

SEGURO DE VIDA GRUPO FAMILIAR

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

1. AMPAROS BASICOS Y EXCLUSIONES

A.1. MUERTE

EL PRESENTE SEGURO AMPARA A LOS MIEMBROS PRINCIPALES DEL GRUPO FAMILIAR CONTRA EL RIESGO DE MUERTE.

A.2 EXCLUSIONES

EL AMPARO DE MUERTE SE OTORGA SIN EXCLUSIONES PARA LOS MIEMBROS PRINCIPALES DEL GRUPO FAMILIAR ASEGURADO, EXCEPTO EL SUICIDIO, QUE ESTARA CUBIERTO A PARTIR DEL DIA 181 CONTADO DESDE EL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA. BAJO ESTA COBERTURA NO SE AMPARAN LOS HIJOS, NI LOS PROGENITORES.

B.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE SEGURO, SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE LA SUFRIDA POR EL ASEGURADO MENOR DE 65 AÑOS DE EDAD QUE HAYA SIDO OCACIONADA O SE MANIFIESTE ESTANDO ASEGURADO BAJO EL PRESENTE AMPARO Y QUE PRODUZCA LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES INCURABLES QUE DE POR VIDA IMPIDAN A LA PERSONA DESEMPEÑAR SU OCUPACION HABITUAL U OTRA COMPATIBLE

CON SU EDUCACION, FORMACION O EXPERIENCIA, POR TENER UNA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL MAYOR O IGUAL AL 50%.
SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SE CONSIDERARÁ COMO TAL, LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS; LA AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS O DE AMBOS PIES, O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE.

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

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

B.1.1 EXCLUSIONES

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

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

B.2.2 DEDUCCION

LA INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE NO ES ACUMULABLE AL SEGURO DE VIDA Y, POR TANTO, UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR DICHA INCAPACIDAD, LA COMPAÑÍA QUEDARÁ LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD EN LO QUE SE REFIERE AL SEGURO DE VIDA DEL ASEGURADO INCAPACITADO.

B.3 INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE O DESMEMBRACION ACCIDENTAL

SE AMPARA LA LESIÓN CORPORAL DEL MIEMBRO PRINCIPAL DEL GRUPO FAMILIAR ASEGURADO, CAUSADA POR UN ACCIDENTE QUE TENGA COMO CONSECUENCIA DIRECTA E INDEPENDIENTE DE OTRA CAUSA, CUALQUIERA DE LAS PÉRDIDAS ENUMERADAS EN LA TABLA DE INDEMNIZACIONES, MANIFESTADA DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A SU OCURRENCIA.

PARA LOS EFECTOS DE ÉSTE AMPARO, POR ACCIDENTE SE ENTIENDE EL HECHO EXTERIOR, IMPREVISTO, REPENTINO E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO, QUE CAUSA DICHA LESIÓN CORPORAL.

LA INDEMNIZACIÓN ADICIONAL CONTRATADA BAJO EL PRESENTE AMPARO, ESTARÁ LIMITADA AL VALOR INDICADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA PARA ESTE AMPARO.

B.3.1 TABLA DE INDEMNIZACIONES

Por pérdida de la vida la suma principal

Por pérdida de ambas manos o ambos pies
o la visión de ambos ojosla suma principal

Por pérdida de una mano y un pie..... la suma principal

Por pérdida de una mano o un pie
y la visión de un ojo..... la suma principal

Por pérdida de una mano o un pie
o la visión de un ojo.....50% de la suma principal

Por pérdida, conforme se emplea aquí, se entiende, con respecto de:

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

B.4 EXCLUSIONES

EL AMPARO DE INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE O DESMEMBRACION ACCIDENTAL Y EL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE NO CUBREN PERDIDA ALGUNA QUE SEA CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

- B.4.1 GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, INVASION, ACTOS DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES DE GUERRA (HAYA SIDO DECLARADO O NO), SEDICION, REBELION, ASONADA, INSURRECCION AMOTINAMIENTO, ACTOS TERRORISTAS INCLUYENDO LOS COMETIDOS POR MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS, MANIFESTACIONES PUBLICAS O CUALQUIER TRASTORNO DEL ORDEN PUBLICO.
- B.4.2 EL SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DEL MISMO.
- B.4.3 EL USO DE ESTUPEFACIENTES, SUSTANCIAS ALUCINOGENAS, DROGAS TOXICAS O HEROICAS INGERIDAS VOLUNTARIAMENTE POR EL ASEGURADO, CUYA UTILIZACION NO HAYA SIDO ORDENADA POR PRESCRIPCION MEDICA O POR ENCONTRARSE EL ASEGURADO EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ.
- B.4.4 LA PARTICIPACION DEL ASEGURADO EN PRUEBAS O COMPETENCIAS DE VELOCIDAD O HABILIDAD DE CUALQUIER CLASE INCLUYENDO EL USO DE VEHICULOS AUTOMOTORES, PLANEADORES, COMETAS Y DEPORTES SUBACUATICOS; ASI COMO, LA PARTICIPACION DEL ASEGURADO EN COMPETENCIAS DE RESISTENCIA, QUE REVISTAN EL CARACTER DE ENCUNTROS DEPORTIVOS PROFESIONALES.
- B.4.5 REACCION O RADIACION NUCLEAR INDIFERENTEMENTE DE COMO SE HUBIERE ORIGINADO.
- B.4.6 ACCIDENTES DE AVIACION CUANDO EL ASEGURADO VIAJE COMO PILOTO O MIEMBRO DE LA TRIPULACION DE CUALQUIER AERONAVE, O VIAJE EN AERONAVES NO AUTORIZADAS OFICIALMENTE PARA OPERAR EN FORMA COMERCIAL EN EL TRANSPORTE DE PASAJEROS.
- B.4.7 MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE SIRVIENDO EN LABORES MILITARES EN LAS FUERZAS ARMADAS O DE POLICIA DE CUALQUIER PAIS O DE CUALQUIER AUTORIDAD INTERNACIONAL.
- B.4.8 HOMICIDIO DOLOSO O INTENCIONAL Y LAS LESIONES O MUERTE CAUSADAS POR OTRA U OTRAS PERSONAS DE FORMA INTENCIONAL.

B.4.9 TERREMOTO, TEMBLOR, ERUPCION VOLCANICA, CICLON, HURACAN, TIFON, TORNADO, MAREMOTO, TSUNAMI O CUALQUIER OTRO TIPO DE CONVULSION DE LA NATURALEZA.

C. ENFERMEDADES GRAVES

POR ESTE AMPARO LA COMPAÑÍA PAGARA EL CAPITAL ESTIPULADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA, EN CASO DE QUE EL MIEMBRO PRINCIPAL DEL GRUPO FAMILIAR ASEGURADO, PADEZCA DE: CANCER, ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR, INSUFICIENCIA RENAL, INFARTO AL MIOCARDIO O TRASPLANTE DE ORGANOS, QUE SEAN DESCUBIERTOS Y DIAGNOSTICADOS DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO O EN CASO DE QUE SEA SOMETIDO A INTERVENCION QUIRURGICA POR ENFERMEDAD DE LAS ARTERIAS CORONARIAS.

C.1 LIMITE DEL BENEFICIO: El beneficio otorgado por esta condición puede aplicarse solamente para las enfermedades graves definidas en la cláusula anterior cuando éstas sean diagnosticadas por primera vez habiendo transcurrido por lo menos ciento ochenta (180) días desde la fecha de iniciación de la vigencia del presente amparo por un médico reconocido y confirmado por evidencias aceptables clínicas, radiologías, histológicas y de laboratorio. Ningún beneficio es pagadero si la enfermedad en cuestión ha sido diagnosticada o si se ha recibido tratamiento por dicha enfermedad antes de la fecha de iniciación del presente seguro.

C.2 EXCLUSIONES:

NO SE PAGARA NINGUN BENEFICIO BAJO ESTE AMPARO, SI EL ASEGURADO PADECE Y SE LE DIAGNOSTICA UNA DE LAS ENFERMEDADES CUBIERTAS COMO CONSECUENCIA DE :

C.2.1 CUALQUIER ENFERMEDAD GRAVE DIAGNOSTICADA DENTRO DE LOS SEIS MESES DE INICIADA LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO. EN ESTE CASO LA COMPAÑÍA DEVOLVERÁ AL ASEGURADO EL VALOR RECIBIDO POR CONCEPTO DE PRIMA Y QUEDARA LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD EN LO QUE SE REFIERE A ESTE AMPARO.

C.2.2 INTENTO DE SUICIDIO O LESIONES AUTOCAUSADAS A LA VIDA DEL ASEGURADO.

C.2.3 ADICCIÓN A LAS DROGAS O EL ALCOHOL.

C.2.4 EL CÁNCER DE SENO O MATRIZ.

C.2.5 LOS TUMORES DE LA PIEL, SALVO QUE SE TRATE DE MELANOMAS MALIGNOS O CÁNCER IN SITU NO INVASIVO.

C.2.6 ENFERMEDADES EN LA PRESENCIA DE UNA INFECCIÓN HIV.

C.2.7 EL TRATAMIENTO LÁSER, OPERACIONES DE VÁLVULA, OPERACIÓN POR TUMORACION INTRACARDIACA O ALTERACIÓN CONGÉNITA.

C.2.8 ENFERMEDADES O ACCIDENTES CON CARÁCTER REVERSIBLE.

C.2.9 CUANDO EL ASEGURADO PADEZCA O HAYA PADECIDO LA ENFERMEDAD ANTES DE INICIARSE ESTE AMPARO.

C.3 DEFINICIONES

C.3.1 Infarto al Miocardio: Se considera como tal el evento isquémico resultante en una muerte irreversible de una porción del músculo del corazón, como consecuencia de un inadecuado suministro de sangre.

El diagnóstico para esto estará basado sobre la presencia de todo lo siguiente:

- Una historia de típico dolor de pecho.
- ECG cambios indicativos de infarto del miocardio, cambios electrocardiográficos de novo, indicativos de infarto del miocardio.
- Elevación inadecuada de enzimas cardíacas por ejemplo CK (MB), CPK, LDH.
- Aparición de alteraciones cinéticas parietales detectadas por ecocardiografías.

C.3.2 Intervención Quirúrgica por Enfermedad de las Arterias Coronarias

Es la cirugía de corazón abierto para corregir la estrechez o bloqueo de una o más arterias coronarias con injertos de arterias o venas por el sistema de BY-PASS (CABG). Se excluye la angioplastia, colocación de stent, refuerzos láser y/o cualquier otro

procedimiento intra arterial. La indicación de la cirugía debe ser demostrada por una angiografía coronaria.

C.3.3 Accidente Cerebrovascular: es el incidente cerebrovascular producto de secuelas neurológicas durante mas de 24 horas por infarto de tejidos cerebrales, hemorragias o embolias desde un área extracraneal, causando daños neurológicos permanentes con alteraciones de funciones sensoriales y motrices (parálisis, problemas de habla, etc). Esta enfermedad podrá ser compensada después de un período de espera de al menos 3 meses desde la fecha de aparición del daño neurológico.

C.3.4 Cáncer: Tumor clasificado histológicamente como maligno, caracterizado por células malignas de crecimiento incontrolado de alta propagación e invasión hacia otros tejidos normales.

El término cáncer incluye Leucemia y enfermedad de Hodgkin's (excepto la etapa 1 del Hodgkin's) y su comprobación debe hacerse por anatomía patológica y exámenes complementarios demostrativos; pero las siguientes están específicamente excluidas:

Todo tumor el cual este histológicamente descrito como pre-maligno, no-invasivo o como cáncer IN SITU.

Toda forma de linfoma en la presencia de cualquier virus de inmunodeficiencia humana.

Cualquier otro cáncer de piel con excepción del melanoma maligno invasivo.

C.3.5. Insuficiencia Renal: Es la falla renal en etapa terminal, crónica e irreversible, con compromiso de ambos riñones y donde se requiere de diálisis renal regular o trasplante de riñón. La necesidad de diálisis regular, deberá estar certificada por un informe nefrológico.

C.3.6. Trasplante de órganos mayores: Es el implante de un órgano trasladado de un ser humano a otro humano con el fin de restaurar una función orgánica, grave e irreversiblemente deteriorada. Incluye cualquiera de los siguientes órganos: Corazón, Hígado, Riñón, Páncreas, Pulmón, Médula ósea. El trasplante de todos los otros órganos, partes de órganos o cualquier otro trasplante de tejidos, está excluido. Se indemnizará al asegurado desde su inclusión en una lista de espera.

C.4 SUMA ASEGURADA

La suma que la Compañía reconocerá y pagará por concepto del presente amparo en el momento de presentarse la enfermedad grave, será el porcentaje indicado en el cuadro de amparos de la póliza aplicado al valor asegurado para el amparo básico de vida.

C.5 AJUSTES Y DEDUCCIONES DE LA POLIZA

La indemnización por enfermedad grave no es acumulable al seguro de vida y por lo tanto, una vez pagada la indemnización por el presente amparo, dicha suma será deducida del valor asegurado correspondiente al seguro de vida básico. Así mismo, la prima para el seguro principal se reducirá en la misma proporción que haya entre el monto pagado por concepto del amparo de Enfermedad Grave y el valor asegurado en el seguro principal.

En el evento que el Asegurado no pueda efectuar el cobro en razón de su estado de salud, el pago se hará a los beneficiarios del Seguro de Vida.

Si la Compañía ha efectuado algún pago por el amparo de Indemnización Adicional por Muerte o Desmembración Accidental o por Incapacidad Total y Permanente, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por el presente amparo.

D. RENTA PARA GASTOS DEL HOGAR

LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ, COMO BENEFICIO ADICIONAL, EN CASO DE MUERTE O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DE UNO DE LOS MIEMBROS PRINCIPALES DEL GRUPO FAMILIAR ASEGURADO, LA SUMA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA PARA ESTE AMPARO, DESTINADA A CUBRIR LOS GASTOS DEL HOGAR POR UN PERÍODO DE DOCE MESES.

CONDICIONES GENERALES

2. OBJETO DEL SEGURO

Este seguro se expide bajo plan temporal, renovable anualmente y estará en vigor por el término de un (1) año contado a partir de la fecha de

iniciación de la vigencia, indicada en la carátula de la Póliza, siempre que de acuerdo con las condiciones generales no se revoque o termine antes.

3. DEFINICIONES

3.1 **TOMADOR:** Es la persona natural que obrando por cuenta propia o ajena traslada los riesgos propios de este seguro y es el responsable del pago de las primas.

3.2 **GRUPO FAMILIAR ASEGURABLE:** Es el grupo familiar conformado por el Padre o Madre de familia y su cónyuge, compañera o compañero permanente, los hijos menores de 25 años y los progenitores menores de 65 años.

3.3 **MIEMBROS PRINCIPALES DEL GRUPO FAMILIAR:** Son el Padre y la Madre de familia como cabezas del Grupo Familiar Asegurable.

4. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Para los amparos básicos de la póliza, la edad mínima de ingreso será de dieciocho (18) años y la máxima de sesenta (60) años, excepto para el amparo de enfermedades graves en que la edad máxima de ingreso será de cincuenta y cinco (55) años. La edad máxima de permanencia en la póliza para el amparo de muerte será de (80 años) y el de Indemnización Adicional por Muerte Accidental o Desmembración será de setenta (70) años, para el amparo de Incapacidad Total y Permanente será sesenta y cinco (65) años y para el de Enfermedades Graves de sesenta y cinco (65) años. Para el amparo

adicional de exequias, la edad máxima de ingreso será de sesenta y cinco (65) años y la de permanencia será indefinida. Los hijos tendrán permanencia hasta los 25 años.

5. SUMA ASEGURADA

La suma asegurada por cada persona asegurada representa la responsabilidad máxima de la Compañía en caso de siniestro, sin perjuicio de las prestaciones correspondientes a los amparos adicionales que se hubieren contratado.

6. PAGO DE LA PRIMA

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

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

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

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

7. OBLIGACIONES DEL TOMADOR EN CASO DE SINIESTRO

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

8. PAGO DEL SINIESTRO

La Compañía efectuará el pago de la suma asegurada a que está obligada por la presente póliza, por conducto del Tomador, al Asegurado o a los Beneficiarios, o directamente a éstos, dentro del mes siguiente a la fecha en que el Asegurado o los Beneficiarios,

según sea el caso, le acrediten, en los términos del artículo 1077 del Código de Comercio, la ocurrencia del siniestro y su cuantía si a ello hubiere lugar.

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

8.1 Certificado Individual de Seguro de Grupo.

8.2 Registro Civil de Nacimiento.

8.3 Registro Civil de Defunción.

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

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

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

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

9. DECLARACION INEXACTA O RETICENTE

El Tomador y los Asegurados individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente, los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo según el cuestionario que le sea propuesto por la Compañía. La reticencia o la inexactitud del Tomador sobre los hechos o circunstancias que conocidos por la Compañía la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del presente contrato.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el Tomador ha encubierto, por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la reticencia o la inexactitud provienen de error inculpable del Tomador, el contrato no será nulo pero la Compañía solo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima, adecuada al verdadero estado del riesgo.

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

10. MODIFICACION DEL ESTADO DEL RIESGO

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

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

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

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

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

11. REVALORIZACION DEL VALOR ASEGURADO

El valor asegurado del amparo básico y amparos adicionales, podrá tener un crecimiento anual de 10% sobre el valor asegurado inicial hasta los 60 años, edad en la cual se congelará el valor asegurado .

La prima de renovación se calculará sobre el nuevo valor asegurado y a la tasa que corresponda al rango de edad cumplida.

12. CONVERTIBILIDAD

Los Asegurados menores de setenta (70) años que revoquen su seguro o que se separen del grupo asegurado después de permanecer en él, por lo menos durante un (1) año continuo, tendrán derecho a ser asegurados sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo la póliza de grupo, pero sin

beneficios adicionales, en cualquiera de los planes de seguro individual de los que estén autorizados a la Compañía, siempre y cuando lo soliciten dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de su retiro del grupo.

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

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

13. IRREDUCTIBILIDAD

Transcurridos dos (2) años en vida del Asegurado, desde la fecha del perfeccionamiento del contrato, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de

asegurabilidad, sin perjuicio de lo establecido en la condición siguiente.

14. INEXACTITUD EN LA DECLARACION DE EDAD

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

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

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

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

15. REVOCACION DEL CONTRATO

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

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

16. TERMINACION DEL SEGURO INDIVIDUAL

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

- a) Por falta del pago de la prima, vencido el período de gracia.
- b) Al vencimiento de la póliza, si ésta no se renueva.
- c) Cuando el Tomador o el Asegurado revoque por escrito la póliza.
- d) Cuando existan menos de dos personas del grupo familiar asegurable.
- d) Cuando el Asegurado cumpla la edad de ochenta (80) años.

PARAGRAFO: El hecho de que por error de cualquiera de las partes (Tomador o Compañía) no se haya

excluido de la Póliza al Asegurado al alcanzar la edad de ochenta (80) años en el amparo básico, por terminación de su seguro individual, no obliga a la Compañía al pago del valor asegurado contratado, en caso de siniestro. En este caso la Compañía sólo devolverá el valor de las primas pagadas de más hasta la fecha del siniestro, a los Beneficiarios del Asegurado. Igual situación aplicará para los amparos adicionales de acuerdo con el límite de edad establecido para cada amparo.

17. CONDICIONES DE LEY

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

18. NOTIFICACIONES

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

19. DOMICILIO

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

AMPAROS ADICIONALES - OPCIONALES

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

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

1. AMPARO EXEQUIAS

Con sujeción a las condiciones de la presente póliza y en consideración a las declaraciones del Tomador o Asegurado, la Compañía indemnizará hasta la suma asegurada a quien demuestre haber realizado los gastos funerarios relativos al fallecimiento de cualquiera de las personas amparadas bajo el presente contrato.

Se consideran como gastos funerarios, ceremonia religiosa, avisos en la prensa, transporte y demás servicios necesarios para el sepelio.

En el evento de no poderse demostrar el gasto funerario, se reconocerá un auxilio por el 50% del valor contratado en el amparo de exequias para los familiares y del 100% del Asegurado Principal y Conyuge si se encuentra asegurado.

2. EXCLUSIONES

LA PRESENTE PÓLIZA NO AMPARA LOS GASTOS FUNERARIOS CUANDO EL FALLECIMIENTO SE ORIGINE O ESTÉ RELACIONADO CON ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

- ◆ ENFERMEDADES O LESIONES MANIFESTADAS O DIAGNOSTICADAS CON ANTERIORIDAD A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

3. PERIODO DE CARENCIA

Durante los primeros tres meses (3) de vigencia del seguro, no habrá cobertura en este amparo si la muerte del asegurado ocurre por: Cáncer, Sida, Enfermedades Cardiovasculares, Suicidio o Homicidio.