

DIAGNÓSTICO: Es toda identificación de una enfermedad, fundándose en los síntomas manifestados por el enfermo y confirmados por evidencias clínicas y patológicas.

LESION: Es la alteración, daño o desperfecto anatómico de cualquier parte u órgano del cuerpo humano, originado por la acción de un objeto contundente, de corte, de fuego, así como la acción patológica infecciosa o no, o por cualquier tipo de accidente que no dependa de la voluntad del asegurado.

CENTRO MÉDICO O DE CIRUGÍA AMBULATORIA: Es una institución que tiene médicos, enfermeras y anestelistas debidamente licenciados; por lo menos dos salas de cirugía y una sala de recuperación, laboratorios de diagnóstico y salas de radiografía, que le permiten prestar asistencia de emergencias y se encuentran registradas y autorizadas de acuerdo a la legislación del País. No serán considerados como centros médicos o de cirugía ambulatoria, para efectos de cobertura del presente amparo, las instituciones médicas para tratamiento de enfermedades psiquiátricas; los lugares de reposo, convalecencia o descanso para ancianos, drogadictos o alcohólicos; los centros de cuidado informal; los lugares donde se proporcionan tratamientos naturalistas o de estética. Se considerará centro de cirugía ambulatoria aquellos procedimientos especializados tales como: cirugía refractiva, fotocoagulación de retina, procedimientos otorinolaringológicos, otológicos, ortopédicos, endoscópicos, procedimientos terapéuticos con ultrasonido o similares.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: Es una intervención de cirugía la cual se realiza en la sala quirúrgica de un centro médico o centro de cirugía que cumple con los requisitos mínimos legales exigidos para tal fin, bajo el cuidado y supervisión de un médico que debe poseer licencia permanente y válida para practicar la medicina en Colombia. Generalmente se practica como un proceso instrumental con ayudas como bisturí, pinzas, etc. Realizada en un recinto especialmente dotado de equipos que soporten la vida (respirador, máquina de anestesia, pulsoxímetro o similares, equipos de reanimación) y con medidas especiales de asepsia y antisepsia y cuyo procedimiento implique la remoción de tejidos o de algún órgano y que generalmente se realiza bajo la anestesia general o regional, esta última realizada por un especialista en anestesiología.

SALA DE CIRUGÍA: Es el recinto especialmente dotado de equipos que soporten la vida (respirador, máquina de anestesia, pulsoxímetro o similares, equipos de reanimación, etc) y con medidas especiales de asepsia y antisepsia generalmente ubicada en un centro médico o centro de cirugía que cumple con los requisitos mínimos legales exigidos para tal fin, por las autoridades respectivas.

PROCEDIMIENTO MENOR: Es todo procedimiento, quirúrgico o no, que se realice con anestesia local.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Es aquella enfermedad que ha sido diagnosticada o tratada o una lesión sufrida por El Asegurado en los doce (12) meses anteriores a la fecha de inicio del presente amparo cobertura de la presente póliza de seguro. Esta condición desaparece cuando se trata de una enfermedad o lesión en virtud de la cual, El Asegurado ha estado cubierto por esta póliza por un período de doce (12) meses consecutivos.

MÉDICO: Es la persona natural que, cumpliendo los requisitos legales, está autorizada para el ejercicio de la profesión en el área clínica, quirúrgica o de apoyo diagnóstico o asistencial.

LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, SE APLICARÁN AL PRESENTE AMPARO, LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDÉ EL PRESENTE AMPARO ASÍ MISMO SE REGIRÁN POR LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

17062002-1305-A-29-FORMA-CVG000


FIRMA AUTORIZADA

ACE Seguros S.A.
Nº 860.026.518.6

17062002-1305-A-29-FORMA-CVG000



ace seguros

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

CONDICIONES GENERALES

OBJETO DEL SEGURO :

ACE Seguros S.A. quien en adelante se denominará «LA COMPAÑÍA» con sujeción a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por El Tomador, en las declaraciones presentadas por los Asegurados (donde incluyeron las informaciones suministradas a través del cuestionario que incluye el cuestionario como: correo, fax, teléfono, autorización de documentos de nómina, guía de servicios) que forman parte integrante de esta póliza, así como en las condiciones generales y particulares, indemnizará el valor asegurado contratado, una vez se acredite la ocurrencia del siniestro.

CONDICION PRIMERA - AMPARO BASICO - VIDA

ACE Seguros S.A. indemnizará el valor asegurado contratado, a los Beneficiarios designados, una vez se acredite la muerte del Asegurado. Para los efectos del presente amparo básico, esta póliza indemnizará la muerte presentada por desaparición del Asegurado cuando ella sea declarada judicialmente de acuerdo a la Ley Colombiana.

CONDICION SEGUNDA - EXCLUSIONES

PARÁGRAFO: Durante los doce (12) primeros meses de vigencia del Asegurado a la póliza, esta no ampara el suicidio, en consecuencia no quedará obligada al pago de ninguna indemnización por este evento. Transcurrido este plazo, el suicidio de los Asegurados se encuentra amparado bajo la presente póliza.

Si el suicidio ocurre encontrándose El Asegurado amparado bajo un seguro conjunto de vida, LA COMPAÑÍA reembolsará la diferencia entre la prima conjunta y la prima individual al Beneficiario nombrado por El Asegurado fallecido, y continuará brindando cobertura al Asegurado sobreviviente.

Cualquier acto de terrorismo nuclear, químico o biológico de acuerdo con lo definido en la póliza.

CONDICION TERCERA - AMPAROS ADICIONALES

Para los efectos del presente seguro y con sujeción a las condiciones contractuales, El Asegurado podrá incluir los amparos especiales o adicionales, previo pago de la prima correspondiente y que haya sido indicado en el cuadro de declaraciones o en la solicitud certificante de seguro.

CONDICION CUARTA - TOMADOR

Es la persona jurídica a cuyo nombre se expide la presente póliza, para asegurar un determinado número de personas naturales que conformen el grupo asegurable, siendo responsable de todas las obligaciones que como tal lo incumban, conforme a la ley y en especial, al pago de la prima.

EXCLUSIONES

El presente seguro no cubre el siniestro determinado por cualquiera de los siguientes eventos:

1. Por guerra, revolución o acto de violencia extranjera, hostilidades u operaciones de guerra, hazañas marítimas o no declaradas, guerra civil, sedición, rebelión, asonada, motín, huelga, movimientos subversivos o en general cualquier clase de conmoción civil.
2. Suicidio, tentativa de suicidio, lesiones auto infligidas, bien que El Asegurado se encuentre en uso de sus facultades mentales o en estado de demencia o la provocada por el mismo Asegurado.
3. Dedicarse a practicar o tomar parte en entrenamientos propios de deportes considerados como de alto riesgo, tales como buceo, alpinismo o montañismo, escalada en hilo donde se haga uso de sogas o guías, espeleología, paracaidismo, planeadores, motociclismo, deportes de invierno, carreras que no sean a pie o que se dedique profesionalmente a cualquier deporte.
4. La causada en accidente de aviación, cuando El Asegurado viaje como piloto o miembro de la tripulación de cualquier aeronave, salvo que vuele como pasajero en una línea comercial legalmente establecida y autorizada para transporte regular de pasajeros, pagando boleto.
5. Por encontrarse El Asegurado bajo influencia de bebidas embriagantes, drogas tóxicas, estupefacientes o ingestión de estupefacientes.
6. Enfermedades físicas, mentales, o cualquier dolencia originada en algunas enfermedades, anomalías o malformación congénita y/o tratamientos por desequilibrios anímicos o crisis de reposo o del sueño, vórices con fases estomacales, tratamientos para la infertilidad.
7. Cuando El Asegurado se encuentre en servicio activo y en ejercicio de sus funciones como militar, policía miembro de organismo de seguridad, de inteligencia, guardespaldas o vigilante de cualquier País o autoridad.
8. La originada como consecuencia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida S.I.D.A. o las enfermedades relacionadas con el virus V.I.H.
9. La originada por hospitalización por chequeos de control o complicaciones del embarazo y complicaciones de parto.
10. Condiciones médicas preexistentes, ya sea que se trate de una enfermedad que haya sido diagnosticada o tratada o una lesión sufrida por El Asegurado en los doce (12) meses anteriores a la fecha de inicio de cobertura de la presente póliza de seguro. Esta condición desaparece cuando se trata de una enfermedad o lesión en virtud de la cual, El Asegurado ha estado cubierto por esta póliza por un período de doce (12) meses consecutivos.
11. Ningún evento originado en exámenes de diagnóstico y consultas médicas, tratamientos de belleza, o cirugías con fines estéticos o de embellecimiento.
12. Chequeos médicos de rutina u otros exámenes previos a los cuales no exista indicaciones de trastornos de salud.
13. Cirugías efectuadas en un establecimiento que no llena los requisitos descritos en las condiciones de esta póliza o que El Asegurado no se encuentre bajo la atención y cuidado de un médico autorizado para el ejercicio de su profesión, en Colombia.
14. La lesión o muerte causada en cualquier acto de terrorismo nuclear, químico o biológico de acuerdo con lo definido en la póliza.
15. Por participar El Asegurado en actos ilícitos o contrarios a las leyes colombianas.

Consecutiva a la emisión de la póliza respectiva produce automáticamente la terminación del contrato de seguro cuando el asegurado fallea. Igual regla se aplicará en caso de extinción de la cobertura de seguro a la extinción del contrato respectivo, ya sea por el pago de la prima mensual correspondiente o por el pago de la prima anual respectiva.

El pago de la prima deberá efectuarse dentro del plazo de treinta (30) días de anterior a los pagos de la prima de manera que la vigencia de la póliza o de los certificados o pólizas que se emitan con posterioridad en esta cobertura de seguro, no se interrumpa en la sucesión respectiva a los pagos de la prima de pago adelantado por LA COMPAÑIA, según sea la suma mensual de la prima respectiva.

El pago de la primera cuota o prima es condición indispensable para que inicie la vigencia del seguro. Por consiguiente si ocurre algún siniestro dentro de los primeros 30 días de inicio de vigencia de la póliza, 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 totalidad respectiva.

Si el pago de la prima se efectúa de manera fraccionada, con cargo a la nómina, será condición indispensable para la iniciación de la vigencia del seguro, el pago de la primera cuota. Si las cuotas de pago de prima posteriores a la primera, no fueren pagadas oportunamente en los plazos establecidos, se producirá la terminación automática del contrato de seguro.

CONDICION DECIMA PRIMERA - INDEMNIZACION

El Asegurado o Beneficiario deberán dar noticia a LA COMPAÑIA de la ocurrencia de un siniestro susceptible de abarcar la presente póliza, a más tardar dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en el que haya ocurrido o debido conocer su ocurrencia y aquella suministrará al Asegurado, en tal momento, la información correspondiente a la documentación necesaria para la formalización de la reclamación.

El Beneficiario o Asegurado, según el caso, deberá remitir, junto con el certificado individual del seguro, los documentos necesarios para acreditar la ocurrencia del siniestro.

El pago de la indemnización se hará a los Beneficiarios designados en caso de muerte, dentro del mes siguiente a aquel en que se acredite la ocurrencia del siniestro.

Cualquier recibo de desistimiento que los beneficiarios o sus representantes personales, otorgue a LA COMPAÑIA por cualquier beneficio pagado por esta póliza, será considerado como una exoneración final y completa de toda responsabilidad de LA COMPAÑIA con respecto a dicho beneficio.

El Asegurado, los Beneficiarios, los herederos legales o sus representantes personales, según el caso, quedarán privados de todo derecho procedente de la presente póliza, en caso de que la reclamación presentada a LA COMPAÑIA sea de cualquier manera fraudulenta o, si en apoyo de ello se hicieran o utilizaren declaraciones falsas o documentos engañosos o dolo o cualquier otro medio para sustentarla.

CONDICION DECIMA SEGUNDA - DECLARACION INEXACTA O RETICENTE

El Tomador o El Asegurado, según el caso, deberá declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo, o cualesquiera otros cuestionamientos que hayan servido de base para el otorgamiento del presente seguro. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por LA COMPAÑIA, la hubiesen retratado de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producirán la nulidad relativa del contrato de seguro.

Sin embargo, si la inexactitud o la reticencia son imputables a error inculparable del Tomador, el contrato no será nulo, pero LA COMPAÑIA estará únicamente en caso de siniestro obligado 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 de riesgo, excepto los previstos en el artículo 1160 del Código del Comercio.

Si la reticencia o inexactitud proviene del Asegurado, se aplicarán las mismas sanciones respecto de su seguro individual. Si la declaración se hace sin sujeción a un cuestionario no determinante, la inexactitud o reticencia producirán igual efecto si El Tomador o El Asegurado ha encontrado por su culpa hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado de riesgo.

CONDICION DECIMA TERCERA - IRREDUCTIBILIDAD-INCONTESTABILIDAD

Transcurridos dos (2) años en vida del Asegurado, desde la fecha de iniciación de la respectiva cobertura individualmente considerada, el valor del seguro de vida no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad.

CONDICION QUINTA - GRUPO ASEGURADO Y GRUPO ASEGURABLE

Se entiende por grupo asegurado, el conformado por las personas que tienen el carácter de asegurables y que se encuentran amparados por la presente póliza.

Para efectos del presente contrato son asegurables las personas naturales vinculadas en virtud de una situación legal o reglamentaria con una persona jurídica, asociación, sociedad u organización con las cuales tenga relación estable de la misma naturaleza y cuyo vínculo no tenga como relación exclusiva el propósito de contratar el presente contrato de seguro.

CONDICION SEXTA - REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Todo miembro del grupo asegurable podrá obtener los amparos a los que se refiere esta póliza, siempre y cuando cumpla con los siguientes requisitos:

- Ser mayor de 18 años de edad.
- En el caso de los hijos dependientes ser mayor de 6 meses y no mayor de 25 años de edad.
- En el caso del asegurado principal y su cónyuge y/o sus padres ser mayor de 65 años a la fecha de ingreso a la póliza.
- Ser menor de 65 años de edad a la fecha de ingreso a la póliza.
- No tener más de 69 años 11 meses para poder permanecer en la póliza.
- Los requisitos que de manera individual se exigen para los amparos adicionales.
- Ser miembro del grupo participante.
- Diligenciar y firmar el formulario de asegurabilidad.

CONDICION SEPTIMA - VALOR Y AJUSTE DE PRIMAS

El valor de la prima para cada persona asegurada será el señalado en el formulario de aceptación y a falta de este, el establecido en el certificado individual de seguro.

LA COMPAÑIA, incrementará la suma asegurada, así como el valor de la prima, hasta el índice de precios al consumidor (I.P.C.), limitado para el año calendario inmediatamente anterior, certificado por el DANE, no obstante lo anterior y dependiendo del comportamiento del mercado de seguros y reaseguros LA COMPAÑIA podrá realizar incrementos adicionales de prima conforme a las tasas vigentes al momento de la renovación.

CONDICION OCTAVA - VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES

La suma asegurada correspondiente a cada uno de los integrantes del grupo asegurado, se considerará individualmente para cada asegurado, de acuerdo con la forma indicada en la solicitud certificada individual de seguro o capítulo de la póliza, según el valor del seguro acordado específicamente para cada uno de los integrantes.

En caso de tener amparos adicionales será el valor del seguro acordado específicamente para el.

CONDICION NOVENA - DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Corresponde a cada uno de los Asegurados, integrantes del grupo asegurable, la designación de sus propios beneficiarios, pudiendo ser ellos a título gratuito o a título oneroso.

La designación de Beneficiarios a título oneroso, deberá estipularse específicamente en la póliza, en defecto de tal estipulación, la designación del Beneficiario se presumirá hecha a título gratuito. Cuando la designación del Beneficiario sea a título gratuito podrá ser cambiada en cualquier momento, pero tal cambio surtirá efecto solamente a partir de la fecha de recibo de la notificación escrita por parte de LA COMPAÑIA. En ningún caso El Tomador, puede intervenir en la designación de Beneficiarios, ni serlo tampoco.

Cuando no se hubiere designado Beneficiario o la designación fuere ineficaz o quedare sin efecto por cualquier causa, tendrán la condición de tales, el cónyuge del respectivo Asegurado en la mitad del seguro y los herederos legales de éste en la otra mitad. Igual regla se aplicará en el evento de haber sido designados gratuitamente como Beneficiarios los herederos legales del Asegurado.

CONDICION DECIMA - PAGO DE PRIMAS

El pago de la prima en el presente seguro se efectuará de manera anual, semestral, trimestral, mensual conforme acuerdo entre las partes, de acuerdo a la tarifa que aparece en la solicitud-certificate de seguro y los amparos contratados.

Si el asegurado ha tomado el seguro a través de cualquiera de los mecanismos de descuento y ha autorizado a la entidad respectiva cargar a su cuenta mensual el valor de la prima, el no pago

consecutivo y oportuno de la cuota respectiva produce automáticamente la terminación del seguro (artículo 1066 del código de Comercio). Igual regla se aplicará en caso de cesación directa del asegurado a la entidad tomadora respectiva para debitar de su cuenta la prima mensual correspondiente en el evento que ésta no pudiera hacerse.

El pago de la prima deberá efectuarse dentro del plazo de treinta (30) días calendario desde la fecha de iniciación de la vigencia de la póliza o de los certificados o amparos expedidos con fundamento en ella, para lo cual el asegurado autoriza en la solicitud algunos de los medios de pago aceptados por LA COMPAÑIA cargar a la misma la sur de la prima respectiva.

El pago de la primera cuota o prima es condición indispensable para que inicie la vigencia del seguro. Por consiguiente si ocurre algún siniestro dentro de los primeros 30 días de vigencia de la póliza, la Compañía tendrá la obligación de pagar el valor asegurado al cliente, previa deducción de las primas o fracciones causadas y pendientes de pago al tomador, hasta completar la cantidad respectiva.

Si el pago de la prima se efectúa de manera fraccionada, con cargo a la nómina, se indispensable para la iniciación de la vigencia del seguro, el pago de la primera cuota de pago de prima posterior a la primera, no fueren pagadas oportunamente, se producirá la terminación automática del contrato de seguro.

CONDICION DECIMA PRIMERA - INDEMNIZACION

El Asegurado o Beneficiario deberán dar noticia a LA COMPAÑIA de la ocurrencia de susceptible de afectar la presente póliza, a más tardar dentro de los diez (10) días siguientes a aquel en el que haya conocido o debido conocer su ocurrencia y aquella al Asegurado, en tal momento, la información correspondiente a la documentación para la formalización de la reclamación.

El Beneficiario o Asegurado, según el caso, deberá remitir, junto con el certificado de seguro, los documentos necesarios para acreditar la ocurrencia del siniestro.

El pago de la indemnización se hará a los Beneficiarios designados en caso de muerte mes siguiente a aquel en que se acredite la ocurrencia del siniestro.

Cualquier recibo de desistimiento que los beneficiarios o sus representantes presenten a LA COMPAÑIA por cualquier beneficio pagado por esta póliza, será considerado con carácter final y completa de toda responsabilidad de LA COMPAÑIA con respecto a dicho Asegurado, los Beneficiarios, los herederos legales o sus representantes persona caso, quedarán privados de todo derecho procedente de la presente póliza, en la reclamación presentada a LA COMPAÑIA sea de cualquier manera fraudulenta o, si ella se hicieron o utilizaron declaraciones falsas o documentos engañosos o doloso otro medio para sustentarla.

CONDICION DECIMA SEGUNDA - DECLARACION INEXACTA O R

El Tomador o El Asegurado, según el caso, deberá declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo, o cualesquiera otros cuestionarios que hayan se para el otorgamiento del presente seguro. La retención o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidas por LA COMPAÑIA, la hubiesen obligado a celebrar el contrato estipular condiciones más onerosas, producción la nulidad relativa del contrato de se Sin embargo, si la inexactitud o la retención son imputables a error inculpable de contrato no será nulo, pero LA COMPAÑIA estará únicamente en caso de sinestros pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima en el contrato represente, respecto de la tarifa o la prima adeudada al verdadero riesgo, excepto los previstos en el artículo 1160 del Código del Comercio.

Si la retención o inexactitud provienen del Asegurado, se aplicarán las mismas sanciones de su seguro individual. Si la declaración se hace sin sujeción a un cuestionario, la inexactitud o retención producen igual efecto si El Tomador o El Asegurado por su culpa hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado

CONDICION DECIMA TERCERA - IRREDUCTIBILIDAD-INCONTESTABILIDAD

Transcurridos dos (2) años en vida del Asegurado, desde la fecha de iniciación de cobertura individualmente considerada, el valor del seguro de vida no podrá ser causa de error en la declaración de asegurabilidad.

CONDICION DECIMA CUARTA - INEXACTITUD EN LA DECLARACION DE EDAD

Si con respecto a la edad de los Asegurados se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, se procederá de conformidad con las siguientes reglas:

Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa de LA COMPAÑIA, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio.

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 COMPAÑIA.

Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción en la fecha anteriormente.

CONDICION DECIMA QUINTA - MODIFICACION DEL ESTADO DE RIESGO

El Tomador o Asegurado según el caso, deberá notificar por escrito a LA COMPAÑIA, los hechos o circunstancias no preveables que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato que signifiquen agravación del riesgo o variación de su identidad local.

La modificación se hará con antelación no menor a diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si éste depende del arbitrio del asegurado o del tomador. Si lo es extraño, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a que tenga conocimiento de ella, conocimiento que presume transcurridos treinta (30) días hábiles desde el momento de la modificación.

Notificado la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior, el Asegurado podrá revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

CONDICION DECIMA SEXTA - VIGENCIA

La vigencia del certificado individual de seguro se iniciará en la fecha indicada en la solicitud, certificado de seguro prevista para tal efecto, siempre y cuando se haya pagado la primera prima.

CONDICION DECIMA SEPTIMA - RENOVACION AUTOMATICA

La presente póliza se renovará automáticamente de manera automática en la fecha de su vencimiento, por un período igual al inicialmente contratado, si el Tomador o Asegurado no manifiestan por escrito su decisión de no renovar, dando aviso a LA COMPAÑIA con una anticipación no menor a un (1) mes de la fecha de su vencimiento.

Si La Compañía, decide no renovar el contrato de seguro, procederá a dar aviso al Tomador, de su decisión con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario a la fecha en que cese sus obligaciones y enviará notificación escrita a la última dirección registrada de cada asegurado, informándole su decisión.

CONDICION DECIMA OCTAVA - REVOCACION DEL CONTRATO

Si El Tomador da aviso por escrito a LA COMPAÑIA para que esta póliza sea revocada, será responsable de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de revocación.

El contrato quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación por parte de LA COMPAÑIA o en la fecha especificada por El Tomador para tal terminación, la que ocurra más tarde, por lo tanto El Tomador será responsable de pagar todas las primas debidas en esa fecha, incluyendo la prima a prorrata por el período que comienza con el de gracia y termina en la fecha de tal revocación. El Asegurado podrá revocar su seguro individual con arreglo al mismo procedimiento, pero en ningún caso podrá solicitar que las condiciones del contrato se apliquen a un seguro de vida de carácter individual.

CONDICION DECIMA NOVENA - TERMINACION DEL SEGURO INDIVIDUAL

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

1. Por vencimiento y no renovación de la póliza.
2. Por falta de pago de la prima o de cualquier cuota, si la prima anual ha sido fraccionada.
3. Al vencimiento de la anualidad más próxima en que el asegurado cumpla setenta (70) años.
4. Cuando El Asegurado por escrito, solicite su exclusión del seguro o. El Tomador solicite la revocación del contrato.
5. Tratándose del seguro del cónyuge, al fallecimiento del Asegurado principal.
6. Cuando LA COMPAÑIA pague la indemnización por la declaración de uno o varios amparos que agoten el valor máximo del seguro.
7. Por muerte del Asegurado principal o por haber dejado de pertenecer al grupo asegurado.

8. Por cancelación de la tarjeta de crédito, cuenta corriente o de ahorros, por la empresa o incapacidad de pago cualquiera que sea su mecanismo de descuento.

CONDICION VIGESIMA - DUPLICIDAD DE POLIZAS

El Asegurado, no podrá estar amparado por más de una póliza de seguro, correspondiente mismo plan con LA COMPAÑIA. En caso de estarlo, sólo no le dará derecho a exigir los beneficios de la indemnización, toda vez que El Asegurado tiene la obligación de informar la existencia de la póliza de seguro, para que LA COMPAÑIA se abstenga de expedirla. En caso de no y ocurre el siniestro se considerará, a esta persona asegurada solamente con la póliza proporcionalmente el mayor beneficio. LA COMPAÑIA devolverá en tal caso, el valor de la prima en la otra póliza, reconociendo solamente el interés legal.

CONDICION VIGESIMA PRIMERA - PRESCRIPCION

La prescripción de las acciones derivadas de este contrato, es ordinaria o extraordinaria. La prescripción ordinaria será de dos (2) años, y empezará a correr desde el momento interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción. La extraordinaria será de cinco (5) años, correrá contra toda clase de personas y en contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

CONDICION VIGESIMA SEGUNDA - CONVERTIBILIDAD

Los asegurados menores de 70 años que se separen del grupo después de permanecer los menos durante (1) año continuo, tendrán derecho a ser asegurados en forma individual, requiriendo médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tenga en el grupo, pero sin beneficios adicionales, en el plan de seguros de vida individual de los autorizados en esta Compañía de Seguros con la cual tenga un contrato para ganar beneficio, siempre y cuando lo solicite dentro de los treinta (30) días comunes siguientes a partir de su retiro del grupo.

Si el ASEGURADO fallece dentro del plazo para solicitar la póliza individual, conforme puesto en el párrafo anterior, sin que ella se hubiere expedido por otra Compañía (m. solicitud) sus beneficiarios tendrán derecho a la prestación asegurada bajo la presente caso en el cual se deducirá de la indemnización el valor de la prima correspondiente.

PÁRRAFO: Esta condición no aplica para los amparos adicionales.

CONDICION VIGESIMA TERCERA - NOTIFICACIONES

Sobre el aviso de siniestro, cualquier declaración que deban hacerse las partes para la de las estipulaciones anteriores, deberá consignarse por escrito y será prueba suficiente notificación, la constancia del aviso escrito por correo recomendado o certificado de última dirección registrada por las partes.

CONDICION VIGESIMA CUARTA - DEFINICIONES:

«Terrorismo nuclear, químico, biológico» significa el uso de cualquier arma o dispositivo nuclear o la emisión, descarga, dispersión, liberación o escape de cualquier agente o Biológico sólido, líquido o gaseoso, durante el período de este seguro por cualquier (personas) o personas, así acción solos o en beneficio de o en conexión con (organizaciones), gobierno(s), comités.

por razones o propósitos políticos religiosos o ideológicos o razones que incluyan la para influenciar cualquier gobierno o atemorizar al público, o a cualquier sector del pul.

«Agente Químico» significa cualquier compuesto el cual cuando se dispersa por aerosoles, produce efectos letales, dañinos, o incapacitantes en personas, animales, plantas (material).

«Agente Biológico» Significa cualquier micro-organismo patógeno (productores de enfermedades) y/o toxinas biológicamente producidas (incluyendo organismos modificados genéticamente) y/o toxinas sintetizadas químicamente que causan enfermedad y/o muerte en humanos o plantas.

CONDICION VIGESIMA QUINTA - DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente, se fija como domicilio de las partes, la ciudad de Bogotá D.C.; para todos los efectos formales principal de LA COMPAÑIA, esta Calle 72 # 10-51 Piso 7o. de la misma ciudad.

17062002-1306-P-29-FORMA-1

AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

El presente amparo opcional de Incapacidad Total y Permanente, hace parte integrante de la póliza de seguro de vida grupo, siempre y cuando se haya incluido en el CUADRO DE AMPAROS, de la póliza sus modificaciones o renovación, de acuerdo con el valor asegurado contratado, quedando sujeto a todos los términos, condiciones y excepciones señaladas en las condiciones generales de dicha póliza junto con las que a continuación se estipulan.

DEFINICIÓN

Para todos los efectos exclusivos de este amparo, se entiende como incapacidad total y permanente la sufrida por el asegurado menor de 65 años de edad, dentro de la vigencia de la presente póliza originada en lesiones físicas orgánicas o alteraciones funcionales, que de por sí y como consecuencia de las mismas y luego de la rehabilitación integral, sus limitaciones sean tan severas, que solo le permitan desarrollar labores en su casa o en una institución especializada. El asegurado puede tener alguna remuneración, pero su finalidad es la de ocupar el tiempo con ocasión de la incapacidad sufrida; siempre que la lesión o alteración persista por un periodo continuo no menor de 180 días calendario y no debe haber sido provocada por el asegurado.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considerará también como tal los siguientes eventos:

- a) La amputación total de dos o más miembros, (brazos, piernas, manos o pies)
- b) La pérdida total e irreparable de la vista por ambos ojos.
- c) La amputación total de un miembro y la pérdida irreparable de la vista por un ojo.
- d) La amputación de un miembro y la pérdida total e irreparable de la audición o del habla.
- e) La demencia incurable, previa declaración judicial.

EXCLUSIONES

El presente amparo no cubre la incapacidad determinada por cualquiera de los siguientes eventos:

1. Cualquier acto de guerra, declarada o sin declarar, sedición, rebelión o asonada.
2. Sirviendo en labores militares en las fuerzas armadas o de policía de cualquier País o autoridad internacional.
3. Viajar como piloto o tripulante de naves aéreas, incluyendo helicópteros.
4. Lesiones autoinflingidas intencionalmente, bien sea que El Asegurado se encuentre en uso de sus facultades mentales o en estado de demencia.
5. En la práctica, entrenamiento o participación en competencias correspondientes a deportes como el buceo, alpinismo o escalamiento en montañas, espeleología, paracaidismo, planeadores, automovilismo, motociclismo, deportes de invierno y en general práctica de deportes de manera profesional.
6. Residencia en el exterior, por un periodo superior a tres (3) meses.
7. Cualquier acto de terrorismo nuclear, químico o biológico de acuerdo con lo definido en la póliza.

SUMA ASEGURADA

LA COMPAÑÍA pagará por una sola vez, por concepto del presente amparo, el valor señalado en forma individual para El Asegurado, dentro del seguro de vida grupo, conforme al cuadro de declaraciones de la póliza a la que está acreditando este amparo. La indemnización efectuada bajo este amparo, no es acumulable al seguro de vida respectivo y por lo tanto una vez pagado, la compañía quedará libre de cualquier responsabilidad.

RECLAMACIONES

Para que LA COMPAÑÍA proceda en el pago indemnizatorio por el presente amparo, el Asegurado o Beneficiario, o el respectivo curador designado por el Juzgado, deberá acreditar la ocurrencia

del siniestro amparado, mediante la certificación obligada por una empresa promotora de salud, que acredite que El Asegurado se encuentra totalmente incapacitado, certificando los motivos de dicha incapacidad y que tal incapacidad le impide continuar laborando. LA COMPAÑÍA se reserva la facultad de comprobar la veracidad y exactitud de los papeles que para tal efecto se aporten.

VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES

La suma que LA COMPAÑÍA pague al asegurado por concepto del presente amparo, será igual al valor pagadero aceptado por LA COMPAÑÍA en el seguro de Vida Grupo del Asegurado Incapacitado. Bajo ninguna circunstancia, LA COMPAÑÍA pagará a cada asegurado una indemnización superior a dicho valor asegurado. El asegurado que reciba cualquier indemnización igual al valor total asegurado por el presente amparo quedará automáticamente excluido de éste como también del amparo básico de vida y por ende de la póliza, liberando a LA COMPAÑÍA de toda responsabilidad en caso de fallecimiento posterior.

DUPLICIDAD DE ESTE AMPARO

EL ASEGURADO, no podrá estar amparado por más de una póliza de seguro, correspondiente a este mismo plan con LA COMPAÑÍA. En caso de estarlo ello no le dará derecho a exigir los dos pagos de la indemnización, toda vez que El Asegurado tiene la obligación de informar la existencia de la primera póliza de seguro, para que LA COMPAÑÍA se abstenga de expedir el amparo similar. En caso de no hacerlo y ocurrir el siniestro se considerará a esta persona asegurada solamente bajo la póliza que le proporcione el mayor beneficio y consecuentemente, el valor de la prima pagada en la otra póliza, será devuelta por LA COMPAÑÍA, reconociendo solamente el interés legal.

CONVERTIBILIDAD

El derecho de conversión previsto en la póliza, no es aplicable a este amparo.

DEFINICIONES:

Para efectos de la presente póliza realizar cualquier clase de trabajo remunerado a posteridad única y exclusiva de LA COMPAÑÍA se asuma a las categorías 45 ocupación restringida, protegida o confinada o 46 sin posibilidad de ocupación, con correspondientes a la calificación de la minusvalía ocupacional del capítulo tercero del manual único de calificación de invalidez reglamentado por el decreto 917 de 1959.

LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, SE APLICARÁN AL PRESENTE AMPARO, LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCDEE EL PRESENTE AMPARO ASÍ MISMO SE REGIRÁN POR LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

17062002-1305-A-29-FORMA-CVG003

AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES

El presente amparo opcional de Enfermedades Graves, hace parte integrante de la póliza de seguro de vida grupo, este amparo se extiende a amparar las enfermedades graves que sufra el asegurado menor de sesenta y cinco (65) años, bajo las siguientes condiciones particulares: LA COMPAÑÍA pagará al asegurado como anticipo de la suma asegurada en la cobertura básica, el capital estipulado en la solicitud certificado o carátula de la póliza, previa confirmación de las evidencias clínicas, histológicas, radiológicas o de laboratorio, siempre que el diagnóstico médico de tales enfermedades se haga por primera vez, habiendo transcurrido no menos de noventa (90) días desde la iniciación de la vigencia de este amparo, quedando sujeto a todos los términos, condiciones y excepciones señaladas en las condiciones generales de dicha póliza junto con las que a continuación se estipulan.

Para efectos del presente amparo, LA COMPAÑÍA indemnizará por una sola vez, el valor asegurado señalado en el correspondiente certificado individual de seguro, en el evento en que médicamente al Asegurado, le sea diagnosticada una de las enfermedades que a continuación se estipulan, por un médico legalmente facultado para ejercer la profesión, con base en pruebas clínicas, radiológicas y de laboratorio.

Las enfermedades de que trata el presente amparo son las siguientes:

1. Cáncer
2. Infarto al Miocardio

3. Accidente Cerebro Vascular o Apoplejía
4. Trasplante de órganos vitales
5. Insuficiencia Renal

VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES

El valor asegurado individual será el porcentaje pactado como anticipo de la cobertura del seguro básico de Vida grupo y bajo ninguna circunstancia LA COMPAÑIA pagará una indemnización superior a dicho valor.

La responsabilidad de LA COMPAÑIA cesará por todo concepto imputable a este amparo, una vez el asegurado reciba la indemnización equivalente al valor asegurado bajo el presente.

DEDUCCIONES

La indemnización por enfermedad grave no es acumulable a la indemnización principal pagadera bajo el seguro de vida grupo, por lo tanto, una vez pagada la indemnización bajo el presente amparo, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por la indemnización principal en el seguro de vida al que accede. Si el seguro es renovado, el valor asegurado para la nueva vigencia se reducirá en la misma proporción.

Si la póliza a la cual accede el presente amparo contiene además el amparo de Incapacidad total y Permanente y en virtud de él, y a consecuencia de un hecho amparado en este amparo, LA COMPAÑIA ha efectuado algún pago, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por el presente amparo.

EXCLUSIONES PARA LAS ENFERMEDADES QUE SE DEFINEN A CONTINUACIÓN:

El presente amparo no cubre el siniestro determinado por cualquiera de los siguientes eventos para las enfermedades definidas más adelante:

1. Ningún evento originado en situaciones médicas preexistentes a la fecha de vigencia de la presente póliza, por lo tanto la enfermedad debe sobvenir dentro de la vigencia de la póliza y, no ser consecuencia de una afección anteriormente diagnosticada.
2. Los eventos correspondientes a situaciones médicas, en donde El Asegurado se encuentre en tratamiento, diagnóstico, cuidado o control de un médico que no posea licencia permanente y válida, expedida por la autoridad respectiva para practicar la medicina en el país.
3. Cualquier enfermedad distinta a la señalada en el presente amparo; como tampoco el cáncer de piel (salvo el melanoma maligno), de seno y el cervicouterino.
4. Los eventos que den lugar a la afectación del seguro como consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida S.I.D.A.
5. Los eventos que tuvieron origen en tentativa de suicidio del Asegurado.

REVOCACIÓN

El presente amparo podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por LA COMPAÑIA mediante notificación al asegurado, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez días de antelación, contados a partir de la fecha de envío; por el asegurado, en cualquier momento, mediante aviso escrito a LA COMPAÑIA.

CONVERTIBILIDAD

El derecho de conversión previsto en la póliza, no es aplicable a este amparo.

DUPLICIDAD DE ESTE AMPARO

EL ASEGURADO, no podrá estar amparado por más de una póliza de seguro, correspondiente a este mismo plan con LA COMPAÑIA. En caso de estarlo ello no le dará derecho a exigir los dos pagos de la indemnización, toda vez que EL ASEGURADO tiene la obligación de informar la existencia de la primera póliza de seguro, para que LA COMPAÑIA se abstenga de expedir el amparo similar. En caso de no hacerlo y ocurrirle, el siniestro se considerará a esta persona asegurada solamente bajo la póliza que le proporcione el mayor beneficio y consecuentemente, el valor de la

prima pagada en la otra póliza, será devuelta por LA COMPAÑIA, reconociendo solamente el interés legal.

DEFINICIONES DE LAS ENFERMEDADES GRAVES

CANCER - DEFINICION

Para efectos del presente amparo, LA COMPAÑIA indemnizará por una sola vez, el valor asegurado, señalado en el correspondiente certificado individual de seguro, en el evento que médicamente al Asegurado, le sea diagnosticado cáncer, el cual para los efectos del presente amparo, se entiende como toda enfermedad manifestada

por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por el crecimiento incontrolable, anormal de células malignas con o sin comprometer cualquier otro órgano del cuerpo, que pone en peligro la vida del Asegurado.

Dicho cáncer, debe ser diagnosticado por un médico con licencia permanente y válida para practicar la medicina, comprobado y clasificado por un médico patólogo.

RECLAMACIONES

Para que LA COMPAÑIA proceda en el pago indemnizatorio por el presente amparo, El Asegurado o Beneficiario deberá acreditar la ocurrencia del siniestro amparado, mediante la certificación otorgada por una empresa promotora de salud, que acredite que El Asegurado le ha sido diagnosticado cáncer, acompañando el diagnóstico así como la clasificación dada por el médico patólogo. LA COMPAÑIA se reserva la facultad de comprobar la veracidad y exactitud de las pruebas que para tal efecto se aporten.

INFARTO AL MIOCARDIO - DEFINICION

Para efectos del presente amparo, LA COMPAÑIA indemnizará por una sola vez, el valor asegurado señalado en el correspondiente certificado individual de seguro, en el evento que El Asegurado, sufra infarto al miocardio, el cual se entiende para efectos del presente amparo, como la muerte de un grupo de células miocárdicas a consecuencia de la supresión de la circulación que les pertenece en el músculo cardíaco. Dicho infarto debe ser diagnosticado, clínicamente, electrocardiográficamente y seriológicamente.

RECLAMACIONES

Para que LA COMPAÑIA proceda en el pago indemnizatorio por el presente amparo, El Asegurado o Beneficiario deberá acreditar la ocurrencia del siniestro amparado, mediante la certificación otorgada por una empresa promotora de salud, que acredite que El Asegurado le ha sido diagnosticado infarto al miocardio, acompañando el diagnóstico así como las pruebas clínicas y resultados electrocardiográficos y seriológicos. LA COMPAÑIA se reserva la facultad de comprobar la veracidad y exactitud de las pruebas que para tal efecto se aporten.

ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR O APOPLEJIA - DEFINICION

Para efectos del presente amparo, LA COMPAÑIA indemnizará por una sola vez, el valor asegurado señalado en el correspondiente certificado individual de seguro, en el evento que El Asegurado, sufra un accidente cerebro vascular o apoplejía y que para efectos del presente amparo, se entiende como aquel complejo sintomático, secundario a patología vascular cerebral trombótica, embólica, oclusiva y/o hemorrágica, que se manifiesta con deficiencias motoras y/o sensoriales y que producen secuelas neurológicas, por más de veinticuatro (24) horas y de naturaleza permanente, correspondientes al área lesionada y en muchos casos, con trastornos del estado de conciencia.

La apoplejía deberá ser diagnosticada clínicamente por un médico que posea licencia permanente y válida para practicar la medicina y debe existir evidencia de déficit neurológico permanente.

RECLAMACIONES

Para que LA COMPAÑIA proceda en el pago indemnizatorio por el presente amparo, El Asegurado o Beneficiario deberá acreditar la ocurrencia del siniestro amparado, mediante la certificación otorgada por una empresa promotora de salud, que acredite que El Asegurado le ha sido diagnosticado el accidente cerebro vascular o apoplejía acompañando el diagnóstico así como las pruebas clínicas y resultados respectivos.

LA COMPAÑIA se reserva la facultad de comprobar la veracidad y exactitud de las pruebas que para tal efecto se aporten.

TRASPLANTE DE ORGANOS VITALES - DEFINICION

Para efectos del presente amparo, LA COMPAÑIA indemnizará por una sola vez, el valor asegurado

do señalado en el correspondiente certificado individual de seguro, si el asegurado requiere un trasplante, el cual para efectos del presente amparo, se entiende como la implantación de un órgano vital (riñón, corazón, pulmón, hígado y páncreas) proveniente de otro cuerpo humano (donante). El trasplante se entiende para efectos de este amparo como receptor y nunca como donante.

El hospitalista deberá ser certificado por el médico que lo practica, quien debe poseer licencia permanente y válida para practicar la medicina y esta clase de intervenciones quirúrgicas.

INSUFICIENCIA RENAL - DEFINICIÓN

Es la falla crónica e irreversible de la función de ambos riñones por daño renal permanente. Como resultado de esta falla es necesario instaurar diálisis o llevar a cabo el trasplante renal.

LÍMITES DE EDADES PARA EL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES

No obstante lo previsto en las condiciones generales de la póliza a la cual accede el presente amparo la edad inicial máxima de ingreso será de 60 años tanto para hombres como para mujeres y la cobertura del presente amparo se otorgará como máximo hasta la edad de 65 años.

LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, SE APLICARÁN AL PRESENTE AMPARO, LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCDE EL PRESENTE AMPARO ASÍ MISMO SE REGIRÁN POR LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

17062002-1305-A-29-FORMA-CVG004

AMPARO RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

AZE Seguros S.A. acuerda asumir a través del presente amparo y previo pago de la prima correspondiente, señalada en la solicitud certificada de seguro de vida grupo arriba especificada, el cual queda sujeto a todos los términos, condiciones y excepciones señaladas en las condiciones generales de dicha póliza junto con las que a continuación se estipulan.

DEFINICIÓN

Para efectos del presente amparo, LA COMPAÑÍA indemnizará la suma diaria pactada al Asegurado, señalada en el correspondiente certificado individual de seguro, si a consecuencia de una enfermedad o lesión diagnosticada o sufrida durante la vigencia de la póliza ingresara como paciente interno a una institución hospitalaria, como mínimo por 24 horas, sin exceder de 365 días, para el tratamiento respectivo, bajo el cuidado y supervisión de un médico que debe poseer licencia permanente y válida para practicar la medicina en Colombia.

Para efectos del presente amparo, se entiende como institución hospitalaria, el establecimiento registrado y autorizado por todas las autoridades 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 psicológicas; 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.

EXCLUSIONES

El presente amparo no cubre el siniestro determinado por cualquiera de los siguientes eventos:

1. Por guerra, invasión o acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones de guerra, haya mediado o no declaración, guerra civil, sedición, revolución, asonada, motín, huelga, movimientos subversivos o en general cualquier clase de conmoción civil.
2. Suicidio, tentativa de suicidio, lesiones autoinflingidas, bien que El Asegurado se encuentre en uso de sus facultades mentales o en estado de demencia o la provocada por el mismo Asegurado.

3. Dedicarse a practicar o tomar parte en entrenamientos propios de deportes considerados como de alto riesgo, tales como buceo, alpinismo o montañismo, escalada en hilo donde se haga uso de sogas o guías, espeleología, paracaidismo, planeadores, motociclismo, deportes de invierno, carreras que no sean a pie o que se dedique profesionalmente a cualquier deporte.

4. La causada en accidente de aviación, cuando El Asegurado viaje como piloto o miembro de la tripulación de cualquier aeronave, salvo que vuele como pasajero en una línea comercial legalmente establecida y autorizada para transporte regular de pasajeros, pagando ticket.

5. Por encontrarse El Asegurado bajo influencia de bebidas embriagantes, drogas tóxicas, alucinógenas o ingestión de estupefacientes.

6. Enfermedades físicas, mentales, o cualquier deficiencia originada en alguna enfermedad, anomalía o malformación congénita y/o tratamientos por desequilibrios mentales o curas de rapaso o del sueño, vórices con fines estéticos, tratamiento para la infertilidad.

7. Mientras El Asegurado se encuentre en servicio activo y en ejercicio de sus funciones como militar, policía miembro de organismo de seguridad, de inteligencia, guardaspaldas o vigilante de cualquier País o autoridad.

8. La originada como consecuencia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida S.I.D.A. o las enfermedades relacionadas con el virus V.H.I.

9. La originada por hospitalización por chequeos de control o complicaciones del embarazo y complicaciones de postparto.

10. Condiciones médicas preexistentes, ya sea que se trate de una enfermedad que haya sido diagnosticada o tratada o una lesión sufrida por El Asegurado en los doce (12) meses anteriores a la fecha de inicio de cobertura de la presente póliza de seguro. Esta condición desaparece cuando se trata de una enfermedad o lesión en virtud de la cual, El Asegurado ha estado cubierto por esta póliza por un período de doce (12) meses consecutivos.

11. Ningún evento originado en exámenes de diagnóstico y consultas médicas, tratamientos de belleza, o cirugías con fines estéticos o de embellecimiento.

12. Hospitalización para chequeos médicos de rutina u otros exámenes previos a los cuales no exista indicaciones de trastornos de salud.

13. Hospitalización en un establecimiento que no llena los requisitos descritos en las condiciones de esta póliza o que El Asegurado no se encuentre bajo la atención y cuidado de un médico autorizado para el ejercicio de su profesión, en Colombia.

14. La lesión o muerte causada en cualquier acto de terrorismo nuclear, químico o biológico de acuerdo con lo definido en la póliza.

15. Por participar El Asegurado en actos ilícitos o contrarios a las leyes colombianas.

16. Tratamientos no reconocidos por las asociaciones médico científicas a nivel mundial o aquellos de carácter experimental.

VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES

La suma asegurada correspondiente a cada uno de los integrantes del grupo asegurado, se considerará individualmente de acuerdo con la forma indicada en el certificado individual de seguro, según el valor del seguro acordado específicamente para cada uno de los integrantes.

LÍMITES DE EDADES PARA EL PRESENTE AMPARO

No obstante lo previsto en las condiciones generales de la póliza a la cual accede el presente amparo la edad inicial máxima de ingreso será de 65 años tanto para hombres como para mujeres y la cobertura del presente amparo se otorgará como máximo hasta la edad de 69 años.

DUPLICIDAD DE ESTE AMPARO

El Asegurado, no podrá estar amparado por más de una póliza de seguro, correspondiente a este mismo plan con la COMPAÑÍA. En caso de estarlo ello no le dará derecho a exigir los dos pagos de la indemnización, toda vez que El Asegurado tiene la obligación de informar la existencia de la primera póliza de seguro, para que LA COMPAÑÍA se abstenga de expedirla. En caso de no hacerlo y ocurrir el siniestro se considerará, a esta persona asegurada solamente bajo la póliza que le proporcione el mayor beneficio y consecuentemente, el valor de la prima pagada en la otra póliza, será devuelta por LA COMPAÑÍA, reconociendo solamente el interés legal.

COEXISTENCIA DE SEGUROS

El Asegurado debe informar a LA COMPAÑÍA los seguros que de igual naturaleza tenga contratados o que llegue a contratar, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la celebración de los contratos de seguro.

INTRANSFERIBILIDAD

Se acuerda que la presente cobertura de la póliza no será transferible a persona alguna; por lo tanto ningún depósito, fiduciaria, traspaso, acto o contrato, producirá efectos respecto a LA COMPAÑÍA, la cual quedará liberada definitivamente, en virtud de los recibos expedidos por El Asegurado o sus herederos legales cuando aquel haya fallecido.

CONVERTIBILIDAD

El derecho de conversión de la póliza no es aplicable a este amparo.

INDEMNIZACIONES

El Asegurado o Beneficiario deberá dar noticia a LA COMPAÑÍA de la ocurrencia del siniestro dentro de los treinta (30) días siguientes de su conocimiento y esta suministrará al Asegurado en tal momento, la información correspondiente a la documentación necesaria para la formalización de la reclamación.

El valor asegurado se indemnizará al Asegurado o Beneficiario, según los valores expresados en la solicitud-certificado de seguro, en la definición de amparos prevista en la condición primera.

LA COMPAÑÍA efectuará el pago indemnizatorio dentro del mes siguiente a la fecha en que El Asegurado o Beneficiario haya formalizado la reclamación. Todo pago parcial efectuado por LA COMPAÑÍA bajo la presente póliza, será considerado como un adelanto de la suma definitiva a indemnizar respecto del accidente que originó dicho pago.

Cualquier recibo de desistimiento que la persona asegurada, sus representantes personales o aliado asegurado a la Compañía para cualquier beneficio pagado bajo esta póliza, será considerado como una exoneración final y completa de toda responsabilidad de LA COMPAÑÍA con respecto a dicho beneficio.

La indemnización diaria por hospitalización como valor asegurado en la solicitud-certificado individual de seguro, se pagará al Asegurado, desde la fecha de ingreso en el hospital, por un período que no exceda los trescientos sesenta y cinco (365) días, para todos los períodos de hospitalización a consecuencia de una enfermedad o lesión.

La indemnización para personas aseguradas mayores de sesenta y cinco (65) años de edad, se realizará así: durante los primeros siete (7) días de hospitalización, el beneficio diario estará limitado a la mitad de la suma estipulada en el certificado del seguro.

La hospitalización del Asegurado que comience en la vigencia de esta póliza y que se deba a la misma causa o causas relacionadas con una hospitalización anterior y por la cual se haya pagado indemnización diaria bajo este plan, sin que exista un período entre ellas de por lo menos doce (12) meses, será considerada una continuación de dicha hospitalización anterior, para efectos de determinar el período de indemnización estipulado y el máximo beneficio pagadero por la póliza.

Por el contrario, hospitalizaciones separadas por un período igual o superior a doce (12) meses y hospitalizaciones que no tengan una misma causa o causas relacionadas, no serán consideradas como ocurridas durante el mismo período de indemnización estipulado y el máximo beneficio pagadero bajo este plan.

DEFINICIONES

Para efectos de interpretación de coberturas de este amparo, otorgado con el presente amparo, se definen a continuación los términos utilizados, los cuales serán interpretados cada vez que ellos aparezcan en la forma señalada a continuación:

ENFERMEDAD: Significa cualquier alteración de la salud de la persona del Asegurado resultante de la acción de un agente patógeno, con relación al organismo, que conduzca a un tratamiento médico o quirúrgico.

ACCIDENTE: Es la lesión física sufrida por El Asegurado resultante de un hecho externo, súbito, violento, ocasional e independiente de la voluntad del Asegurado.

TRATAMIENTO: Es el conjunto de medidas por las cuales se alivia o cura una enfermedad o lesión originada en un accidente.

LESION: Es la alteración, lesión o desgaste anatómico de cualquier parte u órgano del cuerpo humano, originado por la acción de un agente externo, como: de cura, de fuego, así como la afectación patológica infecciosa o que a que conduzca por los accidentes que no depende de la voluntad del asegurado.

DIAGNOSTICO: Es toda identificación de una enfermedad, basándose en las síntomas más efectivos por el enfermo y confirmados por evidencias clínicas y parámetros.

INSTITUCIÓN HOSPITALARIA: Es el establecimiento registrado y subvencionado que reúne todos las condiciones exigidas por las autoridades correspondientes para el desarrollo de su propia sociedad, de acuerdo con la legislación Colombiana, para la atención de enfermos. No se consideran como institución hospitalaria, para efectos de cobertura del amparo de la presente póliza, las instituciones médicas para tratamiento de enfermedades específicas: los lugares de reposo, convalecencia o descanso para ancianos, drogadictos o alcohólicos, los centros de curación intermedios, los lugares donde se proporcionan tratamientos rehabilitadores o de educación.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Es aquella enfermedad que ha sido diagnosticada o tratada o una lesión sufrida por El Asegurado en los doce (12) meses anteriores a la fecha de iniciación del presente amparo cobertura de la presente póliza de seguro. Esta condición desaparece cuando se trata de una enfermedad o lesión en virtud de la cual, El Asegurado ha estado cubierto por esta póliza por un período de doce (12) meses consecutivos.

MEDICO: Es la persona natural oza, cumpliendo los requisitos legales, está autorizada para el ejercicio de la profesión en el área clínica, quirúrgica o de apoyo diagnóstico o asistencial.

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos: Es un servicio para la atención de pacientes, adultos o niños, críticamente enfermos, recuperables, con disponibilidad permanente de personal médico especializado en cuidados intensivos, medicina interna y cardiología; personal paramédico con adiestramiento en cuidados intensivos; equipos de apoyo diagnóstico y de complementación terapéutica: electrocardiografía, monitorio cardiocirculatorio y de presión arterial, respiradores de presión y de volumen, gasometría, oximetría, estimulación eléctrica intracardíaca (marcapasos temporales y definitivos) y equipos de desfibrilación, nebulizadores y otros.

24H: Es el espacio de tiempo de veinticuatro (24) horas continuas de reclusión del Asegurado en una institución hospitalaria.

LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, SE APLICARÁN AL PRESENTE AMPARO, LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDIE EL PRESENTE AMPARO ASÍ MISMO SE REGIRÁN POR LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

17062202-1305-A-28-FORMA-CVG005

AMPARO CIRUGIA AMBULATORIA

ACE Seguros S.A. acuerda asumir a través del presente amparo y previo pago de la prima correspondiente, la suma pactada y señalada en el correspondiente certificado individual de seguro, si como consecuencia directa de una enfermedad o lesión amparada por la póliza, diagnosticada y sufrida durante la vigencia de la póliza, se debe practicar una cirugía ambulatoria en un centro médico o centro de cirugía que cumpla con los requisitos exigidos para tal fin, bajo el cuidado y supervisión de un médico que debe poseer licencia permanente y válida para practicar la medicina en Colombia.

DEFINICION

Para efectos del presente amparo, LA COMPAÑÍA indemnizará al Asegurado por una sola vez anual por evento, la suma pactada y señalada en el correspondiente certificado individual de seguro, si como consecuencia directa de una enfermedad o lesión amparada por la póliza, diagnosticada y sufrida durante la vigencia de la póliza, se debe practicar una cirugía ambulatoria en un centro médico o centro de cirugía que cumpla con los requisitos exigidos para tal fin, bajo el cuidado y supervisión de un médico que debe poseer licencia permanente y válida para practicar la medicina en Colombia.

EXCLUSIONES

El presente seguro no cubre el siniestro determinado por cualquiera de los siguientes eventos:

1. Por guerra, invasión o acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones de guerra, haya mediado o no declaración, guerra civil, sedición, revolución, asonada, motín, huelga, movimientos subversivos o en general cualquier clase de conmoción civil.
2. Suicidio, tentativa de suicidio, lesiones auto inflingidas, bien que El Asegurado se encuentre en uso de sus facultades mentales o en estado de demencia o la provocada por el mismo Asegurado.
3. Dedicarse a practicar o tomar parte en entrenamientos propios de deportes considerados como de alto riesgo, tales como buceo, alpinismo o montañismo, escalada en hilo donde se haga uso de sogas o gatas, espeleología, paracaidismo, planeadores, motociclismo, deportes de invierno, carreras que no sean a pie o que se dedique profesionalmente a cualquier deporte.
4. La causada en accidente de aviación, cuando El Asegurado viaje como piloto o miembro de la tripulación de cualquier aeronave, salvo que viaje como pasajero en una línea comercial legalmente establecida y autorizada para transporte regular de pasajeros, pagando boleto.
5. Por encontrarse El Asegurado bajo influencia de bebidas embriagantes, drogas lícitas, alucinógenos o ingestión de estupefacientes.
6. Enfermedades físicas, mentales, o, cualquier dolencia originada en alguna enfermedad, anomalía o malformación congénita y/o tratamientos por desequilibrios mentales o curas de reposo o del sueño, vórtices con fines estéticos, tratamiento para la infertilidad.
7. Mientras El Asegurado se encuentre en servicio activo y en ejercicio de sus funciones como militar, policía miembro de organismo de seguridad, de inteligencia, guardaespalda o vigilante de cualquier País o autoridad.
8. La originada como consecuencia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida S.I.D.A. o las enfermedades relacionadas con el virus VIH.
9. La originada por hospitalización por chequeos de control o complicaciones del embarazo y complicaciones de postparto.
10. Condiciones médicas preexistentes, ya sea que se trate de una enfermedad que haya sido diagnosticada o tratada o una lesión sufrida por El Asegurado en los doce (12) meses anteriores a la fecha de inicio de cobertura de la presente póliza de seguro. Esta condición desaparece cuando se trata de una enfermedad o lesión en virtud de la cual, El Asegurado ha estado cubierto por esta póliza por un período de doce (12) meses consecutivos.
11. Ningún evento originado en exámenes de diagnóstico y consultas médicas, tratamientos de belleza, o cirugías con fines estéticos o de embellecimiento.
12. Chequeos médicos de rutina u otros exámenes previos a los cuales no exista indicaciones de trastornos de salud.
13. Cirugías efectuadas en un establecimiento que no llena los requisitos descritos en las condiciones de esta póliza o que El Asegurado no se encuentre bajo la atención y cuidado de un médico autorizado para el ejercicio de su profesión, en Colombia.
14. La lesión o muerte causada en cualquier acto de terrorismo nuclear, químico o biológico de acuerdo con lo definido en la póliza.
15. Por participar El Asegurado en actos ilícitos o contrarios a las leyes colombianas.

16. Tratamientos no reconocidos por las asociaciones médico científicas a nivel mundial o aquellos de carácter experimental.

17. Toda clase de examen o procedimiento diagnóstico (endoscopia, biopsias, cateterismo), y todo procedimiento, quirúrgico o no, terapéutico o no, que se realice con anestesia local.

VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES

La suma asegurada correspondiente a cada uno de los integrantes del grupo asegurado, se considerará individualmente de acuerdo con la forma indicada en el certificado individual de seguro, según el valor del seguro acordado específicamente para cada uno de los integrantes.

LIMITES DE EDADES PARA EL PRESENTE AMPARO

No obstante lo previsto en las condiciones generales de la póliza a la cual accede el presente amparo la edad inicial máxima de ingreso será de 65 años tanto para hombres como para mujeres y la cobertura del presente amparo se otorgará como máximo hasta la edad de 69 años.

DUPLICIDAD DE ESTE AMPARO

El Asegurado no podrá estar amparado por más de una póliza de seguro, correspondiente a este mismo estatus con LA COMPAÑIA. En caso de estarlo ello no le dará derecho a exigir los dos pagos de la indemnización, toda vez que El Asegurado tiene la obligación de informar la existencia de la primera póliza de seguro, para que LA COMPAÑIA se abstenga de expedirla. En caso de no hacerlo y ocurrir el siniestro se considerará a esta persona asegurada solamente bajo la póliza que le proporcione el mayor beneficio y consecuentemente el valor de la prima pagada en la otra póliza, será devuelta por LA COMPAÑIA, reconociendo solamente el interés legal.

COEXISTENCIA DE SEGUROS

El Asegurado debe informar a LA COMPAÑIA los seguros que de igual naturaleza tenga contratados o que llegue a contratar, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la celebración de los contratos de seguro.

INTANSFERIBILIDAD

Se acuerda que la presente cobertura de la póliza no será transferible a persona alguna; por lo tanto ningún depósito, fiduciaria, arrendamiento, acto o contrato, producirá efectos respecto a LA COMPAÑIA, la cual quedará liberada definitivamente, en virtud de los recibos expedidos por El Asegurado o sus herederos legales cuando aquel haya fallecido.

INDEMNIZACIONES

Para que LA COMPAÑIA proceda a la pago de la indemnización por el presente amparo, El Beneficiario deberá acreditar la ocurrencia del siniestro, aportando los documentos que demuestran las condiciones establecidas en el presente amparo, para la formalización de la reclamación.

Cualquier recibo de desistimiento que la persona asegurada, sus representantes personales o afiliado asegurado a la Compañía para cualquier beneficio pagado bajo esta póliza, será considerado como una renuncia final y completa de toda responsabilidad de la Compañía con respecto a dicho beneficio.

DEFINICIONES

Para efectos de interpretación de coberturas de este amparo otorgado con el presente amparo, se definen a continuación los términos utilizados, los cuales serán interpretados cada vez que ellos aparezcan en la forma señalada a continuación:

ENFERMEDAD: Significa cualquier alteración de la salud de la persona del Asegurado resultante de la acción de un agente patógeno, con relación al organismo, que conduzca a un tratamiento médico o quirúrgico.

ACCIDENTE: Es la lesión física sufrida por El Asegurado resultante de un hecho externo, súbito, violento, ocasional e independiente de la voluntad del Asegurado.

TRATAMIENTO: Es el conjunto de medios por los cuales se alivia o cura una enfermedad o lesión originada en un accidente.

QUIRUGIA AMBULATORIA: Es todo procedimiento quirúrgico que se realiza sin necesidad de internar al paciente por un período mayor de 24 horas.