

CHUBB

**CONDICIONES GENERALES
CAPÍTULO DE PARTICULARES**

No obstante a estas condiciones Generales de Chubb Seguros Colombia S.A. esta póliza posee condiciones particulares que modifican en parte el contenido de algunas coberturas, las cuales podrá encontrar a partir de la página 30

CONDICIONES GENERALES – CAPÍTULO DE PARTICULARES

1. Amparo Básico	5
1.1 Muerte accidental	5
1.2. Incapacidad total y permanente por accidente	5
1.3. Beneficios por desmembración	5-6
1.4. Vida	6
1.5. Incapacidad total y permanente	6
1.6. Sida	7
2. Exclusiones	7
2.1 Exclusiones Generales	7
2.2. El amparo de vida no tiene exclusiones adicionales	7
2.3. Exclusiones adicionales aplicables al amparo de incapacidad total y permanente	7
2.4. Exclusiones adicionales aplicables a las coberturas de muerte accidental y los beneficios por desmembración	7
2.5. Exclusiones adicionales aplicables al amparo de Sida:	8
3. Limitaciones	8
3.1. Deducciones	8
3.2. Edades de ingreso y permanencia	8
3.3. Valor asegurado y tarifas	8
3.4. Iniciación de la vigencia	8
4. Definiciones	8
4.1. Pérdida	8
4.2. Sida	8
5. Grupo asegurable del amparo básico	8
6. Cálculo de la prima	9
7. Fraccionamiento, pago y mora en el pago de las primas	9
8. Revocación del contrato	9
9. Modificaciones al contrato	9
10. Declaración inexacta o reticente (artículos 1058 y 1158 del código de comercio)	9
11. Inexactitud en la declaración de edad	9
12. Convertibilidad	10
13. Incontestabilidad / irreductibilidad	10
14. Terminación automática de la cobertura individual	10
15. Incremento automático de la suma asegurada del amparo básico	10
16. Modificaciones de valor	10
17. Condiciones pre-existentes	10
18. Designación de beneficiarios	10-11
19. Pago de siniestro	11
20. Prueba del siniestro	11
20.1 Muerte por cualquier causa	11
20.2. Muerte accidental	11
20.3. Renta diaria por hospitalización – cirugía ambulatoria	11
20.4. Desmembración o incapacidad total y permanente	11-12
20.5. Enfermedades graves / sida / trasplante de órganos	12
20.6. Auxilio funerario	12
20.7. Rotura de huesos por accidente	12
21. Derecho de inspección	12
22. Pérdida del derecho a la suma asegurada	12
23. Notificaciones	12
24. Prescripción	12
25. Normas supletorias	12
26. Domicilio	12
Amparo Adicional -Módulo de Rentas y Pagos Únicos	13
1. Amparos	13
1.1 Renta mensual por doce (12) meses, en caso de muerte accidental o de incapacidad total y permanente por accidente.	13
1.2. Pago único en caso de muerte accidental o de incapacidad total y permanente por accidente.	13
1.3. Renta diaria por hospitalización por accidente o enfermedad.	13
1.4. Renta diaria por hospitalización por cáncer o unidad de cuidados intensivos	13

1.5. Renta diaria por hospitalización domiciliaria hasta 60 días	13
1.6. Cirugía ambulatoria	13
2. Exclusiones	14
3. Limitaciones	14
3.1. Edades de ingreso y permanencia amparo de renta diaria por hospitalización y/o muerte o invalidez permanente accidentales	14
3.2. Valor asegurado	15
4. Definiciones	15
5. Grupo asegurable	15

Amparo Adicional Módulo de Enfermedades Graves

1. Amparo	16
2. Exclusiones	16
3. Limitaciones	16
3.1. Edades de ingreso y permanencia para amparo de enfermedades graves	16
3.2. Valor asegurado	16
4. Definiciones	17
5. Grupo asegurable para amparo de enfermedades graves	17

Amparo Adicional de Cobertura Cáncer de Seno o Matriz

1. Amparo	18
2. Exclusiones	18
3. Limitaciones	18
3.1. Valor asegurado cáncer de seno o matriz	18
3.2. Edades de ingreso y permanencia amparo de cáncer de seno o matriz	18
4. Grupo asegurable	18

Amparo Adicional -Módulo de Cobertura de Sida o Trasplante de Órganos Vitales

1. Amparo	19
2. Exclusiones	19
3. Limitaciones	19
3.1. Edades de ingreso y permanencia amparo de sida o trasplante de órganos vitales	19
3.2. Valor asegurado	20
4. Definiciones	20
5. Grupo asegurable	20

Amparo Adicional -Módulo de Auxilio de Exequias

1. Amparo	21
2. Exclusiones	21
3. Limitaciones	21
3.1. Edades de ingreso y permanencia de auxilio de exequias	21
3.2. Valores asegurados	21
4. Grupo asegurable	21

Amparo Adicional - Módulo de Accidentes Personales - Auxilio Educativo

1. Amparos	22
1.1. Bono educativo durante 36 meses por muerte accidental o incapacidad total y permanente por accidente.	22
1.2. Bono canasta por muerte accidental.	22
2. Exclusiones amparo de accidentes personales - auxilio educativo.	22
3. Limitaciones	22
3.1. Edades de ingreso y permanencia	22
3.2. Valores asegurados	22

Amparo Adicional Módulo de Accidentes Personales Para Adulto Mayor y Anexo de Asistencia Médica Domiciliaria

1. Amparos	23
1.1. Rotura de huesos por accidente.	23
1.2. Bono canasta por muerte accidental	23
2. Exclusiones	23-24

3. Limitaciones.	24
3.1 Edades de ingreso y permanencia	24
3.2 Valor asegurado	24
4. Grupo asegurable	24
5. Asistencia medica domiciliaria	24
1.3.1. Orientación médica básica telefónica	24
1.3.2 Asistencia médica domiciliaria	24
1.3.3. Traslados médicos de emergencia	24-25

Anexo de Asistencia Médica Especializada

Orientación Médica Básica Telefónica	26
Asistencia Domiciliaria Básica Pacientes Intervenidos por Cirugía Mayor	26
Asistencia Domiciliaria Especializada por Incapacidad Total Temporal O permanente	26
Cuidados Paliativos por Enfermedad Terminal en el Domicilio	27

Anexo de Asistencia Segunda Opinión Médica Especializada

1. Amparo	28
2. Preexistencias y exclusiones	28
3. Alcance de la cobertura otorgada	28
4. Procedimiento para la prestación del servicio de asistencia	28
5. Especialistas	28
6. Confidencialidad	29
7. Definiciones	29

CONDICIÓN PARTICULAR PARTE INTEGRAL DE LA PÓLIZA EMPRESARIAL GRUPO OAL – CAPÍTULO DE PARTICULARES.

1. Condiciones Particulares	31
2. Desmembración por accidente	31
a. Extensión de cobertura para desmembración por enfermedad.	31
b. No obstante lo consignado en el numeral 1.3, correspondiente a los beneficios por desmembración, se aclara la cobertura de:	31
3. No obstante lo consignado en el numeral 3.3,	31
4. No obstante lo consignado en el numeral 3.2,	31
5. No obstante lo consignado en el numeral 3.2	31
6. No obstante lo consignado en las condiciones generales para el amparo de Sida en el módulo Básico,	31
7. Módulo de cáncer de seno o matriz	32
8. Se aclara los incrementos de valor asegurado en el módulo de vida	32
9. Las edades que aplican para el producto son	32
10. Modulo educativo, para tomarlo el cónyuge	33
11. No obstante lo consignado en el amparo de segunda opinión médica	33
12. No obstante lo consignado en las condiciones generales para el amparo de cirugía ambulatoria	33
13. Los Asegurados que al cumplir los 74 años pasan a tener el seguro básico	33
14. Continuidad De Amparo	33-34
15. No obstante lo consignado en la condición segunda del amparo adicional de rentas y pagos únicos	34

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ CHUBB O LA COMPAÑÍA, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA SOLICITUD PRESENTADA POR EL TOMADOR Y LAS SOLICITUDES INDIVIDUALES DE LOS ASEGURADOS, LAS CUALES SE INCORPORAN AL PRESENTE CONTRATO PARA TODOS SUS EFECTOS, PAGARÁ LAS SUMAS ASEGURADAS CONTRATADAS EN CASO DE CONFIGURARSE SINIESTROS CON BASE EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES GENERALES.

FORMAN PARTE DEL CONTRATO LOS AMPAROS ADICIONALES, LAS DECLARACIONES DE ASEGURABILIDAD ESCRITAS O VERBALES DEL ASEGURADO, LOS CERTIFICADOS MÉDICOS Y CUALQUIER OTRO DOCUMENTO ESCRITO Y ACEPTADO POR LAS PARTES, QUE GUARDEN RELACIÓN CON EL PRESENTE SEGURO.

CONDICIÓN PRIMERA: AMPARO BÁSICO.

1.1. MUERTE ACCIDENTAL.

PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO, SE ENTIENDE POR ACCIDENTE EL SUCESO EXTERNO, FORTUITO, VIOLENTO E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO POR EL CUAL SE GENERE LA MUERTE, INCLUYENDO EL HOMICIDIO.

LA COMPAÑÍA PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS EL VALOR ASEGURADO TOMADO BAJO ESTE AMPARO, CUANDO DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR EL PRESENTE AMPARO, EL ASEGURADO FALLECIERE COMO CONSECUENCIA DE LAS LESIONES SUFRIDAS EN DICHO EVENTO.

TAMBIÉN SE CONSIDERAN COMO ACCIDENTES AMPARADOS LOS SIGUIENTES EVENTOS: MORDEDURA DE ANIMALES, PICADURA DE INSECTOS, LOS PRODUCIDOS EN LA PRÁCTICA DE DEPORTES Y COMPETENCIAS A NIVEL AFICIONADO, EXPEDICIONES Y EXPLORACIONES, LOS OCASIONADOS POR MOVIMIENTOS SÍSMICOS, TERREMOTO, HURACANES, INUNDACIONES, VOLCANES Y MAREMOTOS, LA MUERTE O LESIONES RECIBIDAS POR INTENTO DE HOMICIDIO Y ACCIDENTES COMO PASAJERO DE VUELOS PARTICULARES.

1.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE.

LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO CUANDO COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR ESTE SEGURO, AL ASEGURADO LE ES CALIFICADA UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CON UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL CINCUENTA POR CIENTO (50%) QUE LE IMPIDA DESEMPEÑAR EN FORMA TOTAL Y PERMANENTE SU OCUPACIÓN HABITUAL O EMPLEO PARA EL CUAL ESTÉ RAZONABLEMENTE CALIFICADO POR CAUSA DE SU EDUCACIÓN, ENTRENAMIENTO O EXPERIENCIA. EL MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN APLICABLE PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO SERÁ EL DECRETO 1507 DE 2014 O EL MANUAL QUE LO ACTUALICE O MODIFIQUE.

LOS HIJOS DEPENDIENTES DEL ASEGURADO PRINCIPAL, QUE SE ENCUENTREN ASEGURADOS POR EL PRESENTE AMPARO SERÁN INDEMNIZADOS POR LA COMPAÑÍA CUANDO LES SEA CALIFICADA UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CON UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL 50% QUE LES IMPIDA DESEMPEÑAR EN FORMA TOTAL Y PERMANENTE SU OCUPACIÓN HABITUAL O EMPLEO PARA EL CUAL ESTÉN RAZONABLEMENTE CALIFICADOS POR CAUSA DE SU EDUCACIÓN, ENTRENAMIENTO O EXPERIENCIA.

PARÁGRAFO. EL MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN APLICABLE PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO SERÁ EL DECRETO 1507 DE 2014 O EL MANUAL QUE LO ACTUALICE O MODIFIQUE CONFORME A LAS NORMAS LEGALES.

1.3. BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN.

LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO EN CASO DE OCURRENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO QUE GENERE DESMEMBRACIÓN, LOS PORCENTAJES DESCRITOS A CONTINUACIÓN:

1.3.1. PORCENTAJES DE INDEMNIZACIÓN SOBRE EL VALOR ASEGURADO:

PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISTA POR AMBOS OJOS.....100%

PÉRDIDA DE AMBAS MANOS O DE AMBOS PIES O DE UNA MANO Y UN PIE100%

PÉRDIDA DE UNA MANO O DE UN PIE JUNTO CON LA PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISTA POR UN OJO..... 100%

PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DEL HABLA O DE LA AUDICIÓN EN AMBOS OÍDOS100%

PERDIDA POR PARÁLISIS CORPORAL IRREMEDIABLE (HEMIPLEJIA, PARAPLEJÍA, Y TETRAPLEJÍA).....100%

POR LA PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN TOTAL Y PERMANENTE DE UNA MANO O DE UN PIE..... 60%

POR LA PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN POR UN OJO60%

POR LA PERDIDA TOTAL Y PERMANENTE DE LA AUDICIÓN EN TODAS LAS FRECUENCIAS EN UN OÍDO50%

POR LA PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN TOTAL Y PERMANENTE DEL DEDO PULGAR O SU FALANGE DE UNA DE LAS MANOS30%

POR LA PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN TOTAL Y PERMANENTE DE UNO DE CUALQUIERA DE LOS RESTANTES DEDOS O FALANGES DE LAS MANOS20%

POR LA PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN TOTAL Y PERMANENTE DE CADA UNO O CUALQUIERA DE LOS RESTANTES DEDOS O FALANGES DE LOS PIES10%

1.4. VIDA.

LA COMPAÑÍA SE OBLIGA A PAGAR EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO Y EN LA FORMA PREVISTA EN ÉSTE A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS O A LOS DE LEY, AL FALLECIMIENTO DE LAS PERSONAS ASEGURADAS, CUALQUIERA QUE SEA LA CAUSA QUE LA PRODUZCA, INCLUYENDO EL HOMICIDIO Y SUICIDIO SIEMPRE QUE LA MUERTE OCURRA DENTRO DE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO Y UNA VEZ PRESENTADA DE MANERA OPORTUNA, LA CORRESPONDIENTE RECLAMACIÓN.

1.5. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

PARA TODOS LOS EFECTOS DEL PRESENTE SEGURO, SE CONSIDERA COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE EL ESTADO DE INVALIDEZ QUE LE SOBREVENGAN A UN ASEGURADO MENOR DE SETENTA Y CINCO (75) AÑOS DE EDAD, QUE LE PRODUZCA LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES PERMANENTES QUE LE IMPIDAN EN FORMA TOTAL Y DE POR VIDA, POR SUS PROPIOS MEDIOS DESARROLLAR ACTIVIDADES LUCRATIVAS DE LAS CUALES DERIVAR SUSTENTO O GANANCIA, SIEMPRE QUE DICHA INCAPACIDAD HAYA DURADO POR UN PERÍODO CONTINUO NO MENOR DE CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS Y NO HAYA SIDO CAUSADA POR CULPA DEL ASEGURADO Y HAYA SIDO CALIFICADA EN UN PORCENTAJE IGUAL O SUPERIOR AL CINCUENTA POR CIENTO (50%) DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL CON BASE EN EL MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ VIGENTE EN COLOMBIA AL MOMENTO DE LA CALIFICACIÓN.

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 PÉRDIDA FÍSICA O FUNCIONAL DE LAS DOS MANOS O DE LOS DOS PIES, O DE TODA UNA MANO Y TODO UN PIE. CON RESPECTO A LAS MANOS, LA PÉRDIDA DEBERÁ PRESENTARSE AL NIVEL DE LA ARTICULACIÓN RADIOCARPIANA (MUÑECA) O POR ENCIMA DE ELLA. CON RESPECTO A LOS PIES, LA PÉRDIDA DEBERÁ DARSE AL NIVEL DE LA ARTICULACIÓN TIBIOTARSIANA (TOBILLO) O POR ENCIMA DE ELLA.

PARA LOS HIJOS DEPENDIENTES DEL ASEGURADO PRINCIPAL QUE SE ENCUENTREN ASEGURADOS EN EL PRESENTE AMPARO, SE TENDRÁ EN CUENTA LA SIGUIENTE DEFINICIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL CAPITAL ASEGURADO ESTIPULADO POR LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SUFRIDA POR EL ASEGURADO, LA CUAL SE PRODUZCA POR LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES INCURABLES Y PERMANENTES, QUE LE IMPIDAN EN FORMA TOTAL Y DE POR VIDA, DESARROLLAR POR SUS PROPIOS MEDIOS CUALQUIER ACTIVIDAD PRODUCTIVA, SIEMPRE Y CUANDO DICHA PÉRDIDA SEA

IGUAL O SUPERIOR AL CINCUENTA POR CIENTO (50%) DE SU CAPACIDAD PRODUCTIVA NORMAL, CON BASE EN EL MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ VIGENTE EN COLOMBIA AL MOMENTO DE LA CALIFICACIÓN Y QUE TAL INCAPACIDAD HAYA DURADO POR UN PERÍODO CONTINUO NO MENOR DE CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS. SIN PERJUICIO DE CUALQUIER CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SE CONSIDERA COMO TAL LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS, LA PÉRDIDA FÍSICA O FUNCIONAL DE AMBAS MANOS O DE AMBOS PIES O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE.

1.6 SIDA.

LA COMPAÑÍA PAGARÁ EN UN SOLO CONTADO LA SUMA ASEGURADA ESTIPULADA EN EL CERTIFICADO DE LA PÓLIZA, SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO A LAS PERSONAS ASEGURADAS MEDIANTE ESTE AMPARO Y DESCRITAS EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA SE LES DIAGNÓSTICA MÉDICAMENTE SIDA.

EL PAGO ÚNICO SE HARÁ HASTA EL LÍMITE DE LA SUMA ASEGURADA POR PERSONA DESCRITO EN EL CUADRO DE COBERTURAS DE LA PÓLIZA, AL ASEGURADO PRINCIPAL EN UN 100% Y A SU CÓNYUGE EN UN 50% SIEMPRE Y CUANDO ESTÉ ASEGURADO. LOS HIJOS NO TIENEN COBERTURA DE SIDA.

CONDICIÓN SEGUNDA: EXCLUSIONES.

2.1. EN TODO CASO, ESTE SEGURO NO SE APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES PROHÍBAN A LA COMPAÑÍA PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE SINIESTROS.

2.2. EL AMPARO DE VIDA NO TIENE EXCLUSIONES ADICIONALES.

2.3. EXCLUSIONES ADICIONALES APLICABLES AL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

LA COMPAÑÍA NO PAGARÁ NINGUNA INDEMNIZACIÓN POR ESTE AMPARO, SI LA INCAPACIDAD SUFRIDA POR EL ASEGURADO SE ENMARCA EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS:

- CONDICIONES FÍSICAS O DE SALUD PREEXISTENTES DEL ASEGURADO.
 - LA INCAPACIDAD MENOR DE 150 DÍAS.
 - LA INCAPACIDAD PRODUCIDA VOLUNTARIAMENTE POR EL ASEGURADO O POR SU CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE.
- 2.4. EXCLUSIONES ADICIONALES APLICABLES A LA INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN:

LA COMPAÑÍA NO PAGARÁ NINGUNA INDEMNIZACIÓN POR ESTE AMPARO, SI EL ACCIDENTE SUFRIDO POR EL ASEGURADO SE ENMARCA EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS:

- SUICIDIO O TENTATIVA DE SUICIDIO YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, MOTINES, HUELGAS, MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS O EN GENERAL CONMOCIONES DE CUALQUIER CLASE EN LA CUAL PARTICIPE EL ASEGURADO ACTIVAMENTE.
- LA MUERTE QUE SEA PRODUCTO DE LA VIOLACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO DE CUALQUIER NORMA LEGAL.
- ENCONTRARSE EL ASEGURADO POR CUALQUIER CAUSA, BAJO INFLUENCIA DE DROGAS TÓXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS.
- INGESTIÓN DE VENENO O INHALACIÓN DE GASES EN FORMA DELIBERADA.
- ENFERMEDAD MENTAL O CORPORAL O CUALQUIER DOLENCIA O PADECIMIENTO PREEXISTENTE.
- PARTICIPACIÓN EN AVIACIÓN EN LÍNEAS COMERCIALES NO ESTABLECIDAS LEGALMENTE, O COMO MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN DE CUALQUIER AERONAVE.
- PARTICIPACIÓN EN DEPORTES DE ALTO RIESGO TALES COMO, PERO NO LIMITADOS A, MOTOCICLETA, MOTONETA O VEHÍCULO SIMILAR, VUELOS EN COMETA, PARACAIDISMO, MONTAÑISMO, CHARRERÍA, ESQUÍ, TAUROMAQUÍA, ESPELEOLOGÍA, ETC.

- **ACCIDENTES DE TRÁNSITO CUANDO EL ASEGURADO ES EL CONDUCTOR DESPUÉS DE HABER CONSUMIDO ALCOHOL ETÍLICO.**

2.5. EXCLUSIONES ADICIONALES APLICABLES AL AMPARO DE SIDA:

- **LAS LESIONES O ENFERMEDADES SIN NEXO DE CAUSALIDAD CON EL SIDA, DURANTE EL PERÍODO DE LATENCIA CLÍNICA (ENFERMEDAD NO MANIFESTADA O ASINTOMÁTICA).**
- **PACIENTES CON VIH POSITIVO CONOCIDO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA.**
- **PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS NO RELACIONADOS CON EL SIDA.**
- **PACIENTES CUYO DIAGNÓSTICO DEL SIDA FUE CONOCIDO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA.**
- **LOS GASTOS EN QUE SE INCURRA PARA EL DIAGNÓSTICO DEL SIDA.**

CONDICIÓN TERCERA: LIMITACIONES.

3.1. DEDUCCIONES.

La indemnización por incapacidad total y permanente no es acumulable a la establecida para el amparo de vida.

Los montos de los siniestros que pague la compañía en virtud y a consecuencia de un hecho amparado por la cobertura de desmembración, por causa accidental, serán deducidos de la suma asegurada correspondiente a la de incapacidad total y permanente.

3.2. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA.

EMPLEADO Y CÓNYUGE
MÁXIMA DE INGRESO: 65 AÑOS
PERMANENCIA: 85 AÑOS

HIJOS
INGRESO: De 14 a 25 AÑOS
PERMANENCIA: 30 AÑOS

NOTA: A partir de los 31 años, los hijos tendrán los mismos beneficios del asegurado principal, si adquieren una cobertura individual de seguros con base en esta misma póliza.

3.3 VALOR ASEGURADO Y TARIFAS.

El valor asegurado será, el escogido por el Asegurado principal, indicado en la carátula del presente contrato, con un máximo \$ 300.000.000 y mínimo \$5.000.000. Para los hijos corresponderá a un porcentaje de máximo el 30% del valor asegurado principal, mínimo \$5´000.000.

Las primas se cobrarán para el Asegurado principal y cónyuge de acuerdo con la tarifa establecida por la compañía, por edad y género.

Los hijos entre 14 y 18 años pagan una prima mensual unificada estipulada en las condiciones particulares. De 19 años y más se cobrará a la tasa correspondiente a su edad y género.

3.4. INICIACIÓN DE LA VIGENCIA.

Esta cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la fecha de diligenciamiento de la solicitud escrita o aceptación telefónica.

CONDICIÓN CUARTA: DEFINICIONES.

4.1. PÉRDIDA: conforme se emplea para efectos del amparo de desmembración, significa con respecto de:

A. **Manos:** Inutilización o amputación traumática o quirúrgica de la muñeca o parte proximal de ella.

B. **Pies:** Inutilización o amputación traumática o quirúrgica del tobillo o parte proximal de él.

C. **Visión:** Pérdida total e irreparable de la visión.

D. **Audición:** Pérdida total e irreparable de la audición de ambos oídos.

E. **Habla:** Pérdida total e irreparable del habla.

G. **INUTILIZACIÓN:** Pérdida funcional total.

4.2. SIDA: Se entiende por sida (síndrome de inmuno-deficiencia adquirida), un síndrome de inmunosupresión grave, producido por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) manifestado por enfermedades infecciosas oportunistas y/o sarcoma de Kaposi, en pacientes que no han recibido fármacos inmunosupresores o que presenten enfermedad inmunosupresora aparente de causa distinta.

CONDICIÓN QUINTA: GRUPO ASEGURABLE DEL AMPARO BÁSICO.

- Asegurado principal.
- Cónyuge o compañero(a) permanente.
- Hijos.

CONDICIÓN SEXTA: CÁLCULO DE LA PRIMA.

La prima para cada período se calcula con base en los planes de seguros propuestos y escogidos libremente por los Asegurados que reúnan las condiciones de edad, actividad, domicilio y de estado de salud enmarcadas en estas condiciones generales, de acuerdo con lo indicado en el certificado individual de seguro.

CONDICIÓN SÉPTIMA: FRACCIONAMIENTO, PAGO Y MORA EN EL PAGO DE LAS PRIMAS.

El pago de la prima se realizará en forma mensual. El plazo para el pago de la prima es de treinta días a partir de la fecha de emisión del cobro mensual correspondiente.

De acuerdo con el artículo 1068 del Código de Comercio, el no pago de las cuotas de las primas en el plazo establecido, producirá la terminación automática del contrato de seguros y **LA COMPAÑÍA** quedará libre de toda responsabilidad por eventos que ocurran después de la terminación de dicho plazo.

Estando el seguro vigente, en caso de 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 Asegurado, hasta completar la anualidad respectiva.

El pago extemporáneo de la prima no convalida la mora, ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual, se devolverá la prima que no haya sido devengada.

CONDICIÓN OCTAVA: REVOCACIÓN DEL CONTRATO.

El Tomador y/o el Asegurado se reservan el derecho de hacer uso de las cláusulas de revocación, en los términos estipulados en el Artículo 1071 del Código de Comercio, pudiendo dar por terminado total o parcialmente el vínculo con **LA COMPAÑÍA** en cualquier momento y en los términos de ley.

Tratándose de los amparos adicionales, **LA COMPAÑÍA** podrá revocarlos mediante aviso escrito al Tomador y al Asegurado, enviando a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días de antelación contados a partir de la fecha de envío. En este caso **LA COMPAÑÍA** devolverá la parte proporcional de la prima no devengada a la fecha de revocación.

CONDICIÓN NOVENA: MODIFICACIONES AL CONTRATO.

Cualquier modificación al contrato deberá ser solicitada por escrito en cualquiera de las oficinas de **LA COMPAÑÍA**, o en las oficinas del INTERMEDIARIO.

CONDICIÓN DÉCIMA: DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE (ARTÍCULOS 1058 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO).

El Tomador y los Asegurados individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. La reticencia o la inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidos por CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., 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 o los asegurados individualmente considerados han encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado de riesgo. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del Tomador o de los asegurados individualmente considerados, el contrato no será nulo, pero CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente a la 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.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA: INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE EDAD.

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

- A. 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 de Comercio.
- B. 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**.
- C. Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el literal anterior.

PARÁGRAFO: Los literales b y c anteriores no se aplican cuando la prima se establezca con base en el sistema de tasas promedio o se utilice la tarifa para Asegurados de edad desconocida.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA: CONVERTIBILIDAD.

Los Asegurados menores de sesenta y cinco (65) años que se separen del grupo 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 tenga en el amparo de vida, si es de tipo contributivo, pero sin beneficios adicionales.

El seguro individual se emitirá en la compañía con la cual **LA COMPAÑÍA** tenga suscrito el respectivo convenio, de acuerdo con las condiciones del respectivo plan y conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el Asegurado y su ocupación en la fecha de la solicitud. En caso de haberse aceptado bajo la póliza riesgos no-estándar, se expedirán los certificados 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 en ella se hubiere expedido (medie solicitud o pago de prima o no), sus beneficiarios tendrán derecho a la prestación asegurada bajo la presente póliza.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA: INCONTESTABILIDAD / IRREDUCTIBILIDAD.

Transcurridos dos (2) años ininterrumpidos 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.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA: TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL.

La cobertura de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus amparos adicionales, termina automáticamente, sin necesidad que medie comunicación alguna entre las partes, por las siguientes causas:

- A. Por mora en el pago de la prima.
- B. La terminación del vínculo entre Tomador y el Asegurado en forma expresa por cualquiera de las partes.
- C. Al vencimiento de la póliza matriz, si ésta no se renueva.
- D. Para cada uno de los amparos, cuando se haya pagado el 100% del valor asegurable indemnizable.
- E. En el seguro del cónyuge e hijos al fallecimiento del asegurado principal, a no ser que se convenga con el cónyuge la continuación del contrato.

F. De mutuo acuerdo entre las partes.

G. Cuando el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el seguro, tal como se establece en la póliza o sus amparo adicionales.

H. Cuando el Asegurado solicite por escrito su exclusión del seguro.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA: INCREMENTO DE LA SUMA ASEGURADA DEL AMPARO BÁSICO.

El seguro de vida se podrá incrementar al inicio de cada renovación con el índice de Precios al Consumidor (IPC) del año calendario inmediatamente anterior.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA: MODIFICACIONES DE VALOR ASEGURADO Y PLAN.

Las modificaciones para incremento de valor asegurado o cambio a un plan de mayor cobertura, sólo podrán realizarse en la renovación.

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA: CONDICIONES PRE-EXISTENTES.

Para todos los efectos de las coberturas del seguro, se considera CONDICIÓN PRE-EXISTENTE, toda patología o secuela de accidente que haya sido diagnosticada por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina, previamente a la fecha de inicio de vigencia del seguro, y que tal diagnóstico, haya sido o debido ser conocido por el Asegurado. La no manifestación de tales condiciones, producirán la nulidad relativa del contrato, de acuerdo con lo establecido para tal efecto en los Artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio colombiano.

Las condiciones médicas pre-existentes, estarán amparadas siempre y cuando hayan sido declaradas desde la vinculación y aceptadas por **LA COMPAÑÍA**.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA: DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.

El Beneficiario puede ser a título gratuito o a título oneroso y debe ser nombrado expresamente al suscribir el seguro.

Cuando el Beneficiario sea a título gratuito, el Asegurado lo podrá cambiar en cualquier momento, pero tal cambio surtirá efecto a partir de la fecha de notificación y recibo 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 y expresamente establecido por el Asegurado.

En el evento en que el Beneficiario sea a título gratuito y ocurra el fallecimiento del Asegurado sin que se haya designado Beneficiario, o 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 pudiese determinar cuál murió primero, serán Beneficiarios del seguro, los beneficiarios de ley del Asegurado.

El Asegurado o Beneficiario, en su caso, quedará privado de todo derecho procedente de la presente póliza, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, o si en apoyo de ella se hicieren o utilizaren declaraciones falsas, o se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos.

Cuando el siniestro sea diferente a la muerte, el pago lo recibirá el Asegurado.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA: PAGO DE SINIESTRO.

LA COMPAÑÍA pagará al Asegurado o a los beneficiarios, la indemnización a que esté obligada por la presente póliza y sus amparos adicionales, si los hubiere, dentro del mes siguiente a la fecha en que el Asegurado o beneficiarios haya acreditado su derecho en los términos del artículo 1077 del Código de Comercio.

El Tomador o Beneficiario a petición de **LA COMPAÑÍA**, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle la investigación del siniestro.

PARÁGRAFO: EXÁMENES MÉDICOS.

LA COMPAÑÍA podrá solicitar los exámenes médicos pertinentes al Asegurado mientras se encuentre un reclamo pendiente bajo la presente póliza.

CONDICIÓN VIGÉSIMA: PRUEBA DEL SINIESTRO.

A título enunciativo y sin que implique limitación de la libertad probatoria que tiene el Asegurado y/o Beneficiario a continuación se relacionan algunos de los documentos que pueden ser remitidos en caso de siniestro.

20.1 MUERTE POR CUALQUIER CAUSA.

- Fotocopia del documento de identidad del fallecido o registro civil de nacimiento.
- Certificado médico expedido por la institución médica o el médico que atendió por última vez al Asegurado.

- Registro civil de defunción en original, expedido por la Notaría.
- Fotocopia documento de identificación de los beneficiarios.
- Designación de un representante legal para los beneficiarios menores de edad.
- Copia de la historia clínica.

20.2. MUERTE ACCIDENTAL.

En adición a los documentos relacionados en el numeral 22.1 anterior:

- Acta de levantamiento de cadáver expedida por la Fiscalía o inspector de turno o miembros de la SIJIN.
- Informe detallado de los hechos que condujeron al accidente.
- Si es accidente de tránsito, acta de reconocimiento o croquis del inspector adscrito a la Secretaría de Tránsito, más examen de alcoholemia respectivo.
- Protocolo de necropsia, o documento que legalmente lo reemplace.

20.3. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN – CIRUGÍA AMBULATORIA.

- Copia de la historia clínica completa de hospitalización de la enfermedad por la que está reclamando en documento del médico con su registro correspondiente.
- Certificado de hospitalización expedido por la institución respectiva donde conste fecha de ingreso y egreso, así como la permanencia en la Unidad de Cuidados Intensivos y/o sala, con los diagnósticos de las afecciones.

20.4. DESMEMBRACIÓN O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

- Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.
- Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral emitida por: Junta Calificadora Regional de Calificación de Invalidez o Junta Calificadora Nacional de Calificación de Invalidez, en caso de no existir esta calificación se aceptarán las calificaciones emitidas por ISS (COLPENSIONES) o ARL o AFP o EPS bien sea del régimen subsidiado o del régimen contributivo.
- Historia clínica y exámenes complementarios según se requiera.

En el caso de las calificaciones emitidas por las Juntas Regional y Nacional de Calificación de Invalidez el porcentaje de Pérdida de Capacidad Laboral será automáticamente aceptado por **LA COMPAÑÍA** siempre y cuando el dictamen se encuentre en firme y la pérdida de capacidad laboral sea valorada única y exclusivamente por patologías no preexistentes a la vigencia de la póliza".

En el caso calificaciones de Pérdida de Capacidad Laboral diferentes a las emitidas por las Juntas Regional y Nacional de Calificación de Invalidez, **LA COMPAÑÍA** realizará un análisis a efectos de verificar que se cumpla con lo dispuesto en el Manual Único de Calificación de Invalidez vigente al momento de la calificación.

En caso de discrepancia entre las calificaciones emitidas por ISS (COLPENSIONES) o ARL o AFP o EPS bien sea del régimen subsidiado o del régimen contributivo y el análisis hecho por **LA COMPAÑÍA**; el trámite legal de calificación establece que el caso deberá ser resuelto por la Junta Regional de Calificación de Invalidez, caso en el cual se aportará dicho dictamen.

20.5 ENFERMEDADES GRAVES / SIDA / TRASPLANTE DE ÓRGANOS.

- Diagnóstico médico.
- Historia clínica completa desde el diagnóstico inicial de la patología objeto de reclamo por parte del asegurado.
- Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.

20.6 AUXILIO FUNERARIO.

- Fotocopia del documento de identidad del fallecido.
- Fotocopia del documento de identidad del Beneficiario.
- Registro Civil de defunción en original o copia autenticada.

20.7 ROTURA DE HUESOS POR ACCIDENTE.

- Formulario de indemnización debidamente diligenciado.
- Historia clínica completa de la atención al momento del accidente.
- Facturas soportes de los gastos médicos realizados

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA: DERECHO DE INSPECCIÓN.

El Tomador autoriza a **LA COMPAÑÍA**, para inspeccionar los libros y documentos que se refieran al manejo de esta póliza.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA: PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN.

El Asegurado o Beneficiario, en su caso, quedará privado de todo derecho procedente de la presente póliza, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, o si en apoyo de ésta se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos.

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA: NOTIFICACIONES.

Cualquier notificación que deban hacerse las partes, para los efectos del presente contrato deberá consignarse por escrito, salvo que la ley disponga lo contrario, y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección conocida.

CONDICIÓN VIGÉSIMA CUARTA: PRESCRIPCIÓN.

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

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

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

Estos términos no pueden ser modificados por las partes.

CONDICIÓN VIGÉSIMA QUINTA: NORMAS SUPLETORIAS.

En lo no previsto en las presentes condiciones este contrato se regirá por las disposiciones del Código de Comercio Colombiano.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEXTA: DOMICILIO.

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá. D.C., República de Colombia.

EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA SOLICITUD PRESENTADA POR EL TOMADOR Y LAS SOLICITUDES INDIVIDUALES DE LOS ASEGURADOS, LAS CUALES SE INCORPORAN AL PRESENTE CONTRATO PARA TODOS SUS EFECTOS, LA COMPAÑÍA A SOLICITUD DEL ASEGURADO Y CON EL CORRESPONDIENTE PAGO DE LA PRIMA ADICIONAL, PODRÁ OTORGAR EL SIGUIENTE AMPARO ADICIONAL, SUJETO A LAS SIGUIENTES CONDICIONES Y SIEMPRE Y CUANDO SE ENCUENTRE RELACIONADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL.

AL PRESENTE AMPARO LE SON APLICABLES TODAS LAS CONDICIONES SEÑALADAS EN EL AMPARO BÁSICO DE LA PÓLIZA A CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO, SALVO AQUELLAS CONDICIONES QUE SE ENCUENTREN EXPRESAMENTE TRATADAS EN ESTE ANEXO.

CONDICIÓN PRIMERA: AMPAROS.

1.1 RENTA MENSUAL POR DOCE (12) MESES, EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE.

LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ EN FORMA DE RENTA MENSUAL LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA SEGÚN EL PLAN DESCRITO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA AL ASEGURADO O A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS, EN CASO DE QUE AL ASEGURADO LE SOBREVenga UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PRESENTE PÓLIZA, DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO, QUE OCASIONE LA MUERTE O LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

1.2 PAGO ÚNICO INMEDIATO EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL O DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE.

LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO O A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS, EL CAPITAL ASEGURADO DENOMINADO PAGO ÚNICO INMEDIATO DE ACUERDO CON EL PLAN DESCRITO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, EN CASO DE SOBREVENIR UN ACCIDENTE AMPARADO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO QUE OCASIONE LA MUERTE O LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

1.3 RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

LA COMPAÑÍA RECONOCERÁ EL VALOR ASEGURADO DIARIO DE ACUERDO CON EL PLAN CONTRATADO Y DESCRITO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, POR CADA DÍA DE HOSPITALIZACIÓN QUE TENGA LUGAR DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO, ORIGINADA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE AMPARADO, Y MÁXIMO POR UN AÑO SIEMPRE Y CUANDO LA HOSPITALIZACIÓN HAYA INICIADO EN LA VIGENCIA DEL SEGURO.

1.4 RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR CÁNCER O UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

LA COMPAÑÍA RECONOCERÁ AL ASEGURADO, LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA, SEGÚN EL PLAN DESCRITO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA POR UN MÁXIMO DE 60 DÍAS CONTINUOS O DISCONTINUOS, EVENTO-VIGENCIA, EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN COMO CONSECUENCIA DE TRATAMIENTO POR CÁNCER Y/O EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

1.5 RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA HASTA 60 DÍAS.

LA COMPAÑÍA RECONOCERÁ AL ASEGURADO, LA SUMA ASEGURADA DIARIA CONTRATADA, SEGÚN EL PLAN DESCRITO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, POR UN MÁXIMO DE 60 DÍAS CONTINUOS O DISCONTINUOS, EVENTO-VIGENCIA, CUANDO MÉDICAMENTE SE ORDENE PARA LA PRONTA RECUPERACIÓN DEL PACIENTE ASEGURADO, LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA.

1.6. CIRUGÍA AMBULATORIA.

LA COMPAÑÍA RECONOCERÁ AL ASEGURADO POR UNA SOLA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA, SEGÚN EL PLAN DESCRITO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SI COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA ENFERMEDAD O LESIÓN AMPARADA POR EL SEGURO, DIAGNOSTICADA Y SUFRIDA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SE DEBE PRACTICAR UNA CIRUGÍA AMBULATORIA EN UN CENTRO MÉDICO O CENTRO DE CIRUGÍA QUE CUMPLE 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.

CONDICIÓN SEGUNDA: EXCLUSIONES.

PARA LA COBERTURA DE PAGO ÚNICO Y RENTA MENSUAL POR MUERTE O INVALIDEZ ACCIDENTAL APLICARÁN LAS EXCLUSIONES ESTIPULADAS EN EL AMPARO DE MUERTE ACCIDENTAL DE LAS CONDICIONES GENERALES DEL AMPARO BÁSICO.

ADICIONALMENTE PARA LA COBERTURA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN Y/O CIRUGÍA AMBULATORIA NO SE CUBREN LAS INDEMNIZACIONES A QUE HUBIERE LUGAR RESULTANTES DE HOSPITALIZACIONES OCASIONADAS O CONSECUENCIA DE:

- A. ENFERMEDADES O DEFECTOS FÍSICOS CONGÉNITOS O ADQUIRIDOS ANTES DE LA FECHA DE INICIACIÓN DEL SEGURO.
- B. CIRUGÍA ESTÉTICA O PLÁSTICA CON FINES NO REQUERIDOS POR EL ESTADO DE SALUD, SALVO LA DE TIPO RECONSTRUCTIVO POR ACCIDENTE O ENFERMEDADES CUBIERTAS POR ESTA PÓLIZA.
- C. TRATAMIENTO DE TABAQUISMO, ALCOHOLISMO O ADICCIÓN A LAS DROGAS.
- D. TRATAMIENTOS Y/O ENFERMEDADES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL SIDA O EL VIRUS VIH.
- E. CURAS DE REPOSO Y DESÓRDENES MENTALES O NERVIOSOS.
- F. TERAPIAS, SALVO LA FÍSICA Y/O RESPIRATORIA NECESARIA DURANTE UNA HOSPITALIZACIÓN CON RELACIÓN A LA CUAL HAYA COBERTURA POR ESTA PÓLIZA.
- G. CHEQUEOS MÉDICOS, SALVO HOSPITALIZACIONES QUIRÚRGICAS COMO CONSECUENCIA DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE.
- H. ATENCIÓN DENTAL EN GENERAL, SALVO LA NECESARIA DURANTE UNA HOSPITALIZACIÓN COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTE.
- I. CORRECCIÓN DE DEFECTOS DE REFRACCIÓN DE LA VISTA, COMO MIOPIA, HIPERMETROPÍA, ETC., ASÍ COMO ANTEOJOS, LENTES Y EXÁMENES DE OJOS.

- J. PRÓTESIS O APARATOS ORTOPÉDICOS, MECÁNICOS, BIOELÉCTRICOS O DE CUALQUIER CLASE.
- K. CONTROL DE EMBARAZO Y CUALQUIER GASTO OCASIONADO POR CHEQUEO DEL MISMO, NORMAL O CESÁREA. SALVO EL ABORTO NO PROVOCADO QUE SÍ ESTÁ INCLUIDO EN LA COBERTURA.
- L. ENFERMEDADES QUE REQUIERAN CUARENTENA.
- M. QUIMIOTERAPIA CON SUSTANCIAS RADIOACTIVAS.
- N. LESIONES SUFRIDAS POR LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN ACTOS AL MARGEN DE LA LEY (POR EJEMPLO: PARTICIPACIÓN EN ATRACOS, HURTOS, ETC).
- O. CATÁSTROFES NATURALES DE CUALQUIER TIPO.
- P. GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL O CONMOCIÓN DE CUALQUIER CLASE EN LA QUE PARTICIPE ACTIVAMENTE EL ASEGURADO.
- Q. LESIONES CAUSADAS DELIBERADAMENTE POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO SEA CUAL FUERE SU ESTADO MENTAL.
- R. LA COBERTURA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA EXCLUYE LA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR CÁNCER.
- S. SE EXCLUYE EL HOMICIDIO, CON EXCEPCIÓN DEL HOMICIDIO CULPOSO, PARA LOS AMPAROS DE RENTA Y PAGO ÚNICO POR MUERTE POR ACCIDENTE DEL ASEGURADO.

CONDICIÓN TERCERA: LIMITACIONES.

3.1 EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN Y/O MUERTE O INVALIDEZ PERMANENTE ACCIDENTALES

ASEGURADO PRINCIPAL (EMPLEADO), CÓNYUGE Y PROGENITORES

- MÁXIMA DE INGRESO: 65 AÑOS
- PERMANENCIA: 75 AÑOS

HIJOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL

- INGRESO: 1 DÍA DE NACIDO - 25 AÑOS
- PERMANENCIA: 40 AÑOS

3.2 VALOR ASEGURADO

El valor asegurado será el correspondiente al plan escogido por el Asegurado principal, indicado en la carátula de la póliza o certificado individual de seguros.

CONDICIÓN CUARTA: DEFINICIONES

A. Exámenes Especiales de Diagnóstico:

Se cubren las hospitalizaciones que sean ordenadas por un médico para la realización de exámenes especiales de diagnóstico tales como: Angiografías, cateterismos cardíacos, artroscopias, escanografías cerebrales, biopsias, endoscopias, linfografías, broncoscopias, mielografías, laparoscopias, neumocentelografías, laringoscopias directas, ventriculografías.

Para efectos del presente amparo, se otorgarán a la presentación de las pruebas que certifiquen el requerimiento de hospitalización y hayan sido aprobadas por un médico autorizado por LA COMPAÑÍA.

B. Hospitalización:

Se entiende por hospitalización cuando la persona permanece reclusa en el centro hospitalario durante más de 24 horas o mínimo una (1) noche. (Ingresando antes de las 9:00 pm del primer día y saliendo después de las 3:00 pm del siguiente día).

C. Centro hospitalario (Clínica – Hospital):

Es toda institución donde se tratan enfermedades agudas y emergencias, legalmente autorizadas para prestar servicios médicos y/o quirúrgicos en el país donde se encuentra establecida y cuyas actividades principales no sean las de baños termales, hidroclínicas, sanatorios, centros de rehabilitación, asilo u hogar para ancianos. Debe estar bajo la supervisión constante de un médico residente.

D. Hospitalización Domiciliaria:

Se acepta esta clase de cobertura bajo las siguientes condiciones:

- Se requiere de orden en original de la remisión a hospitalización domiciliaria en papelería de un centro hospitalario (Clínica-Hospital).
- Documento médico en original que corrobore la necesidad de realizar la "hospitalización domiciliaria", con registro médico y justificable por el tipo de enfermedad.

- La cobertura sólo operará hasta por (60) días por evento o por año de vigencia, los que pueden ser continuos o discontinuos.
- La cobertura de hospitalización domiciliaria excluye la doble indemnización como consecuencia de cáncer.

E. Cirugía ambulatoria: 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 y pinzas, 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. El procedimiento quirúrgico se realiza sin necesidad de internar el paciente por un periodo mayor de 24 horas.

CONDICIÓN QUINTA: GRUPO ASEGURABLE

- Asegurado principal.
- Cónyuge o compañero(a) permanente del Asegurado principal.
- Hijos del asegurado principal.
- Progenitores del Asegurado Principal.

Nota: Continúan amparadas las personas adicionales que están actualmente aseguradas por vigencias anteriores.

EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA SOLICITUD PRESENTADA POR EL TOMADOR Y LAS SOLICITUDES INDIVIDUALES DE LOS ASEGURADOS, LAS CUALES SE INCORPORAN AL PRESENTE CONTRATO PARA TODOS SUS EFECTOS, LA COMPAÑÍA A SOLICITUD DEL ASEGURADO Y CON EL CORRESPONDIENTE PAGO DE LA PRIMA ADICIONAL, PODRÁ OTORGAR EL SIGUIENTE AMPARO ADICIONAL, SUJETO A LAS SIGUIENTES CONDICIONES Y SIEMPRE Y CUANDO SE ENCUENTRE RELACIONADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL.

AL PRESENTE AMPARO LE SON APLICABLES TODAS LAS CONDICIONES SEÑALADAS EN AL AMPARO BÁSICO DE LA PÓLIZA A CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO, SALVO AQUELLAS CONDICIONES QUE SE ENCUENTREN EXPRESAMENTE TRATADAS EN ESTE ANEXO.

CONDICIÓN PRIMERA: AMPARO.

LA COMPAÑÍA PAGARÁ EN UN SOLO CONTADO LA SUMA ASEGURADA ESTIPULADA EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO SI DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO A LAS PERSONAS ASEGURADAS SE LES DIAGNOSTICA MÉDICAMENTE CÁNCER, INFARTO DEL MIOCARDIO, ACCIDENTE CEREBROVASCULAR, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, CIRUGÍA DE ARTERIAS CORONARIAS (BYPASS), PARAPLEJIA, CUADRAPLEJIA, CUEGERA TOTAL, ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, ENFERMEDAD DE PARKINSON Y GRAN QUEMADO Y, ADEMÁS SOBREVIVE 30 DÍAS CONTADOS DESDE LA FECHA DEL DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD GRAVE.

CONDICIÓN SEGUNDA: EXCLUSIONES.

LOS SIGUIENTES EVENTOS CARECEN DE COBERTURA Y POR LO TANTO LA COMPAÑÍA NO ESTARÁ OBLIGADA AL PAGO DE LA SUMA ASEGURADA:

- A. SI LA ENFERMEDAD HA SIDO DIAGNOSTICADA CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL.
- B. ENFERMEDAD O INVALIDEZ DERIVADA O RELACIONADA CON EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).

- C. TUMORES MALIGNOS DE LA PIEL (INCLUSIVE MELANOMAS MALIGNOS), CÁNCER IN SITU NO INVASIVO Y TUMORES DERIVADOS DE LA PRESENCIA DEL VIRUS DEL SIDA.
- D. CÁNCER DE SENO O MATRIZ.
- E. PARA LA CIRUGÍA ARTERIO CORONARIA SE EXCLUYEN LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS: LA ANGIOPLASTIA, CUALQUIER PROCEDIMIENTO INTRA-ARTERIAL, CIRUGÍA POR TORACOTOMÍA MÍNIMA.
- F. LESIÓN CAUSADA DELIBERADAMENTE POR EL ASEGURADO, INDEPENDIENTEMENTE DE QUE SE ENCUENTRE EN SANO JUICIO O DEMENCIA.
- G. ENFERMEDAD GRAVE O INVALIDEZ CAUSADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR ADICCIÓN AL ALCOHOL O A LAS DROGAS.

CONDICIÓN TERCERA: LIMITACIONES

3.1 EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA PARA AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES.

ASEGURADO PRINCIPAL (EMPLEADO), SU CÓNYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE Y SUS PROGENITORES:

MÁXIMA DE INGRESO: 65 AÑOS
PERMANENCIA: 75 AÑOS

HIJOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL

INGRESO: 6 MESES - 25 AÑOS
PERMANENCIA: 30 AÑOS

HERMANOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL
MENORES DE 18 AÑOS:

INGRESO: 6 MESES - 17 AÑOS
PERMANENCIA: 18 AÑOS

3.2 VALOR ASEGURADO.

El valor asegurado será el escogido por el Asegurado principal, indicado en la carátula del presente contrato, sin que exceda el valor asegurado del amparo básico de vida y hasta un límite de \$100'000.000 y en adición al valor asegurado del seguro básico de vida.

CONDICIÓN CUARTA: DEFINICIONES.

Para efectos de la presente póliza, se entiende por:

A. Cáncer: Enfermedad provocada por un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y la multiplicación incontrolable de células malignas y la invasión de tejido. Esta definición también incluye leucemia y enfermedades malignas del sistema linfático como la Enfermedad de Hodgkin (linfogranuloma).

B. Infarto al miocardio: La muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de una irrigación sanguínea deficiente a la zona respectiva, para lo cual se debe tener antecedentes de dolores torácicos, elevación de encimas cardíacas.

C. Accidente Cerebro-vascular: Accidente cerebro-vascular que cause los síntomas neurológicos correspondientes durante más de 24 horas. Debe existir una destrucción del tejido cerebral causada por trombosis, hemorragia o embolia de fuente extracraneal y dejar secuelas correspondientes al área afectada de por vida (secuelas permanentes)

D. Insuficiencia renal crónica: El fallo total o crónico o irreversible de ambos riñones, a consecuencia del cual hay que efectuar al menos una vez por semana diálisis renal o trasplante de riñón.

E. Paraplejía y cuadriplejía: Pérdida total y permanente de la movilidad de por lo menos las extremidades inferiores durante un mínimo de 90 días, se incluye su amputación, por encima de la rodilla.

F. Ceguera total: Pérdida total o irreparable de la visión en ambos ojos.

G. Cirugía de arterias coronarias (bypass): La realización de cirugía de tórax abierto para el reemplazo de una o más arterias coronarias, que están estrechadas u ocluidas, por el implante de una puente arterial coronario. La necesidad de tal cirugía debe haber sido probada por medio de angiografía coronaria y la realización de la cirugía debe ser confirmada por un especialista.

H. Enfermedad de alzheimer: Diagnóstico clínico inequívoco de Enfermedad de Alzheimer (demencia presenil), confirmado por un especialista y Evidenciado por hallazgos típicos en exámenes neurológicos y cognitivos (por ejemplo TAC, Resonancia Nuclear, Magnética, PET de cerebro). La enfermedad debe producir como resultado una incapacidad permanente de realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.

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

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

J. Gran quemado: Lesiones producidas por quemaduras por agentes físicos, químicos, eléctricos o por fricción que comprometan de manera importante el estado del Asegurado y requieren manejo médico de urgencia e intrahospitalario en unidad especial de cuidado y que de no tenerlo conllevarían a complicaciones severas e incapacitantes incluso la muerte.

- ✓ Para efectos de la presente cobertura, se entiende como gran quemado:
 - 25% de superficie corporal, de 2° grado en adulto.
 - 20% de superficie corporal, de 2° grado en niños
 - 10% de superficie corporal, de 3° grado en niños o adultos

K. Período de sobrevivencia: Es el lapso de tiempo de treinta (30) días corrientes, contados a partir de la fecha en la que es diagnosticada por primera vez la enfermedad grave cubierta al Asegurado, al cabo de la cual es posible solicitar y acceder al pago del valor asegurado en la presente extensión. En otros términos, dentro de los treinta (30) días mencionados no habrá cobertura para el presente amparo.

CONDICIÓN QUINTA: GRUPO ASEGURABLE PARA AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES.

- Asegurado principal.
- Cónyuge o compañero(a) permanente del asegurado principal.
- Hijos del asegurado principal.
- Progenitores del Asegurado Principal.
- Hermanos del asegurado principal menores de 18 años y/o incapacitados que dependan económicamente del Asegurado principal, que no padezcan o hayan padecido de las enfermedades objeto de la cobertura del presente amparo o preexistentes.

EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA SOLICITUD PRESENTADA POR EL TOMADOR Y LAS SOLICITUDES INDIVIDUALES DE LOS ASEGURADOS, LAS CUALES SE INCORPORAN AL PRESENTE CONTRATO PARA TODOS SUS EFECTOS, LA COMPAÑÍA A SOLICITUD DEL ASEGURADO Y CON EL CORRESPONDIENTE PAGO DE LA PRIMA ADICIONAL, PODRÁ OTORGAR EL SIGUIENTE AMPARO ADICIONAL, SUJETO A LAS SIGUIENTES CONDICIONES Y SIEMPRE Y CUANDO SE ENCUENTRE RELACIONADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL.

AL PRESENTE AMPARO LE SON APLICABLES TODAS LAS CONDICIONES SEÑALADAS EN AL AMPARO BÁSICO DE LA PÓLIZA A CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO, SALVO AQUELLAS CONDICIONES QUE SE ENCUENTREN EXPRESAMENTE TRATADAS EN ESTE ANEXO.

CONDICIÓN PRIMERA: AMPARO.

EL PRESENTE AMPARO SOLO SE OTORGA CUANDO SE TENGA CONTRATADO EL AMPARO BÁSICO Y/O EL AMPARO ADICIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES Y POR LO TANTO LE SON APLICABLES LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS PARA DICHOS AMPAROS.

NO OBSTANTE LA EXCLUSIÓN ESTABLECIDA EN LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES, LA COMPAÑÍA PAGARÁ A LA ASEGURADA EN UN SOLO CONTADO LA SUMA ASEGURADA ESTIPULADA EN EL CERTIFICADO DE LA PÓLIZA PARA LA PRESENTE COBERTURA, EN CASO DE DIAGNOSTICO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO DE CÁNCER DE SENO O MATRIZ, SIEMPRE QUE NO SEA PREEXISTENTE A LA INICIACIÓN DE LA COBERTURA.

SIN PERJUICIO DEL PRINCIPIO DE LIBERTAD PROBATORIA, PARA EL RECONOCIMIENTO DEL PRESENTE AMPARO SE RECOMIENDA LA PRESENTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA DEL ASEGURADO, MÁS EL DOCUMENTO EN DONDE EL MÉDICO TRATANTE DIAGNOSTICA POR PRIMERA VEZ EL PADECIMIENTO DE ESTA DOLENCIA.

LA COMPAÑÍA SEGUROS OTORGARÁ UNA SUMA ADICIONAL ESTIPULADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES POR CADA MILLÓN ASEGURADO, CON DESTINO

ESPECÍFICO PARA COMPRA DE MEDICAMENTOS POR DIAGNÓSTICO POSITIVO DE CÁNCER DE SENO O MATRIZ AMPARADO EN LA PÓLIZA.

CONDICIÓN SEGUNDA: EXCLUSIONES.

LA COMPAÑÍA NO ESTARÁ OBLIGADA AL PAGO DE LA SUMA ASEGURADA BAJO LA PRESENTE COBERTURA EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- A. CUANDO EL ASEGURADO PADEZCA CÁNCER DE SENO O MATRIZ EN PRESENCIA DEL SIDA.
- B. CÁNCER DE SENO O MATRIZ COMO CONSECUENCIA DE TUMORES MALIGNOS DE LA PIEL (EXCEPTO MELANOMAS MALIGNOS), O CÁNCER IN SITU NO INVASIVO, O TUMORES DERIVADOS DE LA PRESENCIA DEL VIRUS DEL SIDA.
- C. CÁNCER DE SENO O MATRIZ DIAGNOSTICADA EN PERSONAS QUE TENGAN ADICCIÓN AL ALCOHOL O A LAS DROGAS.

CONDICIÓN TERCERA: LIMITACIONES.

3.1 VALOR ASEGURADO CÁNCER DE SENO O MATRIZ.

La suma asegurada será la estipulada en el certificado de la póliza, y deberá ser menor o igual al valor asegurado del amparo básico o el amparo adicional de enfermedades graves (según sea el caso) sin exceder el límite máximo por persona de hasta \$30´000.000, mínimo \$5.000.000.

3.2 EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA AMPARO DE CÁNCER DE SENO O MATRIZ.

ASEGURADO PRINCIPAL (EMPLEADO) Y SU CÓNYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE:

MÁXIMA DE INGRESO: 60 AÑOS
PERMANENCIA HASTA: 65 AÑOS

HIJOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL

INGRESO: 6 MESES DE NACIDO HASTA LOS 25 AÑOS
PERMANENCIA HASTA LOS 30 AÑOS.

CONDICIÓN CUARTA: GRUPO ASEGURABLE AMPARO DE CÁNCER DE SENO O MATRIZ.

- ASEGURADO PRINCIPAL (EMPLEADO).
- CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE DEL ASEGURADO PRINCIPAL.

EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA SOLICITUD PRESENTADA POR EL TOMADOR Y LAS SOLICITUDES INDIVIDUALES DE LOS ASEGURADOS, LAS CUALES SE INCORPORAN AL PRESENTE CONTRATO PARA TODOS SUS EFECTOS, LA COMPAÑÍA A SOLICITUD DEL ASEGURADO Y CON EL CORRESPONDIENTE PAGO DE LA PRIMA ADICIONAL, PODRÁ OTORGAR EL SIGUIENTE AMPARO ADICIONAL, SUJETO A LAS SIGUIENTES CONDICIONES Y SIEMPRE Y CUANDO SE ENCUENTRE RELACIONADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL.

AL PRESENTE AMPARO LE SON APLICABLES TODAS LAS CONDICIONES SEÑALADAS EN AL AMPARO BÁSICO DE LA PÓLIZA A CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO, SALVO AQUELLAS CONDICIONES QUE SE ENCUENTREN EXPRESAMENTE TRATADAS EN ESTE ANEXO.

CONDICIÓN PRIMERA: AMPARO.

LA COMPAÑÍA PAGARÁ EN UN SOLO CONTADO LA SUMA ASEGURADA ESTIPULADA EN EL CERTIFICADO DE LA PÓLIZA PARA LA PRESENTE COBERTURA SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO AL ASEGURADO LE ES DIAGNOSTICADO MÉDICAMENTE SIDA, O SE DETERMINA QUE EL ASEGURADO DEBE PRACTICARSE TRASPLANTE DE HÍGADO, RIÑÓN, PÁNCREAS, CORAZÓN, PULMÓN, MÉDULA ÓSEA O TRASPLANTE DE TEJIDOS (PIEL – MÍNIMO 10% DE LA SUPERFICIE CORPORAL), HUESO, TENDONES, CARTÍLAGO) PARA LOS CASOS DE GRAN QUEMADO O POLITRAUMATISMO), DE UN DONANTE FALLECIDO O VIVO, SIEMPRE QUE EL EVENTO OCURRA DURANTE LA VIGENCIA Y NO SEA PREEXISTENTE Y ADEMÁS SOBREVIDA 30 DÍAS CONTADOS DESDE LA FECHA DE DIAGNÓSTICO DE SIDA O DE LA DETERMINACIÓN DE PRACTICAR TRASPLANTE.

PARA HACER EFECTIVA LA PRESENTE COBERTURA, SE REQUIERE QUE HAYA DIAGNÓSTICO MÉDICAMENTE CERTIFICADO DONDE EL MÉDICO TRATANTE DIAGNOSTIQUE POR PRIMERA VEZ LA DOLENCIA POR LA CUAL ES REQUERIDO EL TRASPLANTE, INCLUYENDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA DEL ASEGURADO, DOCUMENTACIÓN QUE MUESTRE LA NECESIDAD VITAL DE LA REALIZACIÓN DEL TRASPLANTE, ADICIONALMENTE DEBERÁ DEMOSTRARSE

MEDIANTE DOCUMENTOS LA INCLUSIÓN DEL ASEGURADO EN LA LISTA DE RECEPCIÓN DEL O LOS ÓRGANOS, CON LA FECHA ESTIMADA DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

CONDICIÓN SEGUNDA: EXCLUSIONES.

LA COMPAÑÍA NO ESTARÁ OBLIGADA AL PAGO DE LA SUMA ASEGURADA BAJO LA PRESENTE COBERTURA EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- A. SI EL DIAGNÓSTICO DE SIDA O LA DETERMINACIÓN DE PRACTICAR TRASPLANTE HA SIDO EFECTUADO O TOMADA CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL.
- B. LAS LESIONES O ENFERMEDAD SIN NEXO DE CAUSALIDAD CON EL SIDA, DURANTE EL PERIODO DE LATENCIA CLÍNICA (ENFERMEDAD NO MANIFESTADA O ASINTOMÁTICA).
- C. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS CRUENTOS NO RELACIONADOS CON EL SIDA.
- D. SE EXCLUYEN LOS PACIENTES CUYO DIAGNÓSTICO DE SIDA FUE CONOCIDO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIACIÓN DE COBERTURA DE LA PRESENTE AMPARO.
- E. POR LESIÓN CAUSADA DELIBERADAMENTE POR EL ASEGURADO, ESTANDO ÉSTE, EN SANO JUICIO O DEMENCIA.
- F. POR DERIVARSE DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR ADICCIÓN AL ALCOHOL O A LAS DROGAS.

CONDICIÓN TERCERA: LIMITACIONES

3.1 EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA AMPARO DE SIDA O TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES

**ASEGURADO PRINCIPAL (EMPLEADO), SU
CÓNYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE Y
PROGENITORES:**

MÁXIMA DE INGRESO: 65 AÑOS
PERMANENCIA HASTA: 75 AÑOS

HIJOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL

INGRESO: DESDE 6 MESES DE NACIDO HASTA LOS 25 AÑOS PERMANENCIA: HASTA LOS 30 AÑOS.

HERMANOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL MENORES DE 18 AÑOS:

INGRESO: DESDE LOS 6 MESES HASTA LOS 17 AÑOS PERMANENCIA HASTA LOS 18 AÑOS.

3.2 VALOR ASEGURADO.

El valor asegurado para este amparo será el indicado en el certificado individual de seguro.

CONDICIÓN CUARTA: DEFINICIONES.

A. TRASPLANTE: Significa un procedimiento médicamente necesario, realizado mientras la cobertura del Asegurado está vigente bajo la presente extensión, durante la cual: uno o más órganos son removidos de un donante (vivo o fallecido) por un proceso quirúrgico e implantados en el cuerpo del Asegurado, llamado RECEPTOR. El tejido perteneciente a un donante (vivo o fallecido), o al Asegurado mismo, es implantado por un proceso quirúrgico al Asegurado, considerado como recipiente.

B. SIDA: De acuerdo con la definición establecida por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.). Se entiende por SIDA (Síndrome de Inmuno-deficiencia Adquirida), un síndrome de inmuno-supresión grave, producido por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) manifestado por enfermedades infecciosas oportunistas y/o sarcoma de Kaposi, en pacientes que no han recibido fármacos inmunosupresores o que presenten enfermedad inmunosupresora aparente de causa distinta.

C. PERÍODO DE SOBREVIVENCIA: es el lapso de tiempo de treinta (30) días corrientes, contados a partir de la fecha en la que es diagnosticada la enfermedad grave cubierta al Asegurado, al cabo de la cual es posible solicitar y acceder al pago del capital Asegurado en la presente extensión. En otros términos, dentro de los treinta (30) días mencionados no habrá cobertura para el presente amparo.

CONDICIÓN QUINTA: GRUPO ASEGURABLE

- Asegurado principal (empleado)
- Cónyuge o compañero(a) permanente del asegurado principal.
- Hijos del asegurado principal.
- Progenitores del Asegurado Principal.

- Hermanos del asegurado principal menores de 18 años y/o incapacitados que dependan económicamente del Asegurado principal, que no padezcan o hayan padecido de las enfermedades objeto de la cobertura del presente amparo.

EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA SOLICITUD PRESENTADA POR EL TOMADOR Y LAS SOLICITUDES INDIVIDUALES DE LOS ASEGURADOS, LAS CUALES SE INCORPORAN AL PRESENTE CONTRATO PARA TODOS SUS EFECTOS, LA COMPAÑÍA A SOLICITUD DEL ASEGURADO Y CON EL CORRESPONDIENTE PAGO DE LA PRIMA ADICIONAL, PODRÁ OTORGAR EL SIGUIENTE AMPARO ADICIONAL, SUJETO A LAS SIGUIENTES CONDICIONES Y SIEMPRE Y CUANDO SE ENCUENTRE RELACIONADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL.

AL PRESENTE AMPARO LE SON APLICABLES TODAS LAS CONDICIONES SEÑALADAS EN EL AMPARO BÁSICO DE LA PÓLIZA AL CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO, SALVO AQUELLAS CONDICIONES QUE SE ENCUENTREN EXPRESAMENTE TRATADAS EN ESTE ANEXO.

CONDICIÓN PRIMERA: AMPARO.

LA COMPAÑÍA PAGARÁ LA SUMA ASEGURADA COMO AUXILIO EXEQUIAL INDICADA EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO FALLECE CUALQUIERA DE LOS MIEMBROS ASEGURADOS EN ESTA PÓLIZA. EN CASO DE AFECTACIÓN DEL PRESENTE AMPARO, DE ACUERDO CON LO SEÑALADO EN ESTE ANEXO Y EN LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL MISMO, EL GRUPO ASEGURADO OBTENDRÁ EL BENEFICIO DE EXONERACIÓN DEL PAGO DE LA PRIMA DEL PRESENTE AMPARO Y EXCLUSIVAMENTE PARA EL RESTO DE LA VIGENCIA EN CURSO. POR CONSIGUIENTE, A LA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA SE COBRARÁ LA PRIMA QUE CORRESPONDA AL GRUPO ASEGURADO Y AL PLAN CONTRATADO.

CONDICIÓN SEGUNDA: EXCLUSIONES.

ESTE ANEXO SE OTORGA SIN EXCLUSIONES.

CONDICIÓN TERCERA: LIMITACIONES.

3.1 EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DE AUXILIO DE EXEQUIAS.

ASEGURADO PRINCIPAL (EMPLEADO), SU CÓNYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE, SUS PROGENITORES Y SUS SUEGROS:

MÁXIMA DE INGRESO: 65 AÑOS.

PERMANENCIA: Hasta que termine la vinculación del Asegurado principal con la entidad tomadora del seguro.

HIJOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL:

INGRESO: DESDE EL PRIMER DÍA DE NACIDO HASTA LOS 25 AÑOS.

PERMANENCIA: HASTA LOS 25 AÑOS DE EDAD

HERMANOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL:

INGRESO: DESDE EL PRIMER DÍA DE NACIDO HASTA LOS 25 AÑOS

PERMANENCIA HASTA LOS 25 AÑOS DE EDAD

SOBRINOS Y NIETOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL:

INGRESO: DESDE EL PRIMER DÍA DE NACIDO HASTA LOS 18 AÑOS

PERMANENCIA HASTA LOS 18 AÑOS DE EDAD.

NOTA 1: EN EL MOMENTO DE DESVINCULACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL DEL GRUPO ASEGURABLE, TODAS LAS COBERTURAS DEL PRESENTE ANEXO TERMINAN PARA TODOS LOS INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR ASEGURADO.

NOTA 2: LOS SUEGROS DEL ASEGURADO ESTARÁN CUBIERTOS SIEMPRE Y CUANDO EL CÓNYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE TENGA CONTRATADO EL SEGURO DE VIDA.

3.2 VALORES ASEGURADOS.

La suma Asegurada será la establecida en el certificado individual de seguro.

CONDICIÓN CUARTA: GRUPO ASEGURABLE PARA AMPARO DE EXEQUIAS.

- Asegurado principal (empleado).
- Cónyuge o compañero(a) permanente del Asegurado principal.
- Hijos del Asegurado principal.
- Progenitores del asegurado principal.
- Hermanos del Asegurado principal, solteros, menores de 25 años y/o incapacitados, que dependan económicamente del Asegurado principal.
- Sobrinos y nietos del Asegurado principal, menores de 18 años, que dependan económicamente del Asegurado principal.
- Suegos, siempre y cuando su hijo(a) esté Asegurado(a).

EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA SOLICITUD PRESENTADA POR EL TOMADOR Y LAS SOLICITUDES INDIVIDUALES DE LOS ASEGURADOS, LAS CUALES SE INCORPORAN AL PRESENTE CONTRATO PARA TODOS SUS EFECTOS, LA COMPAÑÍA A SOLICITUD DEL ASEGURADO Y CON EL CORRESPONDIENTE PAGO DE LA PRIMA ADICIONAL, PODRÁ OTORGAR EL SIGUIENTE AMPARO ADICIONAL, SUJETO A LAS SIGUIENTES CONDICIONES Y SIEMPRE Y CUANDO SE ENCUENTRE RELACIONADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL.

AL PRESENTE AMPARO LE SON APLICABLES TODAS LAS CONDICIONES SEÑALADAS EN AL AMPARO BÁSICO DE LA PÓLIZA A CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO, SALVO AQUELLAS CONDICIONES QUE SE ENCUENTREN EXPRESAMENTE TRATADAS EN ESTE ANEXO.

CONDICIÓN PRIMERA: AMPAROS.

1.1 BONO EDUCATIVO DURANTE 36 MESES POR MUERTE ACCIDENTAL O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE.

LA COMPAÑÍA PAGARÁ EN UN SOLO PAGO EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO, LA SUMA PACTADA EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, COMO BONO EDUCATIVO MENSUAL, EQUIVALENTE A 36 (TREINTA Y SEIS) MESES CONSECUTIVOS PARA GASTOS EDUCATIVOS.

LA INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE NO ES ACUMULABLE AL PAGO POR MUERTE ACCIDENTAL, POR LO TANTO UNA VEZ PAGADA EL BONO EDUCATIVO POR LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE, LA COMPAÑÍA QUEDARÁ LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD DE ESTE AMPARO.

1.2 BONO CANASTA POR MUERTE ACCIDENTAL.

LA COMPAÑÍA PAGARÁ COMO BONO CANASTA AL (LOS) BENEFICIARIO(S), LA SUMA ASEGURADA PACTADA EN EL CUADRO DE BENEFICIOS EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO OCASIONADA EN UN EVENTO AMPARADO Y NO EXCLUIDO POR LA PRESENTE PÓLIZA.

CONDICIÓN SEGUNDA: EXCLUSIONES AMPARO DE ACCIDENTES PERSONALES AUXILIO EDUCATIVO.

PARA LA COBERTURAS DESCRITAS APLICARÁN LAS EXCLUSIONES ESTIPULADAS EN EL AMPARO DE MUERTE ACCIDENTAL E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE DE LAS CONDICIONES GENERALES DEL AMPARO BÁSICO.

CONDICIÓN TERCERA: LIMITACIONES.

3.1 EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA ASEGURADO PRINCIPAL (EMPLEADO), CÓNYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE.

- MÁXIMA DE INGRESO: 65 AÑOS
- PERMANENCIA: 75 AÑOS

3.2 VALORES ASEGURADOS

La suma asegurada será la establecida en el certificado individual de seguro.

EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA SOLICITUD PRESENTADA POR EL TOMADOR Y LAS SOLICITUDES INDIVIDUALES DE LOS ASEGURADOS, LAS CUALES SE INCORPORAN AL PRESENTE CONTRATO PARA TODOS SUS EFECTOS, LA COMPAÑÍA A SOLICITUD DEL ASEGURADO Y CON EL CORRESPONDIENTE PAGO DE LA PRIMA ADICIONAL, PODRÁ OTORGAR EL SIGUIENTE AMPARO ADICIONAL, SUJETO A LAS SIGUIENTES CONDICIONES Y SIEMPRE Y CUANDO SE ENCUENTRE RELACIONADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL.

AL PRESENTE AMPARO LE SON APLICABLES TODAS LAS CONDICIONES SEÑALADAS EN AL AMPARO BÁSICO DE LA PÓLIZA, SALVO AQUELLAS CONDICIONES QUE SE ENCUENTREN EXPRESAMENTE TRATADAS EN ESTE AMPARO ADICIONAL.

CONDICIÓN PRIMERA: AMPAROS.

1.1. ROTURA DE HUESOS POR ACCIDENTE.

SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO, QUE PROVOQUE O CAUSE EN UN SOLO EVENTO LA FRACTURA O VARIAS FRACTURAS DE ALGÚN HUESO Y DENTRO DE LOS 90 DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DEL ACCIDENTE EL ASEGURADO SE VIERA PRECISADO A SOMETERSE A TRATAMIENTO MÉDICO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, A HOSPITALIZARSE, SERVICIOS DE ENFERMERA, MEDICINAS Y/O ESTUDIOS DE LABORATORIO, LA COMPAÑÍA REMBOLSARÁ HASTA EL MONTO CONTRATADO COMO SUMA ASEGURADA QUE APARECE INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO, PREVIA COMPROBACIÓN DEL PAGO EFECTUADO POR EL ASEGURADO EN SU NOMBRE.

LA SUMA ASEGURADA PARA ESTA COBERTURA SERÁ POR ACCIDENTE, POR LO QUE LA COBERTURA FINALIZARÁ AUTOMÁTICAMENTE RESPECTO A CADA UNO DE LOS ASEGURADOS AL AGOTARSE LA SUMA ASEGURADA ESTABLECIDA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

LA COBERTURA AMPARARA HASTA UN EVENTO POR AÑO PÓLIZA DE CADA ASEGURADO, SIEMPRE Y CUANDO LA PÓLIZA SE ENCUENTRE EN VIGOR Y SE ENCUENTRE AL DÍA EL PAGO DE LA PRIMA AL MOMENTO DE OCURRIR EL ACCIDENTE.

SE ENTIENDE POR FRACTURA DE HUESO LA DISCONTINUIDAD EN LOS HUESOS A CONSECUENCIA DE GOLPES, FUERZAS O INTENSIDADES QUE SUPEREN LA ELASTICIDAD DEL HUESO.

1.2 BONO CANASTA POR MUERTE ACCIDENTAL.

LA COMPAÑÍA PAGARÁ EN UN SOLO PAGO EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO, LA SUMA PACTADA EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, COMO BONO CANASTA MENSUAL, Y HASTA EL EQUIVALENTE A 12 (DOCE) MESES CONSECUTIVOS.

CONDICIÓN SEGUNDA: EXCLUSIONES

PARA LA COBERTURA DE BONO CANASTA POR MUERTE ACCIDENTAL APLICARÁN LAS EXCLUSIONES ESTIPULADAS EN EL AMPARO DE MUERTE ACCIDENTAL DE LAS CONDICIONES GENERALES DEL AMPARO BÁSICO.

ADICIONALMENTE PARA LA COBERTURA DE ROTURA DE HUESOS POR ACCIDENTE NO SE CUBREN LAS INDEMNIZACIONES A QUE HUBIERE LUGAR OCASIONADAS O CONSECUENCIA DE:

- A. SUICIDIO O TENTATIVA DE SUICIDIO YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- B. GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, MOTINES, HUELGAS, MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS O EN GENERAL CONMOCIONES DE CUALQUIER CLASE EN LA CUAL PARTICIPE EL ASEGURADO ACTIVAMENTE.
- C. LA MUERTE QUE SEA PRODUCTO DE LA VIOLACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO DE CUALQUIER NORMA LEGAL.
- D. ENCONTRARSE EL ASEGURADO POR CUALQUIER CAUSA, BAJO INFLUENCIA DE DROGAS TÓXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS.
- E. INGESTIÓN DE VENENO O INHALACIÓN DE GASES EN FORMA DELIBERADA.
- F. ENFERMEDAD MENTAL O CORPORAL O PADECIMIENTO PREEXISTENTE.

G. PARTICIPACIÓN EN AVIACIÓN EN LÍNEAS COMERCIALES NO ESTABLECIDAS LEGALMENTE, O COMO MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN DE CUALQUIER AERONAVE.

H. PARTICIPACIÓN EN DEPORTES DE ALTO RIESGO TALES COMO, PERO NO LIMITADOS A, MOTOCICLETA, MOTONETA O VEHÍCULO SIMILAR, VUELOS EN COMETA, PARACAIDISMO, MONTAÑISMO, CHARRERÍA, ESQUÍ, TAUROMAQUIA, ESPELEOLOGÍA, ETC.

I. ACCIDENTES DE TRÁNSITO CUANDO EL ASEGURADO CONDUCE EL VEHÍCULO DESPUÉS DE HABER CONSUMIDO ALCOHOL ETÍLICO.

J. FRACTURAS DEBIDAS U OCASIONADAS POR EL DESGASTE NATURAL DE LOS HUESOS LLAMADO OSTEOPOROSIS.

K. SE EXCLUYE CUALQUIER TIPO DE FRACTURA PATOLÓGICA, EN ASEGURADOS CON CUALQUIERA DE LAS ENFERMEDADES DE BASE QUE CAUSEN DEBILITAMIENTO Y PÉRDIDA DE LA DENSIDAD OSEA Y QUE NO SEAN DIRECTAMENTE COMO CONSECUENCIA DE UN TRAUMA O UN ACCIDENTE.

CONDICIÓN TERCERA: LIMITACIONES.

3.1 EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA.

ASEGURADO PRINCIPAL (EMPLEADO), CÓNYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE, SUS PROGENITORES Y SUS SUEGROS:

MÁXIMA DE INGRESO: 75 AÑOS DE EDAD
PERMANENCIA HASTA LOS 85 AÑOS DE EDAD.

3.2 VALOR ASEGURADO

El valor asegurado será el correspondiente al plan escogido por el Asegurado principal, indicado en la carátula de la presente póliza.

CONDICIÓN CUARTA: GRUPO ASEGURABLE

- Asegurado principal (Empleado).
- Cónyuge o compañero(a) permanente del Asegurado principal.
- Progenitores del Asegurado principal.
- Suegros , siempre y cuando su hijo (a) esté asegurado (a)

5. ANEXO ASISTENCIA MÉDICA DOMICILIARIA - ADULTO MAYOR

5.1. ORIENTACIÓN MÉDICA BÁSICA TELEFÓNICA

LA COMPAÑÍA PONE A DISPOSICIÓN DE LOS ASEGURADOS EL SERVICIO DE ORIENTACIÓN MÉDICA BÁSICA TELEFÓNICA 24 HORAS AL DÍA LOS 365 DÍAS DEL AÑO.

LOS OPERADORES MÉDICOS QUE RECEPCIONAN LA LLAMADA, SEGÚN LA SINTOMATOLOGÍA DADA POR EL ASEGURADO, HARÁN UN DIAGNÓSTICO AJUSTADO A LAS CLAVES INTERNACIONALES DE SERVICIOS PREHOSPITALARIOS DE EMERGENCIA MÉDICA.

EL OPERADOR MÉDICO ORIENTARÁ AL ASEGURADO, O A QUIEN SOLICITE EL SERVICIO, RESPECTO DE LAS CONDUCTAS PROVISIONALES QUE DEBE ASUMIR, MIENTRAS SE PRODUCE EL CONTACTO PROFESIONAL MÉDICO-PACIENTE.

5.2. ASISTENCIA MÉDICA DOMICILIARIA

CUANDO A CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O DE UN ACCIDENTE EN EL DOMICILIO DEL ASEGURADO SE REQUIERA DE UNA CONSULTA MÉDICA DE URGENCIA, LA COMPAÑÍA PONDRÁ A SU DISPOSICIÓN UN MÉDICO PARA QUE LO VISITE EN EL DOMICILIO. EL VALOR DE LOS HONORARIOS MÉDICOS GENERADOS POR DICHA ATENCIÓN, SERÁN CUBIERTOS POR LA COMPAÑÍA.

LA COMPAÑÍA MANTENDRÁ LOS CONTACTOS NECESARIOS CON LOS PROFESIONALES QUE ATIENDAN AL ASEGURADO, PARA SUPERVISAR QUE LA ASISTENCIA MÉDICA SEA LA ADECUADA.

NOTA: EL LÍMITE DE EVENTOS SERÁ DE TRES POR CADA VIGENCIA ANUAL.

5.3. TRASLADOS MÉDICOS DE EMERGENCIA

EN CASO DE LESIÓN O ENFERMEDAD SÚBITA E IMPREVISTA DE CUALQUIERA DE LOS ASEGURADOS, QUE REQUIERA A CRITERIO DEL MÉDICO TRATANTE MANEJO EN UN CENTRO HOSPITALARIO, CHUBB ADELANTARÁ LOS CONTACTOS Y HARÁ LA COORDINACIÓN EFECTIVA PARA EL TRASLADO DEL ASEGURADO HASTA LA CLÍNICA O EL CENTRO MÉDICO MÁS CERCANO.

EL OPERADOR MÉDICO DE LA COMPAÑÍA ORIENTARÁ A QUIEN SOLICITE EL SERVICIO RESPECTO DE LAS CONDUCTAS PROVISIONALES QUE SE DEBEN ASUMIR, MIENTRAS SE PRODUCE EL CONTACTO PROFESIONAL MÉDICO-PACIENTE.

DEPENDIENDO DEL CRITERIO DEL MÉDICO TRATANTE, EL TRASLADO PUEDE REALIZARSE POR CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES MEDIOS:

TRASLADO BÁSICO: CUANDO LA SITUACIÓN CLÍNICA PRESENTADA POR EL PACIENTE NO REVISTE NINGÚN TIPO DE SEVERIDAD O COMPROMISO DEL ESTADO VITAL Y NO REQUIERA ACOMPAÑAMIENTO MÉDICO, LA **COMPAÑÍA** PONDRÁ A DISPOSICIÓN DEL BENEFICIARIO UN VEHÍCULO PARA QUE LO TRASLADE DESDE SU DOMICILIO HASTA EL CENTRO HOSPITALARIO MÁS CERCANO. EL VEHÍCULO PODRÁ SER UN TAXI O UNA AMBULANCIA BÁSICA.

TRASLADO MÉDICO EN AMBULANCIA: UNA VEZ CLASIFICADA LA SITUACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE, LA COMPAÑÍA COORDINARÁ, CONTACTARÁ Y HARÁ SEGUIMIENTO DEL ARRIBO DE UNIDADES MÉDICAS ESPECIALIZADAS DE ALTA COMPLEJIDAD, PARA TRANSPORTAR AL PACIENTE HASTA EL CENTRO MÉDICO ASISTENCIAL MÁS CERCANO. PARA CADA CASO SE TENDRÁN EN CUENTA LAS CIRCUNSTANCIAS DE TIEMPO, MODO Y LUGAR.

Todos los empleados de **OAL, PYME Y PARTICULARES** asegurados bajo esta póliza, contarán con Asistencia Médica Especializada, de acuerdo con las siguientes disposiciones:

Orientación Médica Básica Telefónica

El asegurado podrá comunicarse con un operador médico telefónicamente, quien según la sintomatología dada por la persona, hará un diagnóstico ajustado a las claves internacionales de servicios pre-hospitalarios de emergencia médica. El operador médico orientará al beneficiario o a quien solicite el servicio, respecto de las conductas provisionales que deben asumir mientras se produce el contacto profesional médico-paciente.

Asistencia Domiciliaria Básica Pacientes Intervenido por Cirugía Mayor

Cuando el asegurado sufra alguna limitación física como consecuencia de una Cirugía Mayor, un post quirúrgico o enfermedad grave que le impida desempeñar por lo menos tres de las cinco actividades básicas de la vida diaria, La compañía prestadora del servicio enviará al domicilio del asegurado, un miembro del equipo de salud (auxiliar de enfermería) que prestará los siguientes servicios:

- Higiene personal
- Asistencia en alimentación y eliminación
- Asistencia en su desplazamiento
- Control de signos vitales
- Control de peso
- Cuidados de Piel
- Recreación

A través del prestador del servicio, la familia recibirá la capacitación necesaria para que asuma el cuidado del asegurado o beneficiario, una vez finalice el periodo de cuidado contratado.

LA COMPAÑÍA cubrirá los honorarios profesionales de auxiliar de enfermería generados por dicha atención por un periodo de 60 horas continuas por un único evento (diagnóstico) por año de vigencia de la póliza y el alquiler de los insumos que se describen a continuación, cuando se requieran, hasta por el equivalente a 50 SMDLV por evento:

- Termómetro, tensiómetro, fonendoscopio, sonda naso gástrica, bomba de infusión, glucómetro.
- Elementos de curación y cuidados de la piel: Solución salina o agua destilada, guantes, gasas, apósitos, cintas adhesivas hipo alérgicas, vendajes, compresas, tijeras.
- Equipo de terapia endovenosa: equipo de venoclisis y buretroles, agujas plásticas, esparadrapo o apósito transparente.

- Toma de laboratorios: Tubos de laboratorio, agujas, venoyet, algodón.
- Venopunciones: Catéter de calibre, gasas, algodón, venoequipo, Atril, Tapón de Braw (catéter salinizado), buretrol.

Asistencia Domiciliaria Especializada por Incapacidad Total Temporal o Permanente:

Cuando el asegurado sufra una Incapacidad Total, Temporal o Permanente, como consecuencia de un accidente o de una enfermedad, **LA COMPAÑÍA** enviará al domicilio del asegurado una enfermera profesional que prestará los siguientes servicios:

- Administración de líquidos o medicamentos vía endovenosa
- Soporte nutricional enteral
- Manejo de sondas y tubos de drenaje
- Terapia respiratoria y física
- Curaciones
- Manejo del dolor
- Glucómetros
- Aplicación de insulina

LA COMPAÑÍA cubrirá los honorarios profesionales a una enfermera profesional generados por dicha atención por un periodo de 60 horas continuas por un único evento (diagnóstico) por año de vigencia de la póliza y el alquiler de los siguientes equipos, cuando se requieran, hasta por el equivalente a 50 SMDLV por evento:

- Bala de oxígeno.
- Cama de tres planos.
- Silla de ruedas.
- Muletas o Caminadores.
- Equipo de terapia respiratoria (Cánulas, pulsoxímetros, mascarillas, humidificadores, ventury).
- Pato u orinal.
- Almohadillas.

Cuidados Paliativos por Enfermedad Terminal en el Domicilio:

Cuando al asegurado le diagnostiquen una enfermedad grave de carácter terminal que no responda al tratamiento curativo, **LA COMPAÑÍA** enviará al domicilio del asegurado una enfermera profesional en el área de la salud que prestará los siguientes servicios:

- Aliviar el dolor y otros síntomas penosos.
- Integrar los aspectos psicológicos y espirituales de la atención al asegurado.
- Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar al paciente a vivir lo más activamente que sea posible hasta el día de la muerte.
- Ofrecer un sistema de apoyo que ayude a la familia del asegurado a seguir adelante durante la enfermedad del paciente y durante su propio duelo.
- Brindar cuidados paliativos con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente y de su familia, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento con una pronta evaluación, identificación y gestión del dolor y demás problemas físicos.

LA COMPAÑÍA cubrirá los honorarios profesionales a una enfermera profesional generados por dicha atención por un periodo de 60 horas continuas por un único evento (diagnóstico) por año de vigencia de la póliza y el alquiler de los siguientes equipos, cuando se requieran, hasta por el equivalente a 50 SMDLV por evento:

- Bala de oxígeno.
- Cama de tres planos.
- Silla de ruedas.
- Muletas o Caminadores.
- Equipo de terapia respiratoria (Cánulas, pulsoxímetro, mascarillas, humidificadores, venturi).
- Pato u orinal.
- Almohadillas.

En consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por el Tomador y las solicitudes individuales de los Asegurados, las cuales se incorporan al presente contrato para todos sus efectos, **LA COMPAÑÍA** a solicitud del Asegurado y con el correspondiente pago de la prima adicional, podrá otorgar el siguiente amparo adicional, siempre y cuando se encuentre relacionado en el certificado individual.

Mediante el presente Anexo **LA COMPAÑÍA** ofrecerá, a través de proveedores especializados (terceros que asumen la obligación de suministrar y prestar en todo caso el servicio que aquí se define), los servicios de asistencia bajo los términos, condiciones y limitaciones definidos y contenidos en las siguientes cláusulas:

CONDICIÓN PRIMERA: AMPARO

EN VIRTUD DEL PRESENTE AMPARO **LA COMPAÑÍA** GARANTIZA QUE EL ASEGURADO, SU CÓNYUGE O COMPAÑERA PERMANENTE Y SUS HIJOS, EN LOS CASOS ESPECIFICADOS EN EL PRESENTE ANEXO, PUEDAN OPTAR POR UNA SEGUNDA OPINIÓN MEDICA ESPECIALIZADA, A TRAVÉS DE PROVEEDORES ESPECIALIZADOS UBICADOS EN COLOMBIA, EUROPA, ISRAEL Y ESTADOS UNIDOS, A QUIENES SE ACCEDERÁ MEDIANTE EL MECANISMO TECNOLÓGICO DE LA TELEMEDICINA, SIEMPRE Y CUANDO LOS ASEGURADOS HAYAN SIDO OBJETO DE DIAGNÓSTICO SUMINISTRADO POR UN MÉDICO ESPECIALISTA DEBIDAMENTE ACREDITADO POR LAS ENTIDADES REGULADORAS DE LA SALUD.

CONDICIÓN SEGUNDA: PREEXISTENCIAS Y EXCLUSIONES

PARA LA ASISTENCIA DE QUE TRATA EL PRESENTE ANEXO, NO SE TENDRÁ EN CUENTA NINGUNA CLASE DE PREEXISTENCIA, NI EXCLUSIÓN.

CONDICIÓN TERCERA: ALCANCE DE LA COBERTURA OTORGADA.

El Asegurado, su cónyuge o compañera permanente y sus hijos, podrán acceder a una segunda opinión médica especializada, de acuerdo con lo consignado en el presente Anexo, en los siguientes casos:

- Cuando se presenten dudas de parte del Médico tratante y éste necesite una segunda opinión de un colega.
- Cuando el tratamiento de la enfermedad diagnosticada, indique que es preciso contar con la opinión de un especialista.

- Cuando se le haya programado una cirugía.
- Cuando la vida del asegurado se encuentre en grave riesgo.
- Cuando alguno de los asegurados ha sido desahuciado.
- Sin límite de eventos.

CONDICIÓN CUARTA: PROCEDIMIENTO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ASISTENCIA

Cuando alguno de los asegurados se encuentre en alguno de los casos descritos en la cláusula tercera, arriba consignada, para la prestación del servicio de asistencia, se deberá proceder de la siguiente forma:

- Los asegurados, el médico tratante directamente a través de la institución médica que presta el servicio, y de acuerdo con lo consignado en el presente Anexo, solicitarán a **LA COMPAÑÍA** la segunda opinión médica especializada, para lo cual remitirán el correspondiente diagnóstico médico. En todos los casos, el asegurado deberá proveer la historia clínica y el diagnóstico, o autorizar a **LA COMPAÑÍA** o a sus proveedores para que practiquen el recaudo de la información que contiene la historia clínica. Así mismo, autorizarán a **LA COMPAÑÍA** o a sus proveedores, a contactar al médico que tiene a cargo su atención médica.
- El coordinador médico de **LA COMPAÑÍA** indicará los pasos a seguir, de acuerdo con el caso concreto que se consulta.
- Una vez surtidas las anteriores etapas **LA COMPAÑÍA** entregará la respuesta o, en caso que sea necesario ya sea porque los asegurados, el médico tratante o el especialista que emite la segunda opinión lo soliciten, llevará a cabo una videoconferencia entre las personas antes nombradas.

CONDICIÓN QUINTA: ESPECIALISTAS

La cobertura descrita en el presente Anexo, únicamente aplicará para especialistas en las siguientes áreas: Cardiología, Dermatología, Endocrinología, Endoscopia, Gastroenterología, Genitourinaria, Fisiología, Ginecología, Hematología, Obstetricia, Neurología, Oncología, Oftalmología, Ortopedia, Cirugía de mano, Patología, Cirugía reconstructiva, Radiología, Urología, Cirugía vascular.

CONDICIÓN SEXTA: CONFIDENCIALIDAD

En todos los casos **LA COMPAÑÍA** se compromete a preservar el derecho a la intimidad del asegurado y guardar la confidencialidad de la información médica que llegue a conocer, la cual solo podrá ser suministrada a la persona o personas que el asegurado indique. La información médica que se trasmita a través de las plataformas nacionales o internacionales de telemedicina, será operada por personal médico certificado en el uso de dicha plataforma y la información que contenga será estrictamente confidencial y solo el paciente definirá a quien o a quienes se le suministre.

CONDICIÓN SÉPTIMA: DEFINICIONES

Para todos los efectos del presente Anexo, se entenderá como:

- A. Telemedicina:** es la utilización de una infraestructura tecnológica de comunicaciones para transmitir imágenes médicas, entre dos puntos, en virtud de la cual el médico especialista recibe la información, la analiza y emite una segunda opinión médica.
- B. Tomador:** Persona natural o jurídica que suscribe el contrato con **LA COMPAÑÍA**, actuando por cuenta propia o ajena y al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.
- C. Asegurado:** La persona natural indicada como tal en la carátula de la póliza, su esposa o compañera permanente y sus hijos, siempre que se relacionen en el Certificado Individual de Seguro. Cuando el asegurado sea soltero o divorciado y no tenga hijos, se podrán incluir como asegurados sus padres.
- D. Período de vigencia:** Período durante el cual los asegurados tienen derecho a los servicios de asistencia y que será igual al período de vigencia de la póliza de seguro a la cual accede el presente Anexo.

CONDICIONES PARTICULARES

CAPÍTULO DE PARTICULARES

1. No obstante lo consignado en las condiciones generales para el amparo de Muerte por cualquier causa no preexistente, se extiende a cubrir homicidio y suicidio desde el inicio de la cobertura.

2. DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE:

- 2.1. Extensión de cobertura para desmembración por enfermedad.

Dando alcance a la cobertura del amparo de desmembración por accidente se extiende a cubrir desmembración por enfermedad, definido de la siguiente forma:

Este amparo cubre también las pérdidas descritas en la tabla que sufra el Asegurado con edad igual o inferior a sesenta y cinco (65) años de edad que haya ocurrido como consecuencia directa de la progresión o complicación de una enfermedad no preexistente, cuyo inicio, manifestaciones y diagnóstico hayan ocurrido dentro de la vigencia de la póliza.

- 2.2. No obstante lo consignado en el numeral 1.3, correspondiente a los beneficios por desmembración, se aclara la cobertura de:

- Pérdida total permanente de la audición en todas las frecuencias en un oído 50%. Aplica para desmembración por accidente o enfermedad.

Para este amparo aplican todas las Exclusiones y demás condiciones expresadas en el amparo de beneficios por desmembración.

3. No obstante lo consignado en el numeral 3.3, correspondiente al valor asegurado y tarifas del amparo básico Módulo de vida, se modifica, de la siguiente forma el valor asegurado será el escogido por el Asegurado principal con límite máximo \$350.000.000., Mínimo \$ 5.000.000.
4. No obstante lo consignado en el numeral 3.2, correspondiente al valor asegurado del amparo básico Módulo de Enfermedades Graves, se modifica, de la siguiente forma: el valor asegurado será el escogido por el Asegurado principal con límite máximo \$150.000.000, la suma asegurada que se contrate no podrá superior al capital asegurado en el módulo de vida.
5. No obstante lo consignado en el numeral 3.2, correspondiente al valor asegurado del módulo de cobertura de Sida o trasplante de órganos, se define de la siguiente forma:

Esta cobertura se convierte en un amparo de beneficio por SIDA o Trasplante de órganos (Hígado, riñón, páncreas, corazón, pulmón, medula ósea o trasplante de tejidos (piel – mínimo 10% de la superficie corporal- hueso, tendones, cartílagos) para los casos de gran quemado o politraumatismo)) como pago ÚNICO al diagnóstico de estas enfermedades de la siguiente forma:

• SIDA	\$30.000.000.00
• Trasplante de Órganos	\$80.000.000.00
Costo mensual por persona \$ 1.300	

6. No obstante lo consignado en las condiciones generales para el amparo de Sida en el módulo Básico, se aclara el alcance de la siguiente definición:

La Compañía pagará en un solo contado la suma asegurada estipulada en el certificado individual de la póliza, si durante la vigencia de este seguro a las personas aseguradas mediante este amparo y descritas en la caratula de la póliza se les diagnóstica médicamente Sida.

El pago único se hará hasta el límite de la suma asegurada por persona descrito en el cuadro de coberturas de la póliza así: al Asegurado principal en un 100%, cónyuge e hijos en un 50% siempre y cuando también esté Asegurado.

Pago único por diagnóstico de Sida en el amparo básico, aplica de la siguiente forma:

Si el Valor Asegurado en Vida	Pago Único por Diagnostico de Sida hasta
Desde \$ 5.000.000 en Adelante	\$ 25.000.0000 (Asegurado Principal) 50% de este valor para el cónyuge y/o hijos siempre y cuando este asegurado en vida
De o a \$4.999.999	NO APLICA

7. Módulo de cáncer de seno o matriz: La Compañía otorgará \$ 80.000 adicionales por cada millón asegurado, con destino específico para compra de medicamentos por Diagnóstico Positivo de Cáncer de seno o matriz.

8. Los aumentos de valores asegurados para el capítulo de particulares, será el asignado en las condiciones generales de la póliza (10%), otro valor diferente será consultable con la aseguradora.

9. Las edades que aplican para el producto son:

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA MODULO DE VIDA

Asegurado principal y/o cónyuge:

Ingreso desde 18 años hasta los 65 años con permanencia hasta el último día de la vigencia en la cual el Asegurado cumpla los 85 años.

Con Permanencia:

Muerte por Cualquier Causa: hasta el último día de la vigencia en la cual cumpla los 85 años.

Muerte accidental: hasta el último día de la vigencia en la cual cumpla los 75 años.

Incapacidad Total y Permanente: hasta el último día de la vigencia en la cual cumpla los 75 años.

Beneficios por Desmembración por Accidente:

Hasta el último día de la vigencia en la cual cumpla los 75 años.

Beneficios por Desmembración por Enfermedad:

Hasta el último día de la vigencia en la cual cumpla los 65 años.

SIDA: hasta el último día de la vigencia en la cual cumpla los 75 años.

Hijos:

Ingreso desde 14 años hasta los 25 años con permanencia hasta el último día de la vigencia en la cual el Asegurado cumpla los 30 años.

MODULO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN Y/O MUERTE O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE ACCIDENTALES.

Asegurado principal, cónyuge y padres del Asegurado principal:

Ingreso de 18 hasta 65 años con permanencia hasta el último día de la vigencia en la cual el Asegurado cumpla los 75 Años.

Hijos:

Ingreso desde 1 día de nacido hasta los 25 años con permanencia hasta el último día de la vigencia en la cual el Asegurado cumpla los 40 años.

MODULO DE ENFERMEDADES GRAVES

Asegurado principal, cónyuge y padres del Asegurado principal:

Ingreso de 18 hasta los 65 años con permanencia hasta el último día de la vigencia en la cual el Asegurado cumpla los 75 Años.

Hijos:

Ingreso desde 1 día de nacido hasta los 25 años con permanencia hasta el último día de la vigencia en la cual el Asegurado cumpla los 30 años.

Hermanos (menores de 18 años):

Ingreso desde 6 meses hasta los 17 años con permanencia hasta el último día de la vigencia en la cual el Asegurado cumpla los 18 años.

MODULO DE CÁNCER DE SENO O MATRIZ

Asegurado principal y/o cónyuge:

Ingreso de 18 hasta el último día de la vigencia en la cual el Asegurado cumpla los 60 años con permanencia hasta el último día de la vigencia en la cual el Asegurado cumpla los 65 Años.

Hijos:

Ingreso desde 1 día de nacido hasta 25 años con permanencia hasta el último día de la vigencia en la cual el Asegurado cumpla los 30 años.

MODULO DE SIDA O TRASPLANTE DE ÓRGANOS

ASEGURADO PRINCIPAL (EMPLEADO), SU CÓNYUGE Y PADRES DEL ASEGURADO PRINCIPAL:

Ingreso: 18 años hasta 65 años con permanencia hasta último día de la vigencia en la cual el Asegurado cumpla 75 años de edad.

HIJOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL:

Ingreso: Desde el primer día de nacido hasta los 25 años con permanencia hasta el último día de la vigencia en la cual el Asegurado cumpla los 30 años de edad.

HERMANOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL (MENORES DE 18 AÑOS):

Ingreso: Desde 6 meses hasta los 17 años con permanencia hasta el último día de la vigencia en la cual el Asegurado cumpla los 18 años de edad.

MODULO DE EXEQUIAS.

ASEGURADO PRINCIPAL (EMPLEADO), SU CÓNYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE, SUS PROGENITORES Y SUS SUEGROS:

Ingreso: 18 años hasta 65 años.

HIJOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL:

Ingreso: Desde Primer día de nacido hasta los 25 años.

HERMANOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL:

Desde el primer día de nacido hasta los 25 años.

SOBRINOS Y NIETOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL:

Ingreso: desde el primer día de nacido hasta los 18 años con permanencia indefinida.

MODULO EDUCATIVO AP

ASEGURADO PRINCIPAL (EMPLEADO), SU CÓNYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE.

Ingreso: 18 años hasta 65 años con permanencia hasta último día de la vigencia en la cual el Asegurado cumpla 75 años de edad.

MODULO ADULTO MAYOR

ASEGURADO PRINCIPAL, CÓNYUGE, PADRES Y/O SUEGROS DEL ASEGURADO PRINCIPAL.

Ingreso: 18 años hasta 75 años con permanencia hasta último día de la vigencia en la cual el Asegurado cumpla 85 años de edad.

10. Se aclara, que el modulo educativo puede tomarlo el cónyuge, pero debe estar asegurado (a) en algún modulo excepto exequias.
11. No obstante lo consignado en el amparo de segunda opinión médica se extiende la cobertura a la especialidad de reumatología.
12. No obstante lo consignado en las condiciones generales para el amparo de cirugía ambulatoria, se aclara el alcance de la siguiente definición:

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 el seguro, diagnosticada y sufrida durante la vigencia de la póliza, se debe practicar una cirugía ambulatoria con anestesia general en un centro médico o centro de cirugía que cumple 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. Adicional a las exclusiones que aplican para cirugía ambulatoria según condiciones generales se excluye cualquier procedimiento realizado con anestesia local.

Procedimiento quirúrgico – Cirugía ambulatoria

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. 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 se realiza bajo la anestesia general o regional con exclusión de la anestesia local, esta última realizada por un especialista en anestesiología. El procedimiento quirúrgico se realiza sin necesidad de internar el paciente por un periodo mayor de 24 horas. Se entiende por anestesia regional la inducción de insensibilidad de una zona o región del cuerpo de forma controlada y reversible para poder realizar un procedimiento quirúrgico libre de sensibilidad.

Adicional a las exclusiones que aplican para cirugía ambulatoria según condiciones generales se excluye cualquier procedimiento realizado con anestesia local.

13. Los Asegurados que al cumplir los 74 años pasan a tener el seguro básico, Así mismo se aclara, que los particulares que salen de los demás amparos por cumplir con la edad de permanencia (Hasta el último día de la vigencia en la cual el Asegurado cumplió sus 74 años.), el seguro de vida tendrá un límite máximo de \$250.000.000 y continuará incrementando con el IPC no podrá tener ninguna modificación adicional.

14. CONTINUIDAD DE AMPARO.

LA COMPAÑÍA., asume, en el estado en que se encuentren y en idénticas condiciones contractuales, los riesgos que venían siendo Asegurados por una póliza de seguros colectiva o

de grupo emitida anteriormente por otra compañía de seguros sobre el mismo grupo Asegurado, siempre que entre una y otra póliza no exista solución de continuidad (o vacíos temporales de cobertura) y que la entidad tomadora del seguro suministre a **LA COMPAÑÍA**, las condiciones generales y particulares del seguro anterior, las declaraciones de asegurabilidad y la relación de las personas Aseguradas indicando para cada una de ellas la fecha de vinculación a la póliza anterior y la suma asegurada vigente al momento del traslado a la nueva póliza que emite LA COMPAÑÍA. En caso de no ser suministrada por la entidad tomadora del seguro la información indicada, LA COMPAÑÍA, asumirá los riesgos, en el estado en que se encuentren, con base en las condiciones generales y particulares propias, redactadas por **LA COMPAÑÍA**, ofrecidas al tomador y/o depositadas en la Superintendencia Financiera de Colombia.

LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, SE APLICARÁN, LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE, ASÍ MISMO SE REGISTRAN POR LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

15. No obstante lo consignado en la condición segunda del amparo adicional de rentas y pagos únicos, se modifica la siguiente exclusión:

“Control de embarazo y cualquier gasto ocasionado por chequeo del mismo, normal o cesárea. Salvo el aborto no provocado que sí está incluido en la cobertura.”

Quedando de la siguiente forma:

Hospitalización por control de embarazo y cualquier gasto ocasionado por chequeo del mismo, parto normal o por cesárea cuando no se presentan complicaciones. El aborto no provocado sí está estipulado en la cobertura.

Las demás condiciones de la póliza no se modifican y continúan en vigencia.

16. No obstante lo consignado en la condición primera del amparo adicional Modulo de auxilio de exequias, se aclara que el siguiente texto no es aplicable para los asegurados del capítulo de particulares, por lo cual no habrá exoneración del pago de la primas.

“En caso de afectación del presente amparo, de acuerdo con lo señalado en este anexo y en la póliza a la cual accede el mismo, el grupo asegurado obtendrá el beneficio de exoneración del pago de la prima del presente amparo y exclusivamente para el resto de la vigencia en curso. Por consiguiente, a la renovación de la póliza se cobrará la prima que corresponda al grupo asegurado y al plan contratado”

Las demás condiciones de la póliza no se modifican y continúan en vigencia.

DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO - Chubb Seguros
Colombia S.A. Ustáriz & Abogados. Estudio Jurídico
Bogotá D.C., Colombia.
Carrera 11A # 96 - 51. Oficina 203 - Edificio Oficity.
PBX: (571) 6108161 / (571) 6108164 Fax: (571) 6108164
e-mail: defensoriachubb@ustarizabogados.com
Página Web: <https://www.ustarizabogados.com>
Horario de Atención: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. A 6:00 p.m.

