

Bogotá, 31 de octubre de 2023

Señores:
FONDO DE PROFESORES DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA
Ciudad

REFERENCIA: COTIZACIÓN DE SEGUROS DE VIDA GRUPO
TOMADOR: FONDO DE PROFESORES DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA
NIT: 8915020631

Respetados Señores:

Para MAPFRE COLOMBIA es un privilegio presentar términos y condiciones de cotización del negocio de la referencia para su estudio y aprobación.

Agradecemos la confianza depositada en nosotros para obtener la protección y el respaldo esperado para sus empleados, en los momentos que más lo requieren.

En caso de aceptación de la presente propuesta, los términos y condiciones aquí recogidas se configurarán como parte integrante del contrato de seguro.

Importante: La presente propuesta se realiza con base en la información del riesgo que ha sido suministrada a la Compañía para el estudio de la misma; si por alguna circunstancia dicha información no coincide con la realidad, la Compañía podrá ajustar las condiciones técnicas y económicas.

La entrega de la presente cotización no implica aceptación del riesgo, tendrá un término de vigencia de treinta (30) días.

Quedamos atentos a resolver cualquier inquietud.

Ilse Guerrero Polo
Suscriptor Senior Vida
Dirección Técnica
MAPFRE COLOMBIA VIDA SA

CONDICIONES PARTICULARES SEGURO DE VIDA GRUPO

1. AMPARO BÁSICO

1.1 FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA

Si el asegurado fallece por cualquier causa, la compañía pagará el valor asegurado para este amparo, siempre que la fecha de fallecimiento ocurra durante la vigencia de este amparo.

El pago del valor asegurado para este amparo generará la terminación automática del contrato de seguro.

1.1.1. EXCLUSIONES Y LIMITACIÓN DE COBERTURA BÁSICA

ESTA COBERTURA SE OTORGA SIN EXCLUSIONES

2. AMPAROS ADICIONALES

2.1. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

La COMPAÑÍA pagará al asegurado el valor contratado para esta cobertura, si como consecuencia de una enfermedad o accidente sufrido por el asegurado, siempre y cuando haya sido ocasionada o se manifieste estando dentro de la vigencia de la póliza y le produzca una Incapacidad Total y Permanente, y persista por un período continuo no menor a ciento ochenta (180) días calendario, contados a partir de la fecha en la cual se realiza el diagnóstico que genera la Incapacidad Total y Permanente por primera vez, para el caso de las enfermedades, para los accidentes corresponde a la fecha del accidente que deberán estar dentro de la vigencia de la póliza.

Para efectos de esta cobertura la fecha de siniestro será la fecha de estructuración que figure en el dictamen de calificación de la Incapacidad Total y Permanente. Para los regímenes exceptuados al Sistema General de Seguridad Social la fecha del siniestro será la fecha de estructuración que figure en el dictamen de calificación de la Incapacidad Total y Permanente salvo que no se determine en el dictamen, caso en el cual y de manera subsidiaria la fecha del siniestro será la fecha de la resolución emitida por la entidad competente del régimen exceptuado.

Para la determinación de la Incapacidad Total y Permanente, el asegurado deberá aportar a la COMPAÑÍA copia de su historia clínica completa, y el dictamen de calificación de pérdida de la capacidad laboral que demuestre una pérdida de capacidad laboral igual o superior al cincuenta por ciento (50%), emitida por la EPS, ARL o AFP, conforme a las reglas del manual único para la calificación de la invalidez y las emitidas por las entidades que pertenecen a los regímenes de excepción, conforme a las reglas del manual correspondiente para la calificación de la invalidez.

El pago del valor asegurado para este amparo generará la terminación automática del contrato de seguro.

2.1.1 EXCLUSIONES PARA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- LOS EVENTOS ACCIDENTALES CASUADOS DIRECTAMENTE POR INVASIÓN, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, SEDICIÓN, ASONADA O ACTOS VIOLENTOS MOTIVADOS POR CONMOCIÓN CIVIL O POR APLICACIÓN DE LA LEY MARCIAL, REBELIÓN, INSURRECCIÓN, PODER MILITAR USURPADO, MOTÍN; CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE; EVENTOS OCURRIDOS A CONSECUENCIA DE FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, RADIATIVIDAD O USO DE ARMAS ATOMICAS, BACTERIOLÓGICAS O QUÍMICAS. SALVO LOS EVENTOS ACCIDENTALES CAUSADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR ACTOS DE TERRORISMO.
- LA TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIONES INTENCIONALMENTE CAUSADAS POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- LA COMPETENCIA, PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES DE BUCEO, ALPINISMO, ESCALAMIENTO, EN LOS QUE SE HAGA USO DE SOGAS O GUÍAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, VUELOS EN COMETA, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO.
- LA PRÁCTICA DE CUALQUIER DEPORTE DE MANERA PROFESIONAL.
- PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS.
- CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, ASÍ COMO LOS DERIVADOS DE ACTOS DELICTIVOS.
- ENFERMEDAD MENTAL.
- ENFERMEDADES O LESIONES DIAGNOSTICADAS O TRATADAS CON ANTERIORIDAD A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO, ASÍ COMO LAS DE ORIGEN CONGÉNITO, SIEMPRE Y CUANDO SEAN CONOCIDOS POR EL ASEGURADO AL INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL O A LA INCLUSIÓN DE LA COBERTURA EN LA PÓLIZA.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN EJERCICIO DE FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO, DE SEGURIDAD O VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA Y SEA ESTA LA CAUSA DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE ALUCINÓGENOS Y SEA ESTA LA CAUSA DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER TIPO DE AERONAVE, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AEROLÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS Y SEA ESTA LA CAUSA DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.
- TENTATIVA DE HOMICIDIO, SALVO EL OCURRIDO EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO Y SEA ESTA LA CAUSA DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

2.2. FALLECIMIENTO ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN

Si el asegurado fallece o sufre alguna de las lesiones corporales enumeradas en la tabla de indemnizaciones prevista en el numeral **2.2.1** como consecuencia de un accidente, la compañía pagará el valor asegurado para este amparo, siempre y cuando el fallecimiento o la lesión corporal ocurra dentro de los ciento ochenta (180) días calendario siguientes a la fecha del accidente.

Dentro de esta cobertura se incluye el desaparecimiento del asegurado cuando ocurra alguno de los siguientes eventos, que den origen a la declaración judicial de presunción de muerte por desaparecimiento, con arreglo a la ley colombiana:

La desaparición en catástrofes naturales tales como: terremotos, inundaciones, maremotos, desaparición en un río, lago o mar, desaparición como consecuencia del extravío, caída, explosión, naufragio o encalladura de cualquier vehículo del cual no exista exclusión expresa de cobertura.

Para efectos del presente amparo se considerará fallecimiento accidental, cuando ocurra alguno de los siguientes eventos que den origen a la declaración judicial de presunción de muerte por desaparecimiento, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1145 del código de comercio.

2.2.1 TABLA DE INDEMNIZACIONES

La compañía pagará el valor asegurado contratado para este amparo, de acuerdo con el porcentaje correspondiente a la lesión o pérdida sufrida:

PARALISIS TOTAL E IRRECUPERABLE.	100%
ENAJENACION MENTAL IRRECUPERABLE.	100%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISION DE AMBOS OJOS.	100%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE LAS MANOS O LOS PIES O DE UNA MANO Y UN PIE.	100%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNA MANO O UN PIE JUNTO CON LA PÉRDIDA DE LA VISION DE UN OJO.	100%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISION POR UN OJO.	50%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DEL HABLA.	50%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA AUDICIÓN POR AMBOS OÍDOS.	50%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNA MANO O UN PIE.	50%
ABLACION O EXTIRPACION DE LA MANDIBULA INFERIOR.	30%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA AUDICIÓN POR UN OIDO.	25%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE DOS O MÁS DEDOS DE CUALQUIERA DE LAS MANOS.	25%
CATARATA TRAUMATICA BILATERAL OPERADA.	20%
PÉRDIDA DE UN PULMÓN O REDUCCION AL 50% DE SU CAPACIDAD.	20%
PÉRDIDA DE UN RINON, BAZO, HIGADO O PANCREAS.	20%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DEL DEDO PULGAR DE CUALQUIER PIE.	10%
CATARATA TRAUMATICA OPERADA.	10%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DEL OLFATO O DEL GUSTO.	5%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UN DEDO DE CUALQUIER MANO.	5%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE DOS O MÁS DEDOS DE CUALQUIERA DE LOS PIES.	5%

PÉRDIDA: Amputación Quirúrgica O Traumática O La Inhabilitación Funcional Total Y Definitiva Del Órgano O Miembro Lesionado, En Forma Tal Que No Pueda Desarrollar Ninguna De Sus Funciones Naturales.

- **MANOS:** A la altura de la muñeca o por encima de ella.
- **PIES:** A la altura del tobillo o por encima de él.

- **DEDOS:** Al nivel de las articulaciones metacarpo falángicas o metatarso falángicas o por encima de ellas.

En caso de varias pérdidas causadas por el mismo accidente, el valor total de la indemnización será la suma de los porcentajes correspondientes a cada una, sin exceder el valor asegurado contratado para este amparo.

Cualquier pérdida o limitación no descrita en la tabla anterior no sera objeto de cobertura.

2.2.2. EXCLUSIONES PARA FALLECIMIENTO ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN.

El presente amparo no cubre el fallecimiento o lesiones corporales en los siguientes eventos:

- LOS EVENTOS ACCIDENTALES CASUADOS DIRECTAMENTE POR INVASIÓN, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, SEDICIÓN, ASONADA O ACTOS VIOLENTOS MOTIVADOS POR CONMOCIÓN CIVIL O POR APLICACIÓN DE LA LEY MARCIAL, REBELIÓN, INSURRECCIÓN, PODER MILITAR USURPADO, MOTÍN; CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE; EVENTOS OCURRIDOS A CONSECUENCIA DE FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, RADIATIVIDAD O USO DE ARMAS ATÓMICAS, BACTERIOLÓGICAS O QUÍMICAS. SALVO LOS EVENTOS ACCIDENTALES CAUSADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR ACTOS DE TERRORISMO.
- EL SUICIDIO O LESIONES INTENCIONALMENTE CAUSADAS POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- LA COMPETENCIA, PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES DE BUCEO, ALPINISMO, ESCALAMIENTO, EN LOS QUE SE HAGA USO DE SOGAS O GUÍAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, VUELOS EN COMETA, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO.
- LA PRÁCTICA DE CUALQUIER DEPORTE DE MANERA PROFESIONAL.
- LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE INFRACCIÓN DE NORMAS DE CARÁCTER LEGAL.
- PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS.
- CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, ASÍ COMO LOS DERIVADOS DE ACTOS DELICTIVOS.
- ENFERMEDAD MENTAL.
- ENFERMEDADES O LESIONES DIAGNOSTICADAS O TRATADAS CON ANTERIORIDAD A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO, ASÍ COMO LAS DE ORIGEN CONGÉNITO, SIEMPRE Y CUANDO SEAN CONOCIDOS POR EL ASEGURADO AL INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL O A LA INCLUSIÓN DE LA COBERTURA EN LA POLIZA.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN EJERCICIO DE FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO O DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA Y SEA ESTA LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO ACCIDENTAL O BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE ALUCINÓGENOS Y SEA ESTA LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO ACCIDENTAL O BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER TIPO DE AERONAVE, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AEROLÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE

ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS Y SEA ESTA LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO ACCIDENTAL O BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL.

- LOS ACCIDENTES SUFRIDOS DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X O CHOQUES ELÉCTRICOS, SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO.
- HOMICIDIO O SU TENTATIVA, SALVO EL OCURRIDO EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO Y SEA ESTA LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO ACCIDENTAL O BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL.

2.3 ENFERMEDADES GRAVES

Si el asegurado es diagnosticado por un médico legalmente autorizado para ejercer la profesión, y por primera vez, alguna de las enfermedades que a continuación se enumeran, la compañía pagará el valor asegurado para este amparo, siempre y cuando hayan transcurrido por lo menos noventa (90) días calendario desde el inicio de la vigencia del presente amparo.

Como Anticipo del 60% del Amparo Básico.

Con la contratación de esta opción, La Compañía pagará al asegurado el valor contratado para esta cobertura y el valor indemnizado se deducirá del amparo básico.

Las siguientes enfermedades graves serán objeto de cobertura:

CÁNCER: enfermedad que se caracteriza por el crecimiento, invasión y expansión incontrolable de células malignas en los tejidos de diferentes órganos. También se considera bajo esta definición la leucemia y el linfoma de hodgkin o no hodgkin.

ACCIDENTES CEREBRO-VASCULARES: pérdida súbita de la función cerebral, resultante de la interrupción del aporte sanguíneo (tipo trombotico, embolico o hemorrágico), que acuse lesiones irreversibles.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: daño bilateral e irreversible de la función de los riñones, que haga necesaria la realización en forma regular de diálisis renal (peritoneal o hemodiálisis) o un trasplante renal.

INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO: muerte de una parte del músculo cardíaco, ocasionada por una interrupción del aporte sanguíneo.

CIRUGÍA ARTERIO – CORONARIA: intervención quirúrgica a corazón abierto, que se realiza para corregir la estenosis u oclusión de las arterias coronarias, que no responden a tratamiento médico y en consecuencia es necesaria la realización de un by-pass o puente coronario.

ESCLEROSIS MÚLTIPLE: enfermedad que afecta el sistema nervioso central y se manifiesta por anomalías neurológicas progresivas e irreversibles que conllevan a un estado de incapacidad severa. Diagnóstico clínico inequívoco de esclerosis múltiple diagnosticado por especialista.

TRASPLANTE DE ÓRGANOS: la compañía cubre el trasplante de órganos ocasionados por cualquier tipo de accidente o enfermedad. La compañía., ampara el procedimiento quirúrgico estrictamente indispensable para la recepción de los siguientes órganos completos: corazón, uno o dos pulmones, hígado o páncreas total (se excluye el trasplante de islotes de langerhans), (no están incluidos ni riñón ni cornea) que provenga de un donante efectivo compatible vivo o muerto.

GRAN QUEMADO: la compañía otorga cobertura a pacientes con quemaduras mayores al 20% de extensión y pacientes con quemaduras de segundo grado en cara, pies, manos y periné.

ESTADO DE COMA NO INDUCIDO: Estado severo de la pérdida de la conciencia sin respuestas a estímulos externos o necesidades internas, requiriendo permanentemente apoyo de soporte vital por un periodo de al menos 96 horas con secuela neurológica permanente, el diagnóstico debe ser confirmado por especialista y el déficit neurológico debe ser documentado por lo menos durante 3 meses.

TRAUMATISMO MAYOR DE CABEZA: Trauma con alteración de la función cerebral diagnosticada y confirmada por exámenes Paraclínicos como escanografía cerebral o resonancia magnética nuclear.

El trauma debe provocar una incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: Diagnóstico clínico inequívoco de enfermedad de Alzheimer (demencia pre-senil), evidenciado por hallazgos típicos en exámenes Paraclínicos como escanografía cerebral, resonancia nuclear magnética pet de cerebro, confirmado por un especialista. La enfermedad debe producir como resultado una incapacidad permanente de realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.

ENFERMEDAD DE PARKINSON: Diagnóstico inequívoco de enfermedad de Parkinson primaria o idiopático (todas las otras formas de parkinsonismo están excluidas), confirmado por un neurólogo. La enfermedad debe provocar incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.

Definición de 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.

En caso que exista concomitancia de las enfermedades amparadas en la cobertura se dara cobertura únicamente a la de mayor severidad es decir no son acumulativas.

2.3.1 EXCLUSIONES PARA ENFERMEDADES GRAVES

El presente amparo no cubre las enfermedades que hayan sido ocasionadas o que estén relacionadas con algunas de las siguientes causas:

- LOS EVENTOS ACCIDENTALES CASUADOS DIRECTAMENTE POR INVASIÓN, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, SEDICIÓN, ASONADA O ACTOS VIOLENTOS MOTIVADOS POR CONMOCIÓN CIVIL O POR APLICACIÓN DE LA LEY MARCIAL, REBELIÓN, INSURRECCIÓN, PODER MILITAR USURPADO, MOTÍN; CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE; EVENTOS OCURRIDOS A CONSECUENCIA DE FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, RADIATIVIDAD O USO DE ARMAS ATOMICAS, BACTERIOLÓGICAS O QUÍMICAS. SALVO LOS EVENTOS ACCIDENTALES CAUSADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR ACTOS DE TERRORISMO.
- LA TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIONES INTENCIONALMENTE CAUSADAS POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA
- LA PRESENCIA DEL VIRUS DEL SIDA CON PRUEBA CONFIRMATORIA, DESCUBIERTO MEDIANTE TEST DE ANTICUERPOS O VIRUS DE SIDA CON RESULTADO POSITIVO, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE ESTE VIRUS.
- CÁNCER DE SENO O ÚTERO.

- LA COLOCACIÓN DE STEN MEDICADO O NO, ASI COMO CUALQUIER OTRO TIPO DE PROTESIS ENDOVASCULAR.
- LOS ACCIDENTES VASCULARES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS Y ACCIDENTES CEREBROVASCULARES REVERSIBLES, ENTENDIENDO COMO TALES AQUELLOS EN LOS QUE EL ASEGURADO PUEDA RECUPERARSE COMPLETAMENTE EN LAS SEIS (6) SEMANAS SIGUIENTES A SU OCURRENCIA.
- ENFERMEDADES O LESIONES DIAGNOSTICADAS O TRATADAS CON ANTERIORIDAD A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO, ASÍ COMO LAS DE ORIGEN CONGÉNITO Y GENETICO, SIEMPRE Y CUANDO SEAN CONOCIDOS POR EL ASEGURADO AL INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL O A LA INCLUSIÓN DE LA COBERTURA EN LA POLIZA O SOPORTADA A TRAVÉS DE HISTORIA CLINICA CON FECHA DE DIAGNOSTICO (PREEXISTENCIA).
- ENFERMEDADES O LESIONES DERIVADAS DEL USO DE ALCOHOL O SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.
- CUALQUIER DOLENCIA AMPARADA POR LA PÓLIZA QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA O ESTÉ SIENDO TRATADA POR UN MÉDICO QUE NO POSEA LICENCIA PERMANENTE Y VÁLIDA, EXPEDIDA POR LA AUTORIDAD RESPECTIVA PARA PRACTICAR LA MEDICINA EN EL PAÍS.
- LA COMPETENCIA, PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES DE MANERA RECREATIVA DE: BUCEO, ALPINISMO, ESCALAMIENTO, EN LOS QUE SE HAGA USO DE SOGAS O GUÍAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, VUELOS EN COMETA, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO.
- LA PRÁCTICA CUALQUIER DEPORTE DE MANERA PROFESIONAL.
- LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA.
- LESIONES PREMALIGNAS, CÁNCER DE PRÓSTATA EN SUS ETAPAS INICIALES T1A O T1B DE LA CLASIFICACION TNM (TUMOR NÓDULO METASTÁSIS) CON CLASIFICACION DE GLEASON INFERIOR A CINCO, CÁNCER INSITU NO INVASIVO (INCLUIDO EL MELANOMA MALIGNO EN ESTADIO INSITU), LOS TUMORES MALIGNOS DE PIEL (EXCEPTO EL MELANOMA MALIGNO INVASIVO), ENFERMEDAD DE HODGKIN ESTADIO I Y LOS TUMORES EN PRESENCIA DEL VIH O SIDA. CARCINOMA DE TIROIDES VARIEDAD PAPILAR EN SUS ETAPAS INICIALES T1 T2 N0 M0 (DE LA CLASIFICACION TNM). EL RESTO DE ESTADIOS, T3-4 Y CARCINOMAS DE TIROIDES VARIEDADES FOLICULAR, ANAPLASICO, MEDULAR, O CUALQUIER OTRO TIPO DE CÁNCER DE TIROIDES DIFERENTES A LOS MENCIONADOS, TENDRÁN COBERTURA EN CUALQUIERA DE SUS ESTADIOS.
- EL ESTADO DE COMA PROVOCADO POR EL ABUSO DE ALCOHOL, TÓXICOS O DROGAS NO PRESCRITAS POR UN MÉDICO.
- MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS.

2.4. RENTAS CLINICAS

2.4.1. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

Si el asegurado es recluido en una institución hospitalaria o clínica, bajo el cuidado de un médico según se define en la presente póliza, la compañía pagará el valor asegurado para este amparo, según el número de días que el asegurado se encuentre recluido.

El pago se producirá siempre y cuando la enfermedad o lesiones que hayan ocasionado la hospitalización se hayan producido transcurridos treinta (30) días calendarios desde el inicio de vigencia de la póliza.

La indemnización se otorgará desde el tercer día de hospitalización y cubrirá hasta un máximo de treinta (30) días continuos por evento y máximo tres (3) eventos por vigencia por asegurado.

Para efectos del presente amparo, se entiende como hospitalización cuando el asegurado se encuentre en una habitación de una institución hospitalaria o clínica, por un periodo mínimo de veinticuatro (24) horas.

No son consideradas como instituciones hospitalarias, para efectos de cobertura de este amparo, las instituciones mentales para tratamiento de enfermedades Psiquiátricas, los lugares de reposo, convalecencia o descanso para ancianos, drogadictos o alcohólicos, los centros de cuidado intermedio, los lugares donde se proporcionan tratamientos naturalistas o de estética.

2.4.2. RENTA DIARIA ADICIONAL POR SER INTERNADO EN UCI

La compañía pagará al asegurado el valor estipulado en la carátula de la póliza, por cada día que el asegurado se encuentre internado en una unidad de cuidados intensivos, de una clínica o institución hospitalaria, por cualquier causa, hasta un máximo de quince (15) días continuos por evento y máximo tres (3) eventos por vigencia por asegurado.

El pago se producirá siempre y cuando la enfermedad o lesiones que hayan ocasionado la reclusión se hayan producido transcurridos treinta (30) días calendario desde el inicio de vigencia de la póliza.

2.4.3. RENTA DIARIA POST- HOSPITALARIA

La compañía pagará al asegurado de la presente póliza según el caso, el valor estipulado en la carátula de la póliza por cada día que la persona asegurada se encuentre recluido en su domicilio tras haber permanecido ingresada en una institución hospitalaria o clínica.

El pago se producirá siempre y cuando la enfermedad o lesiones que la hayan ocasionado se hayan producido transcurridos treinta (30) días calendario desde el inicio de vigencia de la póliza.

La indemnización se otorgará desde el tercer día y por un periodo máximo de ocho (8) días continuos por evento y máximo dos (2) eventos por vigencia por asegurado.

2.4.4. CIRUGÍA AMBULATORIA O PEQUEÑA CIRUGÍA

La compañía pagará al asegurado de la presente póliza según el caso, el valor estipulado en la cobertura y en la carátula de la póliza en caso de cirugía ambulatoria o pequeña cirugía que sufra el asegurado, de acuerdo con la siguiente definición **Cirugía ambulatoria o pequeña cirugía:** Procedimientos de cirugía que no requieren de uso de quirófano y que se realizan en salas de urgencias o en consultorio, tales como esguinces, fracturas óseas simples que requieran inmovilización y vendaje y cuya reducción no afecta el uso del quirófano.

El pago se producirá siempre y cuando la enfermedad o lesiones que la hayan ocasionado se hayan producido transcurridos treinta (30) días calendario desde el inicio de vigencia de la póliza.

La presente cobertura no tiene deducible ni límite de eventos por vigencia por asegurado.

2.4.5. EXCLUSIONES PARA RENTAS CLINICAS

El presente amparo no cubre cuando la incapacidad temporal o la hospitalización tengan origen o relación con:

- LA PRÁCTICA DE EXÁMENES MÉDICOS DE RUTINA, EXÁMENES DE LABORATORIO, RADIOGRAFÍAS O FISIOTERAPIA, TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS, EXCEPTO EL EXAMEN QUE SE NECESITE A CONSECUENCIA DE UNA INCAPACIDAD DETERMINADA POR MÉDICO O CIRUJANO DEBIDAMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER SU PROFESIÓN Y QUE LA ENFERMEDAD MOTIVANTE SE HAYA ORIGINADO DENTRO DE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.
- LESIONES CORPORALES INFLIGIDAS POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO O INTENTO DE SUICIDIO, BIEN SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA O BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O ALUCINÓGENOS.
- LICENCIAS POR MATERNIDAD.
- HOSPITALIZACIONES POR PARTO NORMAL O QUIRÚRGICO DURANTE LOS DIEZ (10) MESES SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DEL AMPARO.
- HOSPITALIZACIONES O INCAPACIDAD DEL ASEGURADO CON OCASIÓN O POR CAUSA DE SU ESTADO DE EMBARAZO O ABORTO.
- CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO, A MENOS QUE SEAN COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE.
- TODA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA QUE TENGA POR FINALIDAD CORREGIR DEFORMACIONES, MALFORMACIONES, IMPERFECCIONES Y ANOMALÍAS CONGÉNITAS.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE INTERNADO EN CASAS DE REPOSO POR DESÓRDENES MENTALES, FUNCIONALES, PSICOSIS, NEUROSIS.
- TRATAMIENTOS POR DROGADICCIÓN, TABAQUISMO O CUALQUIER ESTADO PSIQUIÁTRICO.
- CONDICIONES FÍSICAS O DE SALUD PREEXISTENTES, ENTENDIÉNDOSE COMO TAL CUALQUIER ENFERMEDAD O LESIÓN DIAGNOSTICADA CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIACIÓN DEL AMPARO.
- TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS CIENTÍFICAMENTE POR LAS AUTORIDADES DE SALUD.
- DICTÁMENES MÉDICOS DADOS POR FACULTATIVOS QUE TENGAN PARENTESCO CON EL ASEGURADO, PARENTESCO ENTENDIDO DENTRO DEL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO DE AFINIDAD Y ÚNICO CIVIL.
- TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD, ESTERILIDAD Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR.
- FISIOTERAPIAS
- EXÁMENES DE CORRECCIÓN Y DEFECTOS DE REFRACCIÓN DE LA VISTA.
- CÁNCER Y SU TRATAMIENTO.
- PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES DE BUCEO, ALPINISMO, ESCALAMIENTO, EN LOS QUE SE HAGA USO DE SOGAS O GUÍAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, VUELOS EN COMETA, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO O DEPORTES PROFESIONALES.

- LESIONES CORPORALES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE VOLAR COMO PILOTO, ALUMNO PILOTO, MECÁNICO DE VUELO O MIEMBRO DE TRIPULACIÓN DE CUALQUIER NAVE AÉREA.
- PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS O ACTOS DELICTIVOS.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN EJERCICIO DE FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO O DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA.
- CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE; FISIÓN, FUSIÓN NUCLEAR O RADIATIVIDAD.
- ACTOS DE TERRORISMO O DE GUERRA DECLARADA O SIN DECLARAR.

2.5. AUXILIO EXEQUIAL

En caso de fallecimiento del asegurado según lo definido en el numeral 1.1. De este documento, la compañía pagará la suma asegurada para este amparo al (los) beneficiario (s) designado (s) o en su defecto los de ley, para sufragar los gastos funerarios, siempre y cuando se contrate la cobertura

ESTA COBERTURA SE OTORGA SIN EXCLUSIONES

2.6. RENTA MENSUAL POR FALLECIMIENTO PARA GASTOS DE HOGAR

En caso de fallecimiento por cualquier causa del asegurado, según lo definido en el numeral 1.1. De este clausulado, la compañía pagará el valor asegurado contratado como renta mensual y por el número de meses definidos en las condiciones económicas, a partir del mes siguiente a la fecha de ocurrencia del fallecimiento.

ESTA COBERTURA SE OTORGA SIN EXCLUSIONES

2.7. RENTA MENSUAL POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA GASTOS DE HOGAR

En caso de incapacidad total y permanente del asegurado, según lo definido en el numeral 2.1. De este clausulado, la compañía pagará el valor asegurado contratado como renta mensual y por el número de meses definidos en las condiciones económicas, a partir del mes siguiente a la fecha de ocurrencia de la incapacidad total y permanente.

LAS EXCLUSIONES SERAN LAS DE LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

2.8. AUXILIO POR MATERNIDAD O PATERNIDAD

La Compañía pagará a los(as) aseguradas(os) principales un auxilio de maternidad o paternidad el valor asegurado indicado para esta cobertura en la caratula de la póliza, por un hijo nacido vivo o un hijo adoptado, aun tratándose de alumbramiento múltiple o adopción múltiple, siempre y cuando la concepción del embarazo o la formalización legal de la adopción se haya dado después de transcurridos 30 días desde la fecha de inclusión del asegurado(a) al presente amparo y se efectúe el alumbramiento o la adopción legal dentro de la vigencia del seguro.

Bajo este amparo no se cubren preexistencias. En caso de que ambos padres tengan el carácter de Empleados, el auxilio corresponderá a un solo pago por los dos padres. Esta cobertura será por una única vez, por asegurado(a).

No aplican exclusiones. Carencia para nuevas aseguradas 30 días.

2.9. AUXILIO PARA TRASLADO DEL CUERPO

En caso de fallecimiento del asegurado por accidente cubierto en la póliza y durante la vigencia anual de la presente póliza, la Compañía reconocerá un auxilio, como suma adicional, de Dos Millones de Pesos (\$2.000.000), para transporte del traslado del cuerpo del asegurado fallecido, dentro de la república de Colombia hasta su sitio habitual de residencia en Colombia, siempre y cuando se haya surtido este trámite.

La Compañía no asume responsabilidad en la atención del traslado del cuerpo.

3. PERSONAS ASEGURABLES POR AMPARO

Quedarán amparadas bajo el presente contrato de seguros los Asociados, del Tomador durante la vigencia de la póliza, que sean reportados por el Tomador y cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos en este documento.

3.1. REQUISITOS DE INFORMACIÓN

Dando cumplimiento al artículo 78 de la ley 1328 de 2009 y su decreto reglamentario 3680 del 25 de septiembre de 2009, por el cual se crea el Registro Único de Seguros, para la emisión de cada Póliza individual del presente Seguro de Vida Grupo, la solicitud de seguro y/o listado de asegurados ya sean nuevos o de continuidad, deberá obligatoriamente contener la siguiente información y deberá ser enviado por el Tomador mensualmente en medio magnético dentro de los primeros 10 días del mes siguiente con el fin de efectuar la emisión del cobro mensual

- Nombres completos
- Tipo de documento
- Número de documento de identificación
- Fecha de nacimiento
- Género
- Fecha de Ingreso a la póliza.
- Los porcentajes de extra prima si los hubiere
- Limitaciones de cobertura por proceso de selección de las anteriores Aseguradoras si los hubiere.

4. VIGENCIA

La vigencia técnica de la póliza será de doce (12) meses, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia que aparece en la carátula de la póliza.

5. EDADES POR COBERTURA

COBERTURAS	MÍNIMA INGRESO	MÁXIMA INGRESO	PERMANENCIA
Fallecimiento por cualquier causa	18 años	70 años y 364 días.	Ilimitada
Incapacidad Total y permanente	18 años	64 años y 364 días.	65 años y 364 días.
Fallecimiento Accidental beneficios por desmembración	18 años	64 años y 364 días.	69 años y 364 días.
Enfermedades Graves	18 años	64 años y 364 días.	65 años y 364 días.
Rentas Diarias	18 años	64 años y 364 días.	65 años y 364 días.
Auxilio Exequial	18 años	70 años y 364 días.	Ilimitada
Renta mensual por fallecimiento para gastos de hogar	18 años	70 años y 364 días.	Ilimitada
Renta mensual por ITP	18 años	64 años y 364 días.	65 años y 364 días.
Auxilio Maternidad / Paternidad	18 años	64 años y 364 días.	65 años y 364 días.
Auxilio de Traslado del Cuerpo	18 años	70 años y 364 días.	Ilimitada

5.1. ERRORES E INEXACTITUDES

Si al momento de presentarse una pérdida amparada bajo la póliza a la cual se adhiere este documento, se comprobare que la edad real del asegurado afectado por la pérdida es mayor que la declarada a la Compañía, siempre y cuando la edad verdadera no supere la edad máxima de ingreso a la póliza, ésta reconocerá el cien por ciento (100%) de la indemnización.

6. VALOR ASEGURADO

El valor asegurado de cada persona, será el aceptado expresamente por La Compañía el cual se indicará en la carátula de la póliza.

7. CONTINUIDAD DE COBERTURA

La compañía otorga continuidad de cobertura, es decir no exigirá requisitos adicionales de asegurabilidad a los asegurados con seguro vigente en la fecha de expedición de la póliza, hasta por el monto del valor asegurado y las coberturas que se tuvieran contratadas con la anterior aseguradora.

Los términos y condiciones del contrato de seguro incluyendo las edades de permanencia, amparos y definiciones de cada cobertura que aplicarán, serán las contenidas en el presente condicionado particular.

Esta continuidad se concede sin limitaciones por sus condiciones de salud pero con las siguientes salvedades:

- Que su actividad sea ilícita o se encuentre involucrado en procesos penales (excepto los delitos culposos) o privado de la libertad.
 - Que las condiciones de salud existieran con anterioridad a la inclusión en la póliza de seguro.
- Dentro del alcance de la continuidad de cobertura, cualquier incremento de valor asegurado o inclusión de coberturas requerirá el cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad establecidos en este documento. Sin perjuicio de lo anterior, el Tomador pondrá a disposición de la Compañía las solicitudes de seguro presentadas a la anterior aseguradora.

7.1. GARANTÍA DEL TOMADOR

Se otorga la continuidad de amparo descrita en el punto anterior, bajo la garantía suministrada por el Tomador de informar los riesgos que han sido extra-primados o con limitación de cobertura, o suma asegurada por la aseguradora anterior, a fin de aplicar estas mismas extra primas o limitaciones en el cobro de la nueva póliza.

Así mismo, la continuidad de amparos queda condicionada a que el Tomador informe a la Compañía por escrito, si tiene conocimiento de que haya asegurados a los cuales ya se les hubiere diagnosticado o indemnizado por enfermedades graves o de carácter terminal.

8. AMPARO AUTOMÁTICO

La Compañía concede al Tomador 30 días de amparo automático el cual opera a partir de la fecha en que aparezca dicha novedad en los registros internos del Tomador para todos los nuevos asegurados menores de 60 años de edad o suma asegurada menor igual a **\$200.000.000** que entren a formar parte del grupo asegurable; dentro de dicho periodo debe aportar la solicitud de seguro y/o declaración de asegurabilidad.

La Compañía concede amparo automático sin solicitud de seguro o requisitos de asegurabilidad para los aumentos de suma asegurada menor o igual al 20% siempre y cuando sean menores de 60 años de edad, a partir de la fecha en que aparezca dicha novedad en los registros internos del Tomador.

Para las personas que no cumplan con los parámetros establecidos o para aquellas personas que respondan afirmativamente a las preguntas de carácter medico sin importar su edad o valor asegurado no estarán amparadas y habrá lugar a cumplir los requisitos de asegurabilidad exigidos que serán evaluados por parte de la compañía, quien podrá solicitar exámenes adicionales o complementarios y se reserva el derecho de aceptar, limitar coberturas o valores asegurados, extra-primar, aplazar o declinar el o los riesgos que estime conveniente dentro de sus políticas de suscripción.

9. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

9.1. PARA ASEGURADOS CON CONTINUIDAD DE COBERTURA:

- Certificado de vigencia y listado de asegurados emitidos por la anterior aseguradora con fecha no superior a treinta (30) días, indicando: nombres y apellidos, número del documento de identidad, fecha de nacimiento, fecha de ingreso a la póliza, suma asegurada, coberturas contratadas, limitación de cobertura, y sobre primas.

9.2. PARA NUEVOS ASEGURADOS Y/O AUMENTOS DE SUMA ASEGURADA MAYORES AL 20% Y/O INCLUSIÓN DE COBERTURAS

- Requisitos de Información numeral 3.1 del presente Documento.
- Solicitud de seguro y/o declaración de asegurabilidad para todo el grupo asegurable.
- Presentación de los siguientes requisitos médicos por parte de los asegurados que excedan los límites definidos en la cláusula de Amparo Automático, para su correspondiente análisis y aprobación por parte de la Compañía.

REQUISITOS MÉDICOS
Examen médico
Electrocardiograma en reposo a 12 derivaciones
Laboratorio: Parcial de orina. Química Sanguínea: Ácido Úrico, BUN, Glicemia, Cuadro hemático, Creatinina, HDL, LDL, TGO, TGP, Colesterol total, Triglicéridos.
Para hombres mayores de 50 años solicitar resultado del último examen de Antígeno Prostático realizado no mayor a 365 días.

La Compañía, podrá solicitar exámenes complementarios y se reserva el derecho de aceptar, limitar coberturas o suma asegurada, extra-primar, aplazar o rechazar el o los riesgos que no cumplan con los parámetros de selección definidos por la Compañía.

MAPFRE COLOMBIA, establece un plazo de cinco (5) días hábiles para Bogotá y ocho (8) días hábiles para el resto del país, contados a partir del momento en que los resultados se encuentren en la sede de la aseguradora, para responder al Tomador o intermediario de seguros la aceptación o rechazo de un riesgo.

10. AVISO DEL SINIESTRO

El Tomador, el Asegurado o los Beneficiarios según el caso, deberán dar aviso a la Compañía, de toda lesión, pérdida o fallecimiento que pueda dar origen a una reclamación comprendida en los términos de esta Póliza, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer los hechos que dan lugar a la reclamación. El asegurado o los beneficiarios deberán hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle el estudio del siniestro.

11. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

La Compañía pagará directamente a los beneficiarios o por conducto del Tomador, la indemnización a que está obligada, dentro del mes siguiente a la fecha en que se formalice la reclamación.

12. DOCUMENTOS PARA EL ANALISIS DE LA RECLAMACIÓN

Sin perjuicio de la libertad probatoria que tiene el asegurado, para acreditar la ocurrencia del siniestro deberá aportar los siguientes documentos por cada riesgo.

Fallecimiento

1. Copia de la cédula
2. Registro civil de defunción
3. Certificado de defunción las dos hojas si las hay
4. Solicitud de seguro si la hay
5. Historia clínica completa del asegurado. (antes de ingresar a la póliza y en el momento de fallecer).
6. Acta de levantamiento de cadáver en caso de muerte accidental.
7. Resultado de prueba de alcoholemia y sicofármacos.
8. Informe de autoridades si trata de accidente de tránsito.
9. Protocolo de necropsia en caso de muerte accidental.

10. Documentos que prueben la condición de Beneficiarios; copia cedula para mayores de edad, registro civil de nacimiento para menores, de defunción si hay fallecidos.
11. Declaración extra juicio cuando no hay designación de beneficiarios; declaración que debe hacer una persona ajena a la familia, indicando al momento del fallecimiento el estado civil, cuántos hijos matrimoniales, extramatrimoniales u adoptivos tuvo.
12. Certificación bancaria de cada Beneficiario.
13. SARLAFTT y Finiquito si hay lugar a pago.

Incapacidad Total y Permanente, Inhabilitación Total y Permanente.

1. Copia de la cédula.
2. Copia de la historia clínica completa del asegurado (antes de ingresar a la póliza y en el momento del accidente o diagnóstico de la enfermedad, sí es el caso).
3. Copia de la historia clínica completa del asegurado, y el dictamen de calificación de pérdida de la capacidad laboral que demuestre una pérdida de capacidad laboral igual o superior al cincuenta por ciento (50%), emitida por la EPS, ARL O AFP, conforme a las reglas del manual único para la calificación de la invalidez y las emitidas por las entidades que pertenecen a los regímenes de excepción, conforme a las reglas del manual correspondiente para la calificación de la invalidez.
5. Certificación bancaria donde podrá realizarse el pago en caso de estar el evento cubierto.
6. SARLAFTT y Finiquito si hay lugar a pago.

Enfermedad Grave.

1. Copia de la cédula.
2. Solicitud de seguro si la hay.
3. Historia clínica completa del asegurado. (antes de ingresar a la póliza y en el momento del diagnóstico de la enfermedad).
4. Exámenes de diagnóstico de patología.
5. Certificación bancaria.
6. SARLAFTT y Finiquito si hay lugar a pago.

Rentas Clínicas

1. Copia de la cédula
2. Historia clínica completa del asegurado (antes de ingresar a la póliza y en el momento del accidente o diagnóstico de la enfermedad sí es el caso.)
3. Solicitud de seguro si la hay.
4. Certificado del número de días de hospitalización / Certificado del número de días de incapacidad emitida por la EPS.
5. Certificación bancaria.
6. SARLAFTT y Finiquito si hay lugar a pago.

Auxilio por maternidad o paternidad

1. Copia de la cédula del asegurado
2. Registro civil de nacimiento del hijo
3. Certificado de adopción si es el caso

4. Copia de la licencia de maternidad.
5. Certificación bancaria del asegurado.
6. SARLAF y Finiquito si hay lugar a pago.

Auxilio por Repatriación

1. Copia de la cédula del asegurado
2. Registro civil de defunción
3. Facturas de la repatriación originales.

Los documentos señalados no constituyen el único medio probatorio para acreditar la ocurrencia del siniestro, pero en todo caso las pruebas presentadas por el asegurado deben ser idóneas y con validez legal para acreditar los hechos que configuran el siniestro.

13. DEDUCCIONES

- Una vez pagada la indemnización por el amparo de Incapacidad Total y Permanente, el contrato de seguro queda extinguido en su totalidad. Cuando la compañía haya realizado un pago bajo el amparo de Enfermedades Graves, éste será deducido del amparo de Incapacidad Total y Permanente, siempre y cuando la Incapacidad se produzca como consecuencia de alguna de las enfermedades graves definidas en el respectivo amparo.
- Cuando la compañía haya realizado un pago bajo el amparo de Enfermedades Graves, éste será deducido del amparo de Vida.
- Si a consecuencia del mismo accidente la compañía ha efectuado algún pago por desmembración, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por Incapacidad Total y Permanente.

14. PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

En caso de que la reclamación o los documentos presentados para sustentarla fuesen en alguna forma fraudulentos o, si en apoyo de ella se utilizaren medios o documentos engañosos o dolosos, se perderá todo derecho a indemnización bajo la presente póliza.

15. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

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

- Por el no pago de la prima vencido el plazo establecido en el presente documento.
- A la terminación de la vigencia del seguro, si éste no se renueva.
- Por la voluntad del tomador o asegurado.
- Por mutuo acuerdo de las partes.
- Cuando en el momento de la renovación de la póliza el grupo asegurado sea inferior a diez (10) personas, salvo que la Compañía lo acepte expresamente.
- Cuando la Compañía indemnice por el amparo básico o el amparo de incapacidad Total y Permanente.
- Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en este documento.

Los amparos adicionales de las personas aseguradas por la presente póliza terminarán por alguna(s) de la(s) siguiente(s) causa(s):

- Cuando el asegurado cumpla la edad de permanencia establecida por la Compañía.
- Cuando el tomador solicite por escrito la exclusión del amparo adicional.
- Cuando la Compañía indemnice el 100% del amparo adicional.
- Por revocación de la Compañía.

16. RENOVACIÓN DEL CONTRATO

El seguro es renovable a voluntad de las partes contratantes, en las condiciones técnicas y económicas acordadas según el resultado de la siniestralidad de la póliza en la vigencia inmediatamente anterior.

17. REVOCACIÓN DEL CONTRATO

La presente póliza y sus amparos adicionales podrán ser revocados por el Tomador o Asegurado en cualquier momento, mediante aviso escrito remitido a la Compañía. Se otorga un plazo de treinta (30), días para la revocación de la misma. El importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

La prima a corto plazo será equivalente a la prima a prorrata de la vigencia corrida, más un recargo del diez por ciento (10%) sobre la diferencia entre dicha prima a prorrata y la anual.

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

La percepción por parte de LA COMPAÑÍA de suma alguna por concepto de prima después de la fecha de revocación no hará perder los efectos de la misma procediendo LA COMPAÑÍA a rembolsar la suma recibida.

18. CONDICIONES ECONÓMICAS

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO
4001 Fallecimiento por cualquier causa	Desde \$30.000.000 hasta \$200.000.000
4006 Incapacidad Total y permanente	
4005 Fallecimiento Accidental y Beneficios por Desmembración	
Enfermedades Graves	Anticipo del 60% del amparo básico
Renta Diaria por Hospitalización	\$ 120.000
Renta Diaria por ser internado en UCI	\$ 120.000
Renta Diaria post – Hospitalaria	\$ 120.000
Cirugía ambulatoria o pequeña cirugía	\$ 120.000
Auxilio Exequial	\$3.000.000

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO
Renta mensual por Fallecimiento (Durante 12 meses)	\$ 300.000
Renta mensual por ITP (Durante 12 meses)	\$ 300.000
Auxilio Maternidad / Paternidad	\$200.000
Auxilio de Traslado del Cuerpo	\$2.000.000