SOGAS O GUÍAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, CARRERAS QUE NO SEA A PIE O QUE SE DEDIQUE PROFESIONALMENTE A CUALQUIER DEPORTE.
- 2.5.19. LESIONES CORPORALES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE VOLAR COMO PILOTO, ALUMNO PILOTO, MECÁNICO DE VUELO O MIEMBRO DE TRIPULACIÓN DE CUALQUIER NAVE AÉREA.
- 2.5.20. RIÑAS O ACTOS ILÍCITOS COMETIDOS POR EL ASEGURADO O CON SU COMPLICIDAD.
- 2.5.21. EL INGRESO VOLUNTARIO U OBLIGADO DEL ASEGURADO AL SERVICIO MILITAR EN CUALQUIER FUERZA ARMADA DE CUALQUIER PAÍS U ORGANISMO NACIONAL (FUERZA PÚBLICA).
- 2.5.22. POR PARTICIPAR EL ASEGURADO EN ACTOS ILÍCITOS O CONTRARIOS A LAS LEYES COLOMBIANAS.
- 2.5.23. LAS DERIVADAS DE UNA CATÁSTROFE NATURAL TALES COMO TERREMOTOS, TEMBLORES, ERUPCIÓN VOLCÁNICA, HURACANES, TORNADOS, INUNDACIONES, ENTRE OTRAS.
- 2.5.24. FUSIÓN O FISIÓN NUCLEAR
- 2.5.25. LESIONES O ENFERMEDADES SUFRIDAS EN GUERRA DECLARADA O NO, REBELIÓN REVOLUCIÓN, ASONADA, MOTÍN O CONMOCIÓN CIVIL O POPULAR.
- 2.5.26 ACTOS DEL ASEGURADO EN VIOLACIÓN DE LAS LEYES CON O PARTICIPACIÓN ACTIVA EN ACTOS TERRORISTAS.
- 2.5.27. ENFERMEDADES HEREDITARIAS

3. DEFINICIONES

Para efectos de este seguro se entenderá por:

3.1. Tomador del seguro:

Persona que contrata el seguro y a quien le corresponde los derechos y obligaciones que del mismo se deriven a quien le corresponde el pago de la prima, salvo aquellos que correspondan expresamente al Asegurado y/o Beneficiario.

3.2. Asegurado:

Persona natural sobre quien recaen los riesgos y se estipula el seguro, y que deberá aceptar expresamente el mismo.

3.3. Beneficiario:

Persona (s), a quienes el Asegurado reconoce el derecho a percibir la indemnización derivada de esta póliza en la cuantía que designe.

El Beneficiario podrá ser a título gratuito, es decir: Aquel cuya designación tiene por causa la mera liberalidad del Asegurado, razón por la cual éste lo podrá cambiar en cualquier momento.

Esta modificación surtirá efecto en la fecha de notificación por escrito a la Compañía. En los demás casos, el Beneficiario será a título oneroso.

Cuando no designe Beneficiario o la designación se haga ineficaz o nula por cualquier causa, tendrán la calidad de tales el cónyuge del Asegurado en la mitad del seguro y los herederos de este en la otra mitad. Igual regla se aplicará en el evento en que se designe genéricamente como Beneficiarios a los herederos del Asegurado.

3.4. Compañía:

Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Código Compañía	Tipo de documento	Ramo	Código Modalidad
Nota Técnica	01/01/2005	1430	NT-P	37	82133-4001/4005/4006/4007/4010/4026

Entidad que asume la cobertura de los riesgos amparados de acuerdo con las condiciones de la presente póliza y que para efectos de este contrato será MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

3.5. Póliza:

Documento que contiene las Condiciones Generales, Especiales y Particulares que identifican el riesgo.

3.6. Prima:

Precio del seguro, en cuyo recibo se incluirán, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.

3.7. Médico:

Persona autorizada para ejercer la medicina y cualificada para aplicar el tratamiento médico correspondiente debe estar asociado a la EPS o medicina prepagada donde se encuentre inscrito el asegurado del presente anexo.

3.8. Institución hospitalaria:

Establecimiento registrado y autorizado por reunir todas las condiciones exigidas por las autoridades correspondientes para el desarrollo de su objeto social, de acuerdo con la legislación colombiana, para la atención de enfermos. no son consideradas como instituciones hospitalarias para efectos de cobertura del amparo de la presente póliza, las instituciones mentales para tratamiento de enfermedades psiquiátricas, los lugares de reposo, convalecencia o descanso para ancianos, drogadictos o alcohólicos; los centros de cuidado intermedio; los lugares donde se proporcionan tratamientos naturalistas o de estética.

3.9. Hospitalización

Cuando el asegurado se encuentra en una habitación de una institución hospitalaria o clínica, por un periodo mínimo de 24 horas.

3.10 Valores Garantizados

Se conocen con este nombre los valores de Seguros Saldado y Rescate a que tiene derecho el Tomador de la póliza siempre y cuando el asegurado sobreviva el primer año de vigencia totalmente transcurrido y pagado.

3.10.1 Rescate

El Tomador, recibe de la Compañía el valor resultante de la aplicación del cuadro de valores garantizados incluido en la póliza, obtenido en función del número de anualidades de seguro completas y pagadas, quedando extinguido el contrato en un plazo no mayor a 15 días hábiles contados a partir de la entrega a la compañía de los documentos necesarios para tal trámite:

- Comunicación del tomador solicitando el rescate.
- Certificación bancaria no mayor a tres meses donde el tomador o en ausencia de este, el tutor sea el titular de la cuenta.
- Copia del documento de identidad.

3.10.2 Seguro Saldado

Consiste en la transformación del seguro inicial en un nuevo seguro de la misma modalidad y liberado del pago de primas futuras.

El valor asegurado correspondiente al nuevo seguro se obtiene de aplicar el valor de rescate garantizado, como prima única de inventario para un seguro de las mismas características que el contratado, reduciéndose el resto de los valores en la misma proporción.

Esta modificación solo aplica para anualidades completas y pagadas.

El valor de rescate garantizado de una póliza saldada coincidirá con la totalidad de las reservas matemáticas constituidas sobre la misma

Al aplicar el valor garantizado de seguro saldado, automáticamente las coberturas adicionales quedan excluidas.

Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Código Compañía	Tipo de documento	Ramo	Código Modalidad
Nota Técnica	01/01/2005	1430	NT-P	37	82133-4001/4005/4006/4007/4010/4026

3.11 Participación de Beneficios

Esta póliza participará cada año proporcionalmente a sus reservas matemáticas del amparo básico, en el ochenta (80%) por ciento de los resultados positivos que produzca la inversión de las reservas matemáticas de balance, deducido el interés técnico garantizado en la póliza.

En caso que el pago de las primas se realice en forma fraccionada, las reservas matemáticas se reducirán en el importe de la fracción de prima cuyo vencimiento tenga lugar en el ejercicio siguiente al considerado.

3.12 Edad Actuarial

Se obtiene tomando la edad correspondiente a la fecha de aniversario más cercana (anterior o posterior), el resultado es el parámetro de edad tomado para aplicar la tarificación.

4. EDADES

- 4.1. AMPARO BÁSICO FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA: La edad mínima de ingreso a la póliza es de dieciocho (18) años de edad, la máxima es de sesenta (60) años de edad y su permanencia es hasta los setenta (70) años de edad.
- 4.2. AMPAROS ADICIONALES FALLECIMIENTO ACCIDENTAL, INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE Y EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE: La edad mínima de ingreso al presente amparo es de dieciocho (18) años de edad, la máxima de ingreso es de sesenta (60) años de edad y su permanencia hasta los sesenta y cinco (65) años de edad.
- 4.3. AMPAROS ADICIONALES ENFERMEDADES GRAVES Y RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGIA: La edad mínima de ingreso al presente amparo es de dieciocho (18) años de edad, la máxima de ingreso es de cincuenta y nueve años (59) años de edad y su permanencia hasta los sesenta (60) años de edad.

Nota: Todas las edades se entienden como actuariales.

5. MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO

El presente contrato se celebra con base en los datos facilitados por el Tomador y/o Asegurado, declaración sobre el estado de salud, domicilio, profesión, ocupación y demás datos contenidos en los cuestionarios presentados por la Compañía, todo lo cual ha determinado la aceptación del riesgo y el cálculo de la prima correspondiente, quedando obligados a comunicar a la Compañía cualquier modificación del estado del riesgo.

Solamente respecto de los amparos adicionales, el asegurado y/o el tomador esta obligado a comunicar a la Compañía cualquier modificación del estado del riesgo. En tal virtud, tanto el Tomador como el Asegurado se encuentran obligados a notificar por escrito a la Compañía, los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que signifiquen agravación del riesgo. La notificación debe hacerse con una antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del Tomador o Asegurado, o es conocida por alguno de ellos. Si le es extraña, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta (30) días desde el momento de la modificación. Dependiendo de la modificación del estado del riesgo, la Compañía podrá modificar las condiciones técnicas y económicas del presente contrato a partir de la fecha en que se tenga conocimiento, de dicha modificación por parte de la Compañía.

6. DECLARACIÓN DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO SOBRE EL ESTADO DEL RIESGO

El Tomador y/o Asegurado, están obligados a declarar los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por la Compañía. La reticencia o inexactitud, sobre hechos o circunstancias que conocidos por la Compañía lo hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del contrato. Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o inexactitud producen igual efecto si el Tomador y/o Asegurado han encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado de riesgo.

Si la inexactitud o reticencia provienen de error inculpable del Tomador y/o Asegurado, el contrato no será nulo, pero la Compañía sólo estará obligada en caso de siniestro a pagar un porcentaje del valor Asegurado, equivalente al que la tarifa o prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o

Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Código Compañía	Tipo de documento	Ramo	Código Modalidad
Nota Técnica	01/01/2005	1430	NT-P	37	82133-4001/4005/4006/4007/4010/4026

prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 del Código de Comercio.

Esta sanción no se aplica si la Compañía, 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. VIGENCIA

El presente seguro entrará en vigor a las 24:00 horas del día en que La Compañía haya recibido el pago de la prima en su totalidad o de la primera cuota (si el pago es fraccionado).

El término de vigencia de la presente póliza será de un (1) año contado a partir de la fecha de su inicio y será renovable por igual término hasta que el asegurado cumpla 70 años de edad actuarial, salvo que el tomador o asegurado manifiesten expresamente su intención de revocar el seguro o la compañía de no renovarlo.

Los amparos adicionales respecto de cada asegurado, solo entrarán en vigor a partir de la fecha en que la Compañía comunique su aprobación al Tomador, mediante escrito de aceptación, expedición de la póliza o anexo correspondiente, o envío de certificado de cobro. Si dentro de los treinta (30) días comunes siguientes a la fecha de recibo de la solicitud, la Compañía no se hubiere pronunciado, se considerará como no aprobada.

8. PAGO DE LA PRIMA

El valor de la prima y la forma de pago será el indicado en la carátula de la póliza. La Compañía no financia primas de forma directa. Para mayor información sobre las formas y medios de pago consulte el link de la página web.

8.1. Periodicidad: Las primas son de vigencia anual, pero pueden ser pagadas en fracciones semestrales, trimestrales o mensuales, mediante la aplicación del correspondiente recargo.

En caso de prima única pueden ser pagada en fracciones semestrales, trimestrales o mensuales, mediante la aplicación del correspondiente recargo. El plazo para el pago de la prima única es máximo un año contado desde el inicio de vigencia de la póliza.

8.2. Plazo para el Pago de la prima: Será máximo de treinta (30) días después de la entrada en vigencia del seguro. Durante dicho plazo se considera el seguro en vigor y por consiguiente si ocurriere algún siniestro, la Compañía tendrá la obligación de pagar la suma asegurada correspondiente.

Vencido el plazo de gracia, el no pago de la prima producirá la terminación automática del contrato.

8.3. Exigibilidad de las primas fraccionadas: En caso de siniestro que diese origen al pago de la prestación establecida en el contrato, se descontarán las fracciones de prima de la anualidad en curso no percibidas por el Asegurador, en caso que el beneficiario sea el mismo tomador.

9. PARTICIPACIÓN DE BENEFICIOS

Si el asegurado vive al vencimiento del contrato y durante la vigencia se causa derecho a participación en beneficios, se pagará el valor constituido por la participación en beneficios acumulada.

9.1 Modo de otorgar la participación de beneficios:

9.1.1. A la finalización del contrato

En caso de generarse derecho a Participación en Beneficios, esta se hará efectiva una vez al año y sobre el último ejercicio contable, mediante incremento del valor asegurado para sobrevivencia, el cual se hará constar mediante la expedición del documento correspondiente que se entregará al Tomador de la póliza una vez cerrado el ejercicio en el cual la Compañía informará anualmente la rentabilidad obtenida con las reservas matemáticas.

9.1.2. Al Rescate

El valor de rescate garantizado se verá incrementado anualmente de acuerdo con la Participación en Beneficios.

Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Código Compañía	Tipo de documento	Ramo	Código Modalidad
Nota Técnica	01/01/2005	1430	NT-P	37	82133-4001/4005/4006/4007/4010/4026

9.1.3. En la aplicación del Seguro Saldado

El Tomador, no perderá la Participación en Beneficios que tuviese asignada y continuará teniendo derecho a sucesivas Participaciones en Beneficios hasta el vencimiento del seguro.

10. AVISO DEL SINIESTRO

El Tomador, el Asegurado o los Beneficiarios según el caso, deberán dar a aviso a la Compañía de toda lesión, pérdida o muerte que pueda dar origen a una reclamación comprendida en los términos de esta póliza, dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer los hechos que dan lugar a la reclamación. El asegurado a petición de la Compañía deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle la investigación del siniestro.

11. PAGO DEL VALOR ASEGURADO

La Compañía pagará el valor asegurado establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, al tomador, asegurado o beneficiario, según el caso.

11.1 La Compañía efectuará el pago de la indemnización correspondiente previa deducción de las primas o fracciones causadas o pendientes de pago por parte del Tomador, hasta completar la anualidad respectiva.

11.2 La participación de beneficios asignada hasta el momento, según la cláusula 9 de este documento.

Para proceder al pago de la indemnización en caso de Fallecimiento del Asegurado, la Compañía solicitará la siguiente información:

- Formulario de reclamación de indemnización diligenciado
- Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.
- Fotocopia del Registro Civil de Defunción.
- Documentos que acrediten la calidad de los beneficiarios.
- Historia Clínica completa.
- Certificado original del médico que haya asistido al Asegurado indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente que le causó la muerte.
- Si el fallecimiento ocurrió a causa de un accidente, el informe de las autoridades que tuvieron conocimiento del caso, Acta de levantamiento del cadáver y protocolo de necropsia.
- Certificación bancaria del beneficiario o asegurado.
- Certificado del saldo insoluto de la deuda a la fecha de la fallecimiento cuando se trate de Beneficiario oneroso.

Para proceder al pago de la indemnización en caso de Invalidez Total y Permanente o Enfermedad Grave del Asegurado, la Compañía solicitará la siguiente información:

- Formulario de reclamación de indemnización diligenciado
- Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.
- Historia Clínica completa.
- Certificado original del médico que haya asistido al Asegurado indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad. (Amparo Enfermedades Graves)
- Dictamen de calificación de Invalidez Total y Permanente superior al 65%. (Amparo Invalidez total y Permanente)
- Certificación bancaria del asegurado.
- Certificado del saldo insoluto de la deuda a la fecha de la estructuración de la Incapacidad Total y Permanente, cuando se trate de Beneficiario oneroso.

Para proceder al pago de la indemnización en caso de Renta Diaria por Hospitalización y Cirugía del Asegurado, la Compañía solicitará la siguiente información:

- Formulario de reclamación de indemnización diligenciado
- Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.
- Historia Clínica completa.
- Incapacidad emitida por la Institución y/ medico adscrito a la misma, el cual especifique el número de días de hospitalización.
- Certificación bancaria del asegurado.

12. DEDUCCIONES

Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Código Compañía	Tipo de documento	Ramo	Código Modalidad
Nota Técnica	01/01/2005	1430	NT-P	37	82133-4001/4005/4006/4007/4010/4026

- Cuando la Compañía haya indemnizado por el amparo básico fallecimiento por cualquier causa se generará la terminación automática del contrato de seguros.
- Cuando la Compañía haya indemnizado por el amparo básico fallecimiento por cualquier causa y amparo adicional de Fallecimiento Accidental se generará la terminación automática del contrato de seguros.
- Cuando la Compañía haya realizado un pago por el amparo de Enfermedades Graves, el valor asegurado del amparo básico será deducido al 50% a partir de la fecha del pago y hasta por los siguientes 365 días contados a partir de esta fecha. Una vez cumplido el día 365, el valor asegurado del amparo básico se restituirá al 100%. De la misma forma una vez pagada la indemnización por Enfermedades graves el contrato quedará automáticamente sin los demás amparos adicionales vigentes a la fecha de la indemnización.
- Cuando la Compañía haya indemnizado por el amparo adicional de Exoneración de pago de primas del amparo básico por Invalidez Total y Permanente, se generará la terminación automática de todas las coberturas adicionales contratadas y la póliza continuará únicamente con el amparo básico.

13. REDUCCIÓN O PÉRDIDA DE LA INDEMNIZACIÓN

Si el Tomador, Asegurado o Beneficiario, incumplieren las obligaciones que les corresponden en caso de siniestro, la Compañía sólo podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento.

La mala fe del Tomador, Asegurado o Beneficiario, en la reclamación o comprobación del derecho a la indemnización de determinado siniestro, causará la pérdida de tal derecho.

14. INCREMENTO DEL VALOR ASEGURADO

El Valor asegurado del amparo básico y los amparos adicionales se incrementarán en cada renovación de acuerdo con el porcentaje de incremento seleccionado por el Tomador/Asegurado.

15. RENOVACIÓN DEL CONTRATO

El presente contrato es renovable a voluntad de las partes contratantes. Si éstas con una anticipación no menor de un mes a la fecha de su vencimiento, no manifestaren intención en contrario, el contrato se entenderá renovado automáticamente por un período igual al pactado, sin perjuicio de lo estipulado en la cláusula 16 del presente condicionado. Las condiciones económicas de la renovación dependerán del resultado de la siniestralidad de la póliza en la vigencia inmediatamente anterior.

16. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA Y AMPAROS ADICIONALES

El seguro de cualquiera de las personas amparadas terminará por alguna(s) de la(s) siguiente(s) causa(s):

- Por el no pago de la prima o su cuota vencido el período de gracia.
- A la terminación de la vigencia del Seguro, si éste no se renueva.
- Cuando el Tomador o Asegurado revoquen por escrito la póliza.
- Cuando el Tomador solicite por escrito la exclusión del asegurado.
- Cuando la póliza sea rescatada.
- Por mutuo acuerdo de las partes.
- Cuando la Compañía indemnice por el amparo básico y amparo adicional de fallecimiento accidental
- Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia, establecida por la Compañía, en el amparo básico.

Los amparos adicionales terminarán por alguna(s) de la(s) siguiente(s) causa(s):

- Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida por la Compañía.
- Cuando el tomador solicite por escrito la exclusión del amparo adicional.
- Cuando la Compañía indemnice algún amparo adicional a excepción de renta Diaria por Hospitalización y Cirugía.
- Cuando se toma la opción de seguro saldado.

17. PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS

Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Código Compañía	Tipo de documento	Ramo	Código Modalidad
Nota Técnica	01/01/2005	1430	NT-P	37	82133-4001/4005/4006/4007/4010/4026

De conformidad con lo establecido por las normas legales de Colombia, sobre el tema de prevención de lavados de activos, el Tomador, el (los) asegurado (os) y el (los) beneficiario (s), se obligan con la Compañía a diligenciar con datos ciertos y reales el formato que para tal menester se le entregue y a suministrar los documentos que se soliciten como anexo, al inicio de la póliza, de la renovación de la misma, y al momento del pago de indemnizaciones.

18. DERECHOS DEL ASEGURADO EN CASO DE INCUMPLIMIENTO POR ASEGURADORA

El artículo 1080 del Código de Comercio establece la obligación para la aseguradora de efectuar el pago del siniestro o la entrega de la objeción correspondiente, dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad.

Adicionalmente el artículo 1053 establece en el numeral 3 que la póliza prestará mérito ejecutivo contra el asegurador, por sí sola, en el evento en el que transcurrido un mes contado a partir del día en el cual el asegurado o el beneficiario acredite la ocurrencia del siniestro sin que dicha reclamación sea objetada de manera seria y fundada. Si la reclamación no hubiere sido objetada, el demandante deberá manifestar tal circunstancia en la demanda.

19. PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones que se deriven del presente contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen, podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Estos términos no podrán ser modificados por las partes.

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

El tomador y/o asegurado y/o beneficiario autoriza a la Compañía para que, con fines estadísticos, de información entre Compañías, consulta o transferencia de datos con cualquier autoridad que lo requiera, consulte, informe, guarde en sus archivos y reporte a las centrales de riesgos que considere necesario o, a cualquier otra entidad autorizada, la información que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente y, bajo cualquier modalidad, se le haya otorgado o se le otorgue en el futuro, así como sobre novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan de esta relación comercial o contrato que declara conocer y aceptar en todas sus partes.

21. NORMAS APLICABLES

A los aspectos no regulados de este contrato le serán aplicables las disposiciones previstas en el Código de Comercio, y demás normas concordantes.

22. JURISDICCIÓN

El presente seguro queda sometido a la jurisdicción Colombiana y será competente el juez del lugar de celebración del contrato de seguro o del domicilio de la Compañía a elección del Tomador.

23. DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad mencionada en la carátula de la póliza y ubicada en la República de Colombia.

Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Código Compañía	Tipo de documento	Ramo	Código Modalidad
Nota Técnica	01/01/2005	1430	NT-P	37	82133-4001/4005/4006/4007/4010/4026

24. COMUNICACIONES

Las comunicaciones del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario, sólo producirán efectos si han sido dirigidas al domicilio de la Compañía. Las comunicaciones de la Compañía al Tomador, Asegurado o Beneficiarios del seguro, sólo producirán efecto si se han dirigido al último domicilio registrado en la misma.

Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Código Compañía	Tipo de documento	Ramo	Código Modalidad
Clausulado	01/01/2012	1430	Póliza (P)	37	Vid-213-En/12

Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Código Compañía	Tipo de documento	Ramo	Código Modalidad
Nota Técnica	01/01/2005	1430	NT-P	37	82133-4001/4005/4006/4007/4010/4026