

## **SEGURO DE VIDA GRUPO**

### **1.- AMPARO BASICO**

HDI SEGUROS S.A., QUE EN ADELANTE SE LLAMARA LA COMPAÑÍA, EN CONSIDERACION A LA SOLICITUD DE SEGURO QUE LE HA SIDO PRESENTADA POR EL TOMADOR Y A LAS SOLICITUDES INDIVIDUALES DE LOS ASEGURADOS, LAS CUALES SE ENTIENDEN INCORPORADAS AL PRESENTE CONTRATO PARA TODOS SUS EFECTOS Y CON SUJECION A LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ESTA POLIZA Y SUS ANEXOS, CUBRE LA MUERTE DE CUALQUIERA DE LAS PERSONAS AMPARADAS, OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO.

### **2.- EXCLUSIONES**

EL PRESENTE SEGURO SE OTORGA SIN EXCLUSIONES, SALVO PARA LA MODALIDAD DE DEUDORES, EN CUYO CASO, SE ENCUENTRA EXCLUIDO, EL SUICIDIO ACAECIDO DENTRO DEL PRIMER AÑO DE PERMANENCIA DEL ASEGURADO EN LA POLIZA.

## **CONDICIONES GENERALES**

### **3. OBJETO DEL SEGURO**

El presente seguro tiene por objeto amparar contra el riesgo de muerte, a los miembros del grupo asegurable. Salvo el caso de grupo deudores, éste seguro se expide bajo plan temporal, renovable anualmente, y estará en vigor por el término de un año contado a partir de la fecha de iniciación de la vigencia, siempre que de acuerdo con las condiciones generales no se revoque o termine antes.

### **4.- DEFINICIONES**

#### **4.1 TOMADOR**

Es la persona natural o jurídica que obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos propios de este seguro y es el responsable por el pago de las primas.

#### **4.2 GRUPO ASEGURABLE**

Es el conformado por personas naturales vinculadas bajo una misma personería jurídica en virtud de una situación legal, reglamentaria o laboral o que tengan con una tercera persona (Tomador) relaciones estables de la misma naturaleza y cuyo vínculo no tenga relación con el propósito único de contratar el seguro de vida.

### **5.- MODALIDADES DEL SEGURO**

La presente póliza tendrá las siguientes clasificaciones:

- 5.1 Deudores: Cuando el objeto del seguro sea el de la protección contra el riesgo de muerte e incapacidad total y permanente, si así se hubiere contratado, a los deudores de un mismo acreedor, adquiriendo éste, en todos los casos, la calidad de Tomador.
- 5.2 No deudores: Cuando el objeto del seguro de vida grupo no revista las características indicadas en el

numeral anterior. Esta modalidad a su vez se subdivide en:

- Contributivo: Cuando la totalidad o parte de la prima es sufragada por los integrantes del Grupo Asegurado.
- No contributivo: Cuando la totalidad de las primas es sufragada por el Tomador del seguro.

## **6.- EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA**

Las edades mínimas de ingreso para la presente póliza son de doce (12) años para mujeres y de catorce (14) años para hombres y, máximas, en ambos casos, de setenta (70) años y 364 días. La edad máxima de permanencia en la póliza es de 80 años tanto para mujeres como para hombres. En este último caso, la cobertura individual terminará en la fecha de finalización de la vigencia del seguro, en la que el asegurado cumpla esa edad.

La Compañía devolverá al Asegurado los valores recibidos por concepto de primas cuando se compruebe que por error, por parte del Tomador o de la Compañía, se ha ingresado al seguro con edad superior a la indicada como máxima.

En los seguros de Deudores la permanencia bajo el seguro será hasta la terminación o extinción de la deuda.

## **7.- VIGENCIA DE LOS AMPAROS INDIVIDUALES**

Los amparos, respecto de cada persona, solo entrarán en vigor a partir de la fecha en que la Compañía comunique por escrito su aprobación al Tomador. Si dentro de los treinta (30) días siguientes contados a partir de la fecha de recibo de la solicitud, la Compañía no ha producido esta comunicación, se considerará como no aprobada.

## **8.- SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL Y LIMITE DE RESPONSABILIDAD**

La suma asegurada por cada persona asegurada se determinará de acuerdo con la forma indicada en la carátula de la póliza y ella representará, el límite de responsabilidad de la Compañía respecto de cada persona asegurada, sin perjuicio de las prestaciones correspondientes a los amparos adicionales que se hubieren contratado.

## **9.- PAGO DE LA PRIMA**

El pago de la prima o de la primera cuota, en caso de fraccionamiento para su pago, es condición indispensable para la iniciación de la vigencia del seguro.

En el caso de fraccionamiento de la prima, para el pago de las cuotas de prima subsiguientes a la primera, la Compañía concede, sin recargo de intereses, un plazo de un mes. Durante dicho plazo se considerará el seguro en vigor y, por consiguiente, si ocurre algún siniestro, la Compañía tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas y pendientes de pago por parte del Tomador, hasta completar la anualidad respectiva.

Si las cuotas de prima posteriores a la primera, no fueron pagadas antes de vencerse el plazo de gracia, se producirá la terminación automática del contrato y la Compañía quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de dicho plazo.

En caso de renovación del contrato de seguro, se concede, para el pago de la primera cuota de prima, un plazo de un (1) mes contado a partir de la iniciación de la vigencia de la renovación del seguro, durante el cual se considera el seguro en vigor.

## **10.- DECLARACION INEXACTA O RETICENTE**

El Tomador y los Asegurados individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente, los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo según el cuestionario que le sea propuesto por la Compañía. La reticencia o la inexactitud del Tomador y/o asegurado según sea el caso, sobre los hechos o circunstancias que conocidos por la Compañía 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 y/o asegurado según sea el caso ha encubierto, por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la reticencia o la inexactitud provienen de error inculpable del Tomador y/o asegurado según sea el caso, el contrato no será nulo pero la Compañía 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 represente respecto de la tarifa o la prima, adecuada al verdadero estado del riesgo.

Si la reticencia o la inexactitud provienen del Asegurado, se aplicarán las mismas sanciones respecto de su seguro individual.

## **11.- MODIFICACION DEL ESTADO DEL RIESGO**

El Asegurado o el Tomador, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, uno u otro deberán notificar por escrito a la Compañía los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que signifique agravación del riesgo, en especial cualquier modificación en su actividad laboral u ocupación.

La notificación se hará con antelación no menor de diez (10) días hábiles contados a partir de la fecha de modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del Asegurado o del Tomador. Si les es extraña, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tengan conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta (30) días hábiles desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo en los términos previstos, la Compañía podrá revocar el amparo o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

La falta de notificación oportuna produce la terminación del amparo, pero sólo la mala fe del Asegurado o del Tomador dará derecho a la Compañía para retener la prima no devengada.

**PARAGRAFO:** Lo dispuesto en los dos últimos incisos de esta condición será aplicable únicamente a los amparos adicionales. Respecto del amparo básico de vida sólo procederá el derecho de exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima, en caso de cambio ocupacional que razonablemente modifique el estado del riesgo.

## **12.- IRREDUCTIBILIDAD**

Transcurridos dos (2) años en vida del Asegurado, desde la fecha del perfeccionamiento del contrato, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad, sin perjuicio de lo establecido en la condición siguiente.

## **13.- INEXACTITUD EN LA DECLARACION DE EDAD**

Si respecto a la edad del Asegurado se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, se aplicarán las siguientes normas:

13.1 Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa de la Compañía, el contrato

quedará sujeto a la sanción prevista en el artículo 1058 del Código Comercio.

13.2 Si es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por la Compañía, y

13.3 Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el numeral anterior.

#### **14.- CONVERTIBILIDAD**

Tratándose del seguro de grupo no deudores, los Asegurados menores de setenta (70) años que revoquen su seguro o que se separen del grupo asegurado después de permanecer en él, por lo menos durante un (1) año continuo, tendrán derecho a ser asegurados sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo la póliza de grupo, pero sin beneficios adicionales, en cualquiera de los planes de seguro individual de los que estén autorizados a la Compañía, con excepción de los planes temporales y crecientes, siempre y cuando lo soliciten dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de su retiro del grupo.

El seguro individual se emitirá, de acuerdo con las condiciones del respectivo plan y conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el Asegurado y a su ocupación en la fecha de la solicitud. En caso de haberse aceptado bajo la póliza riesgos subnormales, se expedirán las pólizas individuales con la clasificación impuesta bajo la póliza de grupo y la extraprima que corresponda al seguro de vida individual.

Si el asegurado fallece dentro del plazo para solicitar la póliza individual, conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que ella se hubiere expedido (medie o no solicitud o pago de prima) sus beneficiarios tendrán derecho a la prestación asegurada bajo la presente póliza.

#### **15.- SEGURO DE CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE**

Cada uno de los miembros del Grupo Asegurable podrá asegurar, bajo esta póliza, a su respectivo cónyuge o al compañero o compañera permanente, hasta por la misma suma asegurada, cumpliendo cada uno de los requisitos de asegurabilidad respectivos.

Esta condición no tendrá aplicación en los seguros de Deudores salvo que tal calidad de deudor se predique también del cónyuge o del compañero o compañera.

#### **16.- OBLIGACIONES DEL TOMADOR EN CASO DE SINIESTRO**

En caso de siniestro, que pueda dar lugar a reclamación bajo esta póliza, el Tomador o el Beneficiario, según sea el caso, deberá dar aviso a la Compañía dentro del término de tres (3) días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que lo haya conocido.

#### **17.- PAGO DEL SINIESTRO**

La Compañía efectuará el pago de la suma asegurada a que está obligada por la presente póliza, por conducto del Tomador, al Asegurado o a los Beneficiarios, o directamente a éstos, dentro del mes siguiente a la fecha en que el Asegurado o los Beneficiarios, según sea el caso, le acrediten, en los términos del artículo 1077 del Código de Comercio, la ocurrencia del siniestro y su cuantía si a ello hubiere lugar.

Sin perjuicio de lo contemplado por la norma citada, la Compañía solicitará los siguientes documentos:

17.1 Certificado Individual de Seguro de Grupo.

17.2 Registro Civil de Nacimiento.

17.3 Registro Civil de Defunción.

17.4 Fotocopia de la cédula de ciudadanía del fallecido y de los beneficiarios.

17.5 Certificado expedido por el médico que lo atendió en la última enfermedad.

17.6 En caso de muerte accidental informe de las autoridades de las causas del accidente.

17.7 Certificado del saldo insoluto a cargo del Deudor al momento de su fallecimiento para el seguro de grupo deudores.

La Compañía podrá hacer examinar al Asegurado tantas veces como lo estime conveniente mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo los amparos adicionales. La Compañía se reserva el derecho de comprobar la veracidad y la exactitud de las pruebas presentadas.

## **18.- BENEFICIARIOS**

El Beneficiario puede ser a título gratuito o a título oneroso.

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 Compañía. El Tomador no podrá intervenir en la designación de beneficiarios ni figurar como tal, salvo que sea a título oneroso en los seguros de vida grupo deudores.

En el evento en que el Beneficiario sea a título gratuito y ocurra el fallecimiento del Asegurado sin que se haya designado beneficiario o, cuando la designación se hiciera ineficaz o, quedare sin efecto por cualquier causa o, falleciere simultáneamente con el Asegurado o, se ignore cuál de los dos ha muerto primero, serán beneficiarios el cónyuge del Asegurado en la mitad del seguro y los herederos del Asegurado en la otra mitad. Si el beneficiario es a título oneroso y el Asegurado muere simultáneamente con el beneficiario o, no se pudiere determinar quien murió primero, serán beneficiarios del seguro únicamente los herederos del beneficiario.

En el Seguro de Grupo Deudores el Beneficiario será, a título oneroso, el Tomador del seguro hasta concurrencia del saldo insoluto de la deuda.

## **19.- TERMINACION DEL SEGURO INDIVIDUAL**

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus amparos adicionales, termina por las siguientes causas:

- a) Por falta del pago de la prima, vencido el período de gracia.
- b) Al vencimiento de la póliza, si ésta no se renueva.
- c) En el seguro del cónyuge o compañero(a) permanente, al fallecimiento del Asegurado Principal.
- d) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza.
- e) Cuando el Asegurado revoque por escrito su seguro, con excepción del Seguro de Grupo de Deudores.
- f) Cuando dichas personas dejen de pertenecer al grupo asegurado.

PARAGRAFO 1: El hecho de que por error de cualquiera de las partes, (Tomador o Compañía) no se haya excluido de la Póliza al Asegurado al alcanzar la edad máxima contemplada para cualquiera de los amparos contratados en la póliza por terminación de su seguro individual, no obliga a la Compañía al pago del valor asegurado contratado en caso de siniestro. En este caso la Compañía devolverá el valor de las primas pagadas de más hasta la fecha del siniestro, a los beneficiarios del Asegurado.

PARAGRAFO 2: Lo preceptuado en los ordinales e y f anteriores, se entiende sin perjuicio de lo dispuesto en la condición referente a la convertibilidad de esta póliza.

## **20.- RENOVACION DEL CONTRATO**

La presente póliza es renovable a voluntad de los contratantes.

Si las partes, con una anticipación no menor de un mes a la fecha de vencimiento, no manifestaren lo contrario, el contrato se entenderá renovado automáticamente, en iguales condiciones, por un período igual al pactado.

## **21.- REVOCACION DEL CONTRATO**

La presente póliza y sus amparos adicionales podrán ser revocados por el Tomador en cualquier momento, mediante aviso escrito dado a la Compañía. Igual derecho tendrá el Asegurado en relación con su amparo individual, exceptuando el caso de Seguro de Grupo de Deudores. El importe de la prima devengada y de la devolución se calculará a prorrata.

Tratándose de los amparos adicionales, la Compañía podrá revocarlos mediante aviso escrito al Tomador enviado a su última dirección conocida, con no menos de quince (15) días de antelación contados a partir de la fecha del envío. En este caso, la Compañía devolverá la parte proporcional de la prima no devengada desde la fecha de revocación.

PARAGRAFO: El hecho de que la Compañía reciba suma alguna después de la fecha de revocación, no hará perder los efectos de dicha revocación. En consecuencia, cualquier pago posterior será reembolsado.

## **22.- NOTIFICACIONES**

Cualquier notificación que deban hacerse las partes para los efectos del presente contrato deberá consignarse por escrito, sin perjuicio de la estipulación de este contrato y lo previsto en el artículo 1075 del Código de Comercio, en relación con el aviso del siniestro. Será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección conocida de las partes, o mediante cualquier otro medio probatorio idóneo aceptado por la ley.

## **23.- CONDICIONES DE LEY**

En lo no previsto expresamente mediante los términos y condiciones del presente contrato, éste se regirá por las normas contenidas en el Título V, Libro Cuarto del Código de Comercio.

## **24.- DOMICILIO**

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, en especial de lo preceptuado en el ordinal 5 del artículo 23 del Código de Procedimiento Civil, para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad donde ha sido expedida la presente póliza y que está consignada en la carátula de la misma.

## AMPAROS ADICIONALES – OPCIONALES

Los términos y condiciones bajo los cuales se otorgan los amparos adicionales que a continuación se definen, están sujetos a las Condiciones Generales arriba estipuladas, salvo por lo expuesto en las Condiciones Particulares siguientes para cada uno de los amparos adicionales.

Los amparos adicionales se entenderán asegurados siempre y cuando así se hubiere acordado entre las partes y específicamente se haga constar en el Cuadro de Amparos de la póliza o mediante anexo a ella.

### 1.- INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE O DESMEMBRACION ACCIDENTAL

Se ampara la muerte o desmembración anatómica o las secuelas físicas y funcionales totales causadas por un accidente que tenga como consecuencia directa e independiente de otra causa, cualquiera de las pérdidas enumeradas en la tabla de indemnizaciones, manifestada dentro de los ciento ochenta (180) días calendario siguientes a su ocurrencia.

Para los efectos de éste amparo, por accidente se entiende el hecho exterior, imprevisto, contundente repentino e independiente de la voluntad del Asegurado, que por golpes físicos entre dos o mas cuerpos genere lesiones corporales visibles. . -

#### 1.1 TABLA DE INDEMNIZACIONES

Concepto de la Pérdida	Porcentaje de Indemnización
Pérdida de la Vida	100%
Pérdida de las dos manos	100%
Pérdida de los dos pies	100%
Pérdida de todos los dedos de ambas manos	100%
Pérdida de todos los dedos de ambos pies	100%
Pérdida total de la visión de ambos ojos	100%
Pérdida total de la audición por ambos oídos	100%
Pérdida irreversible del habla	100%
Parálisis total	100%
Demencia incurable	100%
Pérdida de la vista por un ojo	50%
Pérdida de la audición por un oído	50%
Pérdida de todos los dedos de una mano	50%
Pérdida de un brazo por encima del codo	55%
Pérdida de los dedos índice y pulgar	20%
Pérdida de todos los dedos de un pie	20%
Desfiguración facial total	15%

Por pérdida, conforme se emplea aquí, se entiende, la desmembración anatómica de los miembros registrados o la pérdida funcional total por ausencia de todos sus movimientos, o la pérdida de los órganos y/o las

funciones totales del habla, visión o audición, y la presencia de secuelas neuropsiquiátricas, cognitivas y/o funcionales permanentes posteriores a traumas craneoencefálicos, Con respecto de:

- a) Manos: la pérdida funcional total ó la amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radiocarpiana.
- b) Pies: la pérdida funcional total ó la amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana.
- c) Ojos: la pérdida total e irreparable de la visión.

En caso de presentarse varias pérdidas de la enumeradas en la tabla anterior, producidas en un mismo accidente, el valor total de la indemnización será fijado sumando los porcentajes correspondientes a cada pérdida sin exceder el 100% del valor asegurado contratado en este amparo, que constituye la responsabilidad máxima de la Compañía.

## 1.2 EXCLUSIONES

EL AMPARO DE INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE O DESMEMBRACION ACCIDENTAL NO CUBRE PÉRDIDA ALGUNA, INCLUYENDO LA DE LA VIDA, QUE SEA CONSECUENCIA DE:

- 1.2.1 GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, INVASION, ACTOS DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES DE GUERRA (HAYA SIDO DECLARADO O NO), SEDICION, REBELION, ASONADA, INSURRECCION AMOTINAMIENTO, MANIFESTACIONES PUBLICAS O CUALQUIER TRASTORNO DEL ORDEN PUBLICO.
- 1.2.2 EL SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DEL MISMO, BIEN SEA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE LOCURA.
- 1.2.3 EL USO DE ESTUPEFACIENTES, SUSTANCIAS ALUCINOGENAS, DROGAS TOXICAS O HEROICAS INGERIDAS VOLUNTARIAMENTE POR EL ASEGURADO, CUYA UTILIZACION NO HAYA SIDO ORDENADA POR PRESCRIPCION MEDICA O POR ENCONTRARSE EL ASEGURADO EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ.
- 1.2.4 LAS ENFERMEDADES FISICAS O PSIQUICAS, TRATAMIENTOS MEDICOS O QUIRURGICOS QUE NO TENGAN SU ORIGEN EN UN ACCIDENTE AMPARADO POR ESTA POLIZA, INFECCIONES BACTERIANAS (SALVO INFECCIONES PIOGENICAS QUE ACONTEZCAN COMO CONSECUENCIA DE UNA HERIDA ACCIDENTAL); NI LOS EFECTOS PSIQUICOS (EXCEPTO DEMENCIA INCURABLE) O ESTETICOS RESULTANTES DE CUALQUIER ACCIDENTE.

LA PRESENTE EXCLUSION NO SE EXTIENDE A LAS LESIONES RESULTANTES DE UN ACCIDENTE OCASIONADO POR DESVANECIMIENTOS, SONAMBULISMO, APOPLEGIA O LOCURA SUBITA DEL ASEGURADO, SALVO QUE EXISTIERE DIAGNOSTICO MEDICO ANTERIOR NO NOTIFICADO A LA COMPAÑÍA, DENTRO DE LOS TERMINOS ESTABLECIDOS PARA EL EFECTO.

- 1.2.5 LA PARTICIPACION DEL ASEGURADO EN PRUEBAS O COMPETENCIAS DE VELOCIDAD O HABILIDAD DE CUALQUIER CLASE INCLUYENDO EL USO DE VEHICULOS AUTOMOTORES, PLANEADORES, COMETAS Y DEPORTES SUBACUATICOS; ASI COMO, LA PARTICIPACION DEL ASEGURADO EN COMPETENCIAS DE RESISTENCIA, QUE REVISTAN EL CARACTER DE ENCUENTROS DEPORTIVOS PROFESIONALES.

- 1.2.6 REACCION O RADIACION NUCLEAR INDIFERENTEMENTE DE COMO SE HUBIERE ORIGINADO.
- 1.2.7 ACCIDENTES DE AVIACION CUANDO EL ASEGURADO VIAJE COMO PILOTO O MIEMBRO DE LA TRIPULACION DE CUALQUIER AERONAVE, O VIAJE EN AERONAVES NO AUTORIZADAS OFICIALMENTE PARA OPERAR EN FORMA COMERCIAL EN EL TRANSPORTE DE PASAJEROS.
- 1.2.8 MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE SIRVIENDO EN LABORES MILITARES EN LAS FUERZAS ARMADAS O DE POLICIA DE CUALQUIER PAIS O DE CUALQUIER AUTORIDAD INTERNACIONAL. EN CASO DE QUE EL ASEGURADO FUERE LLAMADO A PRESTAR SERVICIO MILITAR O SE INCORPORA A CUALQUIER CUERPO ARMADO, LA COMPAÑÍA LE DEVOLVERA LA PRIMA DE SEGURO CORRESPONDIENTE AL LAPSO DE DURACION DE DICHO SERVICIO, LIQUIDADADA A PRORRATA.
- 1.2.9 HOMICIDIO DOLOSO O INTENCIONAL Y LAS LESIONES O MUERTE CAUSADAS POR OTRA U OTRAS PERSONAS, SALVO QUE TALES LESIONES O MUERTE FUEREN CONSECUENCIA DE UN EVENTO FORTUITO O UN HECHO CULPOSO.
- 1.2.10 TERREMOTO, TEMBLOR, ERUPCION VOLCANICA, CICLON, HURACAN, TIFON, TORNADO, MAREMOTO, TSUNAMI O CUALQUIER OTRO TIPO DE CONVULSION DE LA NATURALEZA.

### **1.3 EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA**

Las edades mínimas de ingreso para el presente amparo son de doce (12) años para mujeres y de catorce (14) años para hombres y, máximas, en ambos casos, de sesenta y cinco (65) años mas 364 días. La edad máxima de permanencia en la póliza bajo esta cobertura adicional es de 70 años tanto para mujeres como para hombres. En este último caso, la cobertura individual terminará en el fecha de finalización de la vigencia del seguro, en la que el asegurado cumpla esa edad.

## **2.- INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE SEGURO, SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE LA SUFRIDA POR EL ASEGURADO MENOR DE 71 AÑOS DE EDAD QUE HAYA SIDO OCASIONADA O SE MANIFIESTE ESTANDO ASEGURADO BAJO EL PRESENTE AMPARO Y QUE PRODUZCA LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES INCURABLES QUE DE POR VIDA IMPIDAN A LA PERSONA DESEMPEÑAR SU OCUPACION HABITUAL U OTRA COMPATIBLE CON SU EDUCACION, FORMACION O EXPERIENCIA, POR TENER UNA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL MAYOR O IGUAL AL 50%.

SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SE CONSIDERARÁ COMO TAL, LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS; LA AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS O DE AMBOS PIES, O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE.

LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEBERA SER CALIFICADA POR LOS ENTES AUTORIZADOS POR EL GOBIERNO NACIONAL Y CON BASE EN EL MANUAL UNICO DE CALIFICACION VIGENTE, AL MOMENTO DE LA PRESENTACION DE LA RESPECTIVA RECLAMACION, SIN QUE SEA POSIBLE LA APLICACIÓN DE LOS MANUALES DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE LOS REGIMENES ESPECIALES O EXCEPTUADOS DE LA LEY 100 DE 1993.

SE CONSIDERA COMO FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO PARA EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, LA FECHA DE ESTRUCTURACION INDICADA POR EL ENTE CALIFICADOR, FECHA EN LA CUAL LA PÓLIZA DEBE ESTAR VIGENTE.

### **2.1 EXCLUSIONES**

EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE NO CUBRE AL ASEGURADO CUANDO DICHA INCAPACIDAD HAYA SIDO PROVOCADA POR EL MISMO.

CUALQUIER INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CUYA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN SE ENCUENTRE POR FUERA DE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

## **2.2 EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA**

Las edades mínimas de ingreso para el presente amparo son de doce (12) años para mujeres y de catorce (14) años para hombres y, máximas, en ambos casos, de sesenta y cinco (65) años. La edad máxima de permanencia en la póliza bajo ésta cobertura adicional es de 70 años tanto para mujeres como para hombres. En este caso, la cobertura individual terminará en el fecha de finalización de la vigencia del seguro, en la que el asegurado cumpla esa edad.

## **2.3 SUMA PRINCIPAL**

La suma que la Compañía pagará al Asegurado Incapacitado por concepto del presente amparo será el valor asegurado indicado en el Cuadro de la Póliza para el Amparo Básico de muerte y con dicho pago, se extinguirá la obligación a cargo de la Compañía por dicho amparo básico.

## **2.4 DEDUCCION**

La indemnización por incapacidad total y permanente no es acumulable al seguro de vida y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicha incapacidad, la Compañía quedará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere al Seguro de Vida del Asegurado incapacitado.

## **3. ENFERMEDADES GRAVES**

### **3.1. AMPAROS**

POR ESTE AMPARO LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL CAPITAL ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, EN CASO DE QUE A ALGUNO DE LOS ASEGURADOS DEL GRUPO ASEGURADO QUE CUMPLAN LOS REQUISITOS SEÑALADOS EN LOS NUMERALES SIGUIENTES, LE SEA DIAGNOSTICADA DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO, ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES GRAVES INDICADAS A CONTINUACIÓN, O, LE HAYAN SIDO PRACTICADAS ALGUNAS DE LAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS ADELANTE SEÑALADAS:

- CANCER
- EVENTO CEREBROVASCULAR
- INSUFICIENCIA RENAL
- INFARTO AL MIOCARDIO
- INTERVENCION QUIRURGICA POR ENFERMEDAD DE LAS ARTERIAS CORONARIAS
- TRANSPLANTE DE ORGANOS.
- ESCLEROSIS MULTIPLE
- GRAN QUEMADO

### **3.2. LIMITE DEL BENEFICIO**

EL BENEFICIO OTORGADO POR ESTA CONDICIÓN PUEDE APLICARSE SOLAMENTE PARA LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS O LAS ENFERMEDADES GRAVES MENCIONADAS EN EL NUMERAL ANTERIOR Y DEFINIDAS ADELANTE, CUANDO ESTAS SE HAYAN MANIFESTADO Y DIAGNOSTICADO POR PRIMERA VEZ HABIENDO TRANSCURRIDO POR LO MENOS NOVENTA (90) DÍAS DESDE LA

FECHA DE INICIACION DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO. EL DIAGNOSTICO DEBE SER ESTUDIADO Y CONFIRMADO POR EVIDENCIAS ACEPTABLES CLINICAS, RADIOLOGICAS, HISTOLOGICAS Y DE LABORATORIO POR UN MÉDICO RECONOCIDO. NINGUN BENEFICIO ES PAGADERO SI LA ENFERMEDAD EN CUESTIÓN HA SIDO DIAGNOSTICADA O SI SE HA RECIBIDO TRATAMIENTO POR DICHA ENFERMEDAD ANTES DE LA FECHA DE INICIACION DEL PRESENTE SEGURO. ASI MISMO, EN LOS CASOS EN QUE YA HUBIERA EXISTIDO INDEMNIZACION PREVIA A TRAVÉS DE ESTA COBERTURA.

### **3.3. EXCLUSIONES**

NO SE PAGARÁ NINGUN BENEFICIO BAJO ESTE AMPARO, SI EL ASEGURADO PADECE Y SE LE DIAGNOSTICA UNA DE LAS ENFERMEDADES SEÑALADAS, COMO CONSECUENCIA DE O EN CONEXION CON O ES CAUSADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR:

- 3.3.1. CUALQUIER ENFERMEDAD GRAVE DIAGNOSTICADA AL ASEGURADO DENTRO DE LOS PRIMEROS TRES MESES DE SU INGRESO A LA PÓLIZA O DE VIGENCIA DEL SEGURO, SEGÚN SEA EL CASO, DE PRESENTARSE ESTE EVENTO, LA COMPAÑÍA DEVOLVERÁ AL ASEGURADO EL VALOR RECIBIDO POR CONCEPTO DE PRIMA Y QUEDARA LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD EN LO QUE SE REFIERE A ESTE AMPARO.
- 3.3.2. INTENTO DE SUICIDIO O LESIONES AUTOCAUSADAS A LA VIDA DEL ASEGURADO.
- 3.3.3. ADICCIÓN A LAS DROGAS O AL ALCOHOL.
- 3.3.4. EL CÁNCER DE SENO O MATRIZ NO INVASIVO.
- 3.3.5. TUMOR O LESION PREMALIGNA HISTOLÓGICAMENTE COMPROBADA. TUMOR NO INVASIVO O CLASIFICADO COMO CÁNCER IN SITU.
- 3.3.6. CUALQUIER CÁNCER DE PIEL CON EXCEPCIÓN DEL MELANOMA MALIGNO INVASIVO.
- 3.3.7. TUMORES DE LA PIEL, SALVO QUE SE TRATE DE MELANOMAS MALIGNOS.
- 3.3.8. ENFERMEDADES EN LA PRESENCIA DE UNA INFECCIÓN HIV.
- 3.3.9. LINFOMAS EN ETAPA o ESTADIO 1
- 3.3.10. EL TRATAMIENTO LASER, OPERACIONES DE VALVULA, OPERACIÓN POR TUMORACION INTRACARDIACA O ALTERACIÓN CONGÉNITA.
- 3.3.11. ENFERMEDADES O ACCIDENTES CON CARÁCTER REVERSIBLE.
- 3.3.12. CUANDO EL ASEGURADO PADEZCA O HAYA PADECIDO LA ENFERMEDAD ANTES DE INICIARSE ESTE AMPARO.

### **3.4. DEFINICIONES**

Para todos los efectos previstos en el amparo de enfermedades graves se entiende por:

- 3.4.1. CANCER: TUMOR CLASIFICADO HISTOLÓGICAMENTE COMO MALIGNO, CARACTERIZADO POR CÉLULAS MALIGNAS DE CRECIMIENTO INCONTROLADO DE ALTA PROPAGACIÓN E INVASIÓN HACIA OTROS TEJIDOS NORMALES.

EL TÉRMINO CÁNCER INCLUYE LEUCEMIA Y LINFOMAS Y SU COMPROBACIÓN DEBE HACERSE POR ANATOMÍA PATOLÓGICA Y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DEMOSTRATIVOS.

- 3.4.2 EVENTO CEREBROVASCULAR: ES EL INCIDENTE CEREBROVASCULAR GENERADOR DE SECUELAS NEUROLÓGICAS DURANTE MÁS DE VEINTICUATRO (24) HORAS Y PERSISTENTES POR 3 MESES, POR INFARTO EN LOS TEJIDOS CEREBRALES, DERIVADOS DE OBSTRUCCIÓN POR TROMBOS, HEMORRAGIAS O EMBOLOS, MANIFESTADO POR TRASTORNO EN LAS FUNCIONES SENSORIALES Y MOTRICES (PARÁLISIS, PROBLEMAS DEL HABLA, ENTRE OTROS). ESTA ENFERMEDAD PODRÁ SER COMPENSADA DESPUÉS DE UN PERÍODO DE ESPERA DE AL MENOS TRES (3) MESES, CONTADOS DESDE LA FECHA DE APARICIÓN DEL DAÑO NEUROLÓGICO.
- 3.4.3 INSUFICIENCIA RENAL: ES LA FALLA RENAL EN ETAPA TERMINAL, CRÓNICA E IRREVERSIBLE CON COMPROMISO DE AMBOS RIÑONES QUE REQUIERE DE DIÁLISIS RENAL REGULAR O TRASPLANTE DE RIÑÓN. LA NECESIDAD DE DIÁLISIS REGULAR, DEBERÁ ESTAR CERTIFICADA POR UN INFORME NEFROLÓGICO.
- 3.4.4 INFARTO AL MIOCARDIO: SE CONSIDERA COMO TAL, EL EVENTO ISQUÉMICO RESULTANTE EN MUERTE IRREVERSIBLE DE UNA PORCIÓN DEL MÚSCULO DEL CORAZÓN COMO CONSECUENCIA DE UN INADECUADO SUMINISTRO DE SANGRE.

EL DIAGNÓSTICO PARA ESTO ESTARÁ BASADO SOBRE LA PRESENCIA DE LO SIGUIENTE:

- UNA HISTORIA DE TÍPICO DOLOR DE PECHO.
  - ECG CAMBIOS INDICATIVOS DE INFARTO DEL MIOCARDIO, CAMBIOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS DE NOVO, INDICATIVOS DEL INFARTO DEL MIOCARDIO.
  - ELEVACIÓN INADECUADA DE ENZIMAS O PROTEINAS CARDÍACAS TALES COMO TROPONINAS CK(MB), CPK, LDH.
  - APARICIÓN DE ALTERACIONES CINÉTICAS PARIETALES DETECTADAS POR ECOCARDIOGRAFÍAS.
  - PRESENCIA DE OBSTRUCCIÓN EN LOS RESULTADOS DE CATETERISMOS CARDIACOS.
- 3.4.5 INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR ENFERMEDAD DE LAS ARTERIAS CORONARIAS: ES LA CIRUGÍA DE CORAZÓN ABIERTO PARA CORREGIR LA ESTRECHEZ O BLOQUEO DE UNA O MAS ARTERIAS CORONARIAS CON INJERTOS DE ARTERIAS O VENAS POR EL SISTEMA DE BY-PASS (CABG). SE EXCLUYE LA ANGIOPLASTIA, COLOCACIÓN DE STENT, REFUERZOS LÁSER Y/O CUALQUIER OTRO PROCEDIMIENTO INTRA-ARTERIAL. LA INDICACIÓN DE LA CIRUGÍA DEBE SER DEMOSTRADA POR UNA ANGIOGRAFÍA CORONARIA.
- 3.4.6 TRANSPLANTE DE ORGANOS MAYORES: ES EL IMPLANTE DE UN ORGANO TRASLADADO DE UN SER HUMANO A OTRO HUMANO CON EL FIN DE RESTAURAR UNA FUNCION ORGANICA, GRAVE E IRREVERSIBLEMENTE DETERIORADA. INCLUYE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES ORGANOS: CORAZON, HIGADO, RIÑON, PANCREAS, PULMON, MEDULA OSEA. EL TRANSPLANTE DE TODOS LOS OTROS ORGANOS, PARTES DE ORGANOS O CUALQUIER OTRO TRANSPLANTE DE TEJIDOS, ESTA EXCLUIDO. SE INDEMNIZARA AL ASEGURADO DESDE SU INCLUSION EN UNA LISTA DE ESPERA.
- 3.4.7 ESCLEROSIS MULTIPLE: PADECIMIENTO QUE AFECTA EL SISTEMA NERVIOSO, CARACTERIZADO POR ANOMALÍAS NEUROLÓGICAS PROGRESIVAS E IRREVERSIBLES, QUE LLEVAN A UN ESTADO RELATIVO DE INCAPACIDAD SEVERA, CON DISMINUCIÓN DE LA VISIÓN, INCOORDINACIÓN, DEBILIDAD E INCONTINENCIA URINARIA, CARACTERIZADO POR LA APARICIÓN DE PLACAS DISEMINADAS DE DESMIELINIZACIÓN EN EL CEREBRO Y MEDULA ESPINAL, GENERALMENTE MANIFESTADO CON REMISIONES Y EXACERBACIONES DE LA ENFERMEDAD. PARA SU CUBRIMIENTO DEBE PRESENTARSE LA EVIDENCIA DE LAS PLACAS DE DESMIELINIZACIÓN POR RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR, Y EL RETRASO DE LOS POTENCIALES EVOCADOS SOMETIDOS A LA ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA.

PARA PROBAR EL DIAGNOSTICO, EL ASEGURADO DEBE EXHIBIR ANOMALIAS NEUROLÓGICAS QUE HAYAN EXISTIDO POR UN PERIODO CONTINUO DE POR LO MENOS SEIS (6) MESES O DEBE HABER TENIDO AL MENOS DOS EPISODIOS CLINICAMENTE DOCUMENTADOS CON UN INTERVALO DE UN MES ENTRE ELLOS Y CON AFECTACIÓN EN DIFERENTES AREAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

3.4.8 GRAN QUEMADO: SON LAS LESIONES PRODUCIDAS POR FUENTES DE CALOR PRODUCTORAS DE MUERTE CELULAR, QUE DE ACUERDO CON SU PROFUNDIDAD Y EXTENSIÓN PARA LA INDEMNIZACIÓN DE ESTE SEGURO, DEBEN CORRESPONDER A QUEMADURAS DE II y III GRADO DE PROFUNDIDAD Y DE EXTENSIÓN IGUAL O SUPERIOR AL 18% DE LA SUPERFICIE CORPORAL.

### **3.5 SUMA ASEGURADA**

LA SUMA QUE LA COMPAÑÍA PAGARÁ Y RECONOCERÁ POR CONCEPTO DEL AMPARO ADICIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES EN EL MOMENTO DE PRESENTARSE, SERA LA SUMA INDICADA EN LA CARATULA DE LA POLIZA. UNA VEZ RECONOCIDA ESTA SUMA, TERMINA EL AMPARO PARA EL ASEGURADO, SIN IMPORTAR LAS RENOVACIONES SUBSIGUIENTES DE LA POLIZA.

### **3.6 AJUSTES Y DEDUCCIONES DE LA POLIZA**

LA INDEMNIZACION POR ENFERMEDAD GRAVE NO ES ACUMULABLE AL SEGURO DE VIDA Y POR LO TANTO, UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACION POR EL PRESENTE AMPARO, DICHA SUMA SERA DEDUCIDA DEL VALOR ASEGURADO CORRESPONDIENTE AL SEGURO DE VIDA BASICO. ASI MISMO, LA PRIMA PARA EL SEGURO SE DISMINUIRA EN LA MISMA PROPORCION QUE HAYA ENTRE EL MONTO PAGADO POR CONCEPTO DEL AMPARO DE ENFERMEDAD GRAVE Y EL VALOR ASEGURADO EN EL SEGURO PRINCIPAL.

EN EL EVENTO QUE EL ASEGURADO NO PUEDA EFECTUAR EL COBRO EN RAZON DE SU ESTADO DE SALUD, EL PAGO SE HARA A LOS BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA.

PARAGRAFO: SI LA COMPAÑÍA HA EFECTUADO ALGUN PAGO POR EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, DICHO PAGO SERA DEDUCIDO DEL QUE PUEDA CORRESPONDER POR EL PRESENTE AMPARO.

## **4. AUXILIO DE EXEQUIAS**

POR EL PRESENTE AMPARO, CUANDO SE PRESENTE LA MUERTE DE UN ASEGURADO AMPARADO POR LA PRESENTE POLIZA Y LA COMPAÑÍA TENGA LA OBLIGACION DE INDEMNIZAR CONFORME A LA COBERTURA BASICA DE ESTE SEGURO, SE RECONOCERA Y PAGARA A LOS BENEFICIARIOS DE LA PERSONA FALLECIDA EL VALOR INDICADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA PARA ESTE AMPARO POR CONCEPTO DE AUXILIO DE EXEQUIAS.

## **5. RENTA MENSUAL PARA GASTOS DEL HOGAR**

LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ, COMO BENEFICIO ADICIONAL, EN CASO DE MUERTE O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO, LA SUMA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA PARA ESTE AMPARO, DESTINADA A CUBRIR LOS GASTOS DEL HOGAR POR EL NUMERO DE MESES INDICADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA.

## **6. RENTAS HOSPITALARIAS**

### **6.1. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD**

SI COMO CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD ORIGINADA DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, O DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR LA MISMA, EL ASEGURADO MENOR DE 60 AÑOS, RESULTARE INTERNADO DE MODO NECESARIO Y CONTINUO EN UN CENTRO HOSPITALARIO POR MAS DE VEINTICUATRO (24) HORAS, PARA RECIBIR TRATAMIENTO MEDICO HOSPITALARIO O QUIRÚRGICO, BAJO EL CUIDADO Y SUPERVISIÓN DE UN MEDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EL DESEMPEÑO DE SU PROFESIÓN, LA COMPAÑÍA PAGARÁ UNA RENTA DIARIA POR LA SUMA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, POR CADA DÍA QUE PERMANEZCA HOSPITALIZADO, PERO SIN EXCEDER, EN NINGÚN CASO, DE TREINTA (30) DÍAS CONTINUOS O DISCONTINUOS, COMO RESULTADO DE UNO O MAS ACCIDENTES PRESENTADOS DENTRO DE LA VIGENCIA ANUAL DE LA PÓLIZA.

EL DEDUCIBLE POR ENFERMEDAD SERÁ EL INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.

LA COBERTURA OTORGADA POR ESTE AMPARO ADICIONAL CUBRE A LOS MIEMBROS PRINCIPALES DEL GRUPO FAMILIAR ASEGURADO, A SUS HIJOS ASEGURADOS MENORES DE 25 AÑOS Y A SUS PROGENITORES MENORES DE 60 AÑOS, ASEGURADOS HASTA EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN EL CUADRO PARA ESTE AMPARO ADICIONAL.

## **6.2. AMPARO DE COBERTURA PARA HOSPITALIZACION EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

ESTE ES UN AMPARO COMPLEMENTARIO AL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD, BAJO EL CUAL LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ HASTA POR UN PERIODO DE DIEZ (10) DÍAS SI COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD CUBIERTO POR LA PÓLIZA Y POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA DEBE EL ASEGURADO RECLUIRSE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI). EL VALOR ASEGURADO CORRESPONDE A DOS VECES EL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

## **6.3. AMPARO DE RENTA DIARIA POST-HOSPITALARIA.**

ESTE ES UN AMPARO COMPLEMENTARIO AL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD BAJO EL CUAL LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ HASTA POR UN PERIODO EN NÚMERO DE DÍAS IGUAL AL DE SU HOSPITALIZACIÓN SIN QUE SOBREPASE DE DIEZ (10) DÍAS, SI COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD CUBIERTO POR LA PÓLIZA Y POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA, DEBE EL ASEGURADO RECLUIRSE EN SU DOMICILIO O CASA DE HABITACIÓN MIENTRAS DURE EL PERIODO DE INCAPACIDAD PARCIAL TOTAL. EL VALOR ASEGURADO CORRESPONDE AL 50% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

## **6.4. EDADES**

La edad máxima de ingreso para el presente amparo es de sesenta (60) años. La edad máxima de permanencia en la póliza bajo ésta cobertura adicional es de 65 años. En este último caso, la cobertura individual terminará en el fecha de finalización de la vigencia del seguro, en la que el asegurado cumpla esa edad.

## **6.5. EXCLUSIONES**

NO SE RECONOCERA SUMA ALGUNA POR CONCEPTO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN, CUANDO EL ACCIDENTE SUFRIDO POR EL ASEGURADO PROVENGA O TENGA RELACION CON UN EVENTO DE LOS SEÑALADOS EN LA CONDICIÓN DE EXCLUSIONES 1.2. DEL AMPARO DE INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL DE LA PÓLIZA O POR ENFERMEDAD QUE PROVENGA O

SEA CONSECUENCIA DE:

- 6.5.1 HOSPITALIZACIÓN O TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS COMO CONSECUENCIA DE ACTOS DE GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, SEDICIÓN, ASONADA, MOTINES, HUELGAS, TERRORISMO, ACTOS DE MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS O, EN GENERAL, ACTOS VIOLENTOS MOTIVADOS POR CONMOCIONES POPULARES DE CUALQUIER CLASE, FENÓMENOS CATASTRÓFICOS POR CAUSAS NATURALES Y LAS LESIONES INMEDIATAS O TARDÍAS CAUSADAS POR FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR
- 6.5.2 ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS EXISTENTES ANTES DE LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO.
- 6.5.3 LA ESCLEROTERAPIA, DEFECTOS DE REFRACCIÓN VISUAL, QUERATOCONO, TRANSPLANTE DE CORNEA, ESTRABISMO DE ORIGEN CONGÉNITO.
- 6.5.4 CIRUGÍA ESTÉTICA, CIRUGÍA PLÁSTICA Y CIRUGÍA O TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO, A MENOS QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA.
- 6.5.5 ENFERMEDADES PERIODENTALES Y SUS COMPLICACIONES, ALTERACIONES DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, TRASTORNOS DE LA MORDIDA, DEL DESARROLLO MANDIBULAR O MAXILAR, CUALQUIERA QUE SEA SU ORIGEN.
- 6.5.6 MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SUS CONSECUENCIAS, ASÍ COMO EL DIAGNOSTICO O TRATAMIENTO, GENERAL O POR LAPAROSCOPIA, PARA FERTILIZACIÓN Y ESTERILIDAD, INSEMINACIÓN ARTIFICIAL, DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y/O FRIGIDEZ, FECUNDACIÓN IN VITRO, PRUEBAS GENÉTICAS Y TRATAMIENTOS ORIENTADOS AL FETO EN GENERAL O EL ABORTO PROVOCADO.
- 6.5.7 TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS POR ENFERMEDADES O TRASTORNOS MENTALES, CURAS DE DESCANSO O DE REPOSO, ADICCIÓN A LAS DROGAS O ALCOHOL, LESIONES AUTOCAUSADAS, INTENTO DE SUICIDIO, LESIONES DEBIDAS A LOCURA, ESTADOS DE DEMENCIA, POLISOMNOGRAMAS Y PLASTIAS POR ENFERMEDADES DEL SUEÑO, ASÍ COMO, LAS LESIONES O ENFERMEDADES DEBIDAS A LA INGESTIÓN DE DROGAS SOMNÍFERAS, BARBITÚRICOS, ALUCINÓGENAS O POR ESTADO DE EMBRIAGUEZ.
- 6.5.8 EL ESTUDIO O USO, ASI COMO SUS CONSECUENCIAS, DE MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS MEDICO-QUIRÚRGICOS PARA EL CRECIMIENTO, ENVEJECIMIENTO, OBESIDAD, ADELGAZAMIENTO O EL CONTROL DE PESO, PERDIDA DE LA MEMORIA, PTOSIS PARPEBRAL, BLEFAROCHALASIS, ARRUGAS Y CALVICIE Y, PROCEDIMIENTOS DE USO COSMÉTICO EN GENERAL, TALES COMO: MESOTERAPIA, HIDROTERAPIA, CELULOTERAPIA, CÁMARA HIPERBARICA, ENTRE OTROS.
- 6.5.9 LOS RECONOCIMIENTOS MÉDICOS O EXÁMENES DE CHEQUEO GENERAL O DE RUTINA, DE TAMIZAJE O PREVENTIVOS.
- 6.5.10 LESIONES SUFRIDAS POR LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS O EN LA REALIZACIÓN DE HECHOS PUNIBLES, DELITOS O CONTRAVENCIONES PREVISTOS EN LA LEY.
- 6.5.11 LOS ACCIDENTES EN EL EJERCICIO DE PROFESIONES DEPORTIVAS, ASÍ COMO LOS QUE RESULTEN DE LA PARTICIPACIÓN EN PRACTICA DE BOXEO, COMETISMO, ALPINISMO, PARACAIDISMO, PARAPENTISMO, JUMPING Y EN GENERAL DEPORTES DE ALTO RIESGO.
- 6.5.12 CIRUGÍAS PARA DONACIÓN DE ÓRGANOS.
- 6.5.13 CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE ENFERMEDAD O CONDICIÓN FIBROQUISTICA MAMARIA, MAMOPLASTIAS. CIRUGÍA DE SENO POR CAUSA ESTÉTICA. BLEFAROPLASTIAS, ENTROPIÓN Y ECTROPIÓN SIN RELACIÓN A ACCIDENTES Y LA RESECCIÓN DE NEVUS BENIGNOS SIN RIESGO DE MALIGNIZACIÓN O SIN CAMBIOS COMPORTAMENTALES.
- 6.5.14 LA HOSPITALIZACIÓN POR ATENCIÓN DE EMBARAZO O PARTO.