

SEGURO MODULAR DE VIDA GRUPO EMPRESARIAL

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.

CONDICION PRIMERA – COBERTURAS Y EXCLUSIONES

ESTE SEGURO SE ENCUENTRA INTEGRADO POR SECCIONES. EN CADA SECCION SE INDICAN LOS AMPAROS Y EXCLUSIONES BAJO LAS CUALES SE OTORGA EL SEGURO.

SECCION A: VIDA GRUPO

SECCION B: ACCIDENTES PERSONALES

SECCION C: AMPAROS ADICIONALES OPCIONALES

SECCION A – VIDA GRUPO

1. MUERTE - AMPARO

BAJO ESTE AMPARO SE CUBRE A LOS MIEMBROS PRINCIPALES DEL GRUPO FAMILIAR CONTRA EL RIESGO DE MUERTE.

1.1 MUERTE - EXCLUSIONES

EL AMPARO DE MUERTE SE OTORGA SIN EXCLUSIONES PARA LOS MIEMBROS PRINCIPALES DEL GRUPO FAMILIAR ASEGURADO. BAJO ESTA COBERTURA NO SE AMPARAN LOS HIJOS, NI LOS PROGENITORES.

2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE - AMPARO

PARA LOS EFECTOS DE ESTE SEGURO, SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE LA SUFRIDA POR EL MIEMBRO PRINCIPAL DEL GRUPO FAMILIAR ASEGURADO, MENOR DE 60 AÑOS DE EDAD, ESTANDO ASEGURADO BAJO LA PRESENTE PÓLIZA, QUE PRODUZCA LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES INCURABLES QUE DE POR VIDA IMPIDAN A LA PERSONA DESEMPEÑAR CUALQUIER TRABAJO REMUNERATIVO Y QUE CORRESPONDA A UNA CALIFICACION IGUAL O SUPERIOR AL CINCUENTA POR CIENTO (50%) DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL DE CONFORMIDAD CON LA CALIFICACION EMANADA DE LAS JUNTAS CALIFICADORAS DE INVALIDEZ, SIEMPRE QUE DICHA INCAPACIDAD HAYA EXISTIDO POR UN PERÍODO CONTINUO NO MENOR DE 150 DÍAS Y NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO.

SE ENTENDERÁ COMO FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO PARA EFECTOS DE ESTA COBERTURA, LA FECHA DE ESTRUCTURACION DE LA INCAPACIDAD SEÑALADA EN LA RESOLUCION EMANADA DE LA JUNTA CALIFICADORA.

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.

2.1 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.

3. ENFERMEDADES GRAVES - AMPARO

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.

3.1 LIMITE DEL BENEFICIO

El beneficio otorgado por esta condición puede aplicarse solamente para las enfermedades graves mencionadas en el párrafo anterior y definidas adelante, cuando éstas sean diagnosticadas por primera vez habiendo transcurrido por lo menos noventa (90) días desde la fecha de iniciación de la vigencia del presente amparo por un médico reconocido y confirmado por evidencias aceptables clínicas, radiológicas, 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.

3.2 EXCLUSIONES

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

3.2.1 CUALQUIER ENFERMEDAD GRAVE DIAGNOSTICADA DENTRO DE LOS NOVENTA DIAS DE INICIADA LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO. EN ESTE CASO LA COMPAÑÍA DEVOLVERÁ AL ASEGURADO EL VALOR RECIBIDO POR CONCEPTO DE PRIMA Y QUEDARÁ LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD EN LO QUE SE REFIERE A ESTE AMPARO.

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

3.2.3 ADICCIÓN A LAS DROGAS O EL ALCOHOL.

3.2.4 EL CÁNCER DE SENO O MATRIZ.

3.2.5 CANCER IN SITU NO INVASIVO Y LOS TUMORES DE LA PIEL, SALVO QUE SE TRATE DE MELANOMAS MALIGNOS.

3.2.6 ENFERMEDADES EN LA PRESENCIA DE UNA INFECCIÓN HIV.

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

3.2.8 ENFERMEDADES O ACCIDENTES CON CARÁCTER REVERSIBLE.

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

3.3 DEFINICIONES

3.3.1 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.

3.3.2 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.

3.3.3 Accidente Cerebrovascular: es el incidente cerebrovascular producto de secuelas neurológicas durante más 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.

3.3.4 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 esté 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.

3.3.5 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.

3.3.6 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.

3.4 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 indicado en el cuadro de amparos de la póliza.

3.5 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. 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 Incapacidad Total y Permanente, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por el presente amparo, si fuere el caso.

4. RENTA PARA GASTOS DEL HOGAR - AMPARO

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 EL NUMERO DE MESES INDICADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA.

SECCION B – ACCIDENTES PERSONALES

1. MUERTE ACCIDENTAL - AMPARO

SI COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE NO EXCLUIDO ESPECIFICAMENTE, QUE HAYA TENIDO OCURRENCIA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE POLIZA, EL ASEGURADO FALLECE, LA COMPAÑÍA PAGARA UNA SUMA IGUAL AL VALOR ASEGURADO ESTIPULADO EN EL CUADRO PARA ESTE AMPARO, SIEMPRE QUE DICHO FALLECIMIENTO OCURRA DENTRO DE LOS CIENTO VEINTE (120) DIAS CALENDARIO SIGUIENTES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DEL ACCIDENTE.

LA COBERTURA OTORGADA POR ESTE AMPARO CUBRE A LOS MIEMBROS PRINCIPALES DEL GRUPO FAMILIAR ASEGURADO Y A SUS PROGENITORES ASEGURADOS HASTA POR EL 100% DEL VALOR ASEGURADO INDICADO EN EL CUADRO Y A LOS HIJOS ASEGURADOS MENORES DE 25 AÑOS EN UN 50% DE DICHA SUMA LIMITADA AL MONTO MAXIMO INDICADO EN EL CUADRO.

2. INVALIDEZ - AMPARO

SI COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE SUFRIDO POR EL ASEGURADO, CONFORME SE ENCUENTRA DEFINIDO EN ESTE SEGURO, SE PRODUCE UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO QUE LO IMPOSIBILITE PARA LLEVAR A CABO CUALQUIER ACTIVIDAD REMUNERATIVA Y QUE CORRESPONDA A UNA CALIFICACION IGUAL O SUPERIOR AL SESENTA Y

SEIS POR CIENTO (66%) DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL DE CONFORMIDAD CON LA CALIFICACION EMANADA DE LAS JUNTAS CALIFICADORAS DE INVALIDEZ, LA COMPAÑIA PAGARA UNA PRESTACION IGUAL A LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN EL CUADRO PARA ESTE AMPARO, SIEMPRE QUE DICHA INVALIDEZ SE PRODUZCA DENTRO DE LOS CIENTO CINCUENTA (150) DIAS CALENDARIO SIGUIENTES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DEL ACCIDENTE.

SE ENTENDERA COMO FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO PARA EFECTOS DE ESTA COBERTURA, LA FECHA DE ESTRUCTURACION DE LA INCAPACIDAD SEÑALADA EN LA RESOLUCION EMANADA DE LA JUNTA CALIFICADORA.

SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE CONSIDERARÁN COMO TAL, PARA LOS EFECTOS DE ESTE SEGURO, LAS DESMEMBRACIONES REGISTRADAS EN LA SIGUIENTE TABLA:

TABLA DE INDEMNIZACIONES

	PORCENTAJE DE INDEMNIZACION
PERDIDA DE LAS DOS MANOS	100%
PERDIDA DE LOS DOS PIES	100%
PERDIDA DE TODOS LOS DEDOS DE AMBAS MANOS	100%
PERDIDA DE TODOS LOS DEDOS DE AMBOS PIES	100%
PERDIDA TOTAL DE LA VISION DE AMBOS OJOS	100%
PERDIDA TOTAL DE LA AUDICION POR AMBOS OIDOS	100%
PERDIDA IRREVERSIBLE DEL HABLA	100%
PARALISIS TOTAL	100%
DEMENCIA INCURABLE	100%

LA COBERTURA OTORGADA POR ESTE AMPARO CUBRE A LOS MIEMBROS PRINCIPALES DEL GRUPO FAMILAR ASEGURADO Y A SUS PROGENITORES ASEGURADOS HASTA POR EL 100% DEL VALOR ASEGURADO INDICADO EN EL CUADRO DE COBERTURAS Y A LOS HIJOS ASEGURADOS MENORES DE 25 AÑOS EN UN 50% DE DICHA SUMA LIMITADA AL MONTO MAXIMO INDICADO EN EL CUADRO.

2.1 INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL O DESMEMBRACION

NO ES UN AMPARO ADICIONAL SINO UN COMPLEMENTO DEL AMPARO DE INVALIDEZ, POR EL CUAL, SI COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE SUFRIDO POR EL ASEGURADO SE OCASIONA LA PERDIDA FUNCIONAL O ANATOMICA DE UNO DE SUS MIEMBROS U ORGANOS, O SU AMPUTACION TRAUMATICA O QUIRURGICA, EL ASEGURADO TENDRA DERECHO A UNA SUMA, DE ACUERDO CON LOS PORCENTAJES QUE A CONTINUACION SE ESTABLECEN Y QUE SE FIJARA CON BASE EN EL VALOR ASEGURADO ESTIPULADO EN EL CUADRO PARA EL AMPARO DE INVALIDEZ.

EN CASO DE PERDIDA DE VARIOS MIEMBROS U ORGANOS DE LOS ENUMERADOS EN LA TABLA SIGUIENTE, PRODUCIDA EN UN MISMO ACCIDENTE, EL VALOR TOTAL DE LA INDEMNIZACION SERA FIJADO SUMANDO LOS PORCENTAJES CORRESPONDIENTES A CADA UNO DE LOS MIEMBROS U

ORGANOS Y, EN NINGUN CASO, EL TOTAL PAGADERO BAJO LOS AMPAROS COMBINADOS DE INVALIDEZ Y DE INVALIDEZ

PERMANENTE PARCIAL O DESMEMBRACION, PODRA EXCEDER LA SUMA ASEGURADA ESTIPULADA PARA EL AMPARO DE INVALIDEZ

Concepto de la Pérdida	Porcentaje de Indemnización
PERDIDA DE LA VISTA POR UN OJO	50%
PERDIDA DE LA AUDICION POR UN OIDO	50%
PERDIDA DE TODOS LOS DEDOS DE UNA MANO	50%
PERDIDA DE LOS DEDOS INDICE Y PULGAR	20%
PERDIDA DE UN BRAZO POR ENCIMA DEL CODO	55%
PERDIDA DE TODOS LOS DEDOS DE UN PIE	20%
DESFIGURACION FACIAL TOTAL	15%

3. DEDUCCION

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE CUALQUIER PAGO EFECTUADO POR LA COMPAÑÍA BAJO LA PRESENTE SECCION, REPRESENTA UNA DISMINUCIÓN DE LAS SUMAS ASEGURADAS DE LOS AMPAROS INDICADOS EN LOS NUMERALES 1 Y 2 DE ESTA SECCION, DE MANERA QUE LA SUMA TOTAL DE LAS PRESTACIONES PAGADERAS POR CAUSA DE UNO O MÁS ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE UNO CUALQUIERA DE LOS PERÍODOS DE LA PÓLIZA, NO PODRÁ EXCEDER DE LA QUE SEA MAYOR DE LAS SUMAS PAGADERAS BAJO LOS NUMERALES 1 O 2.

4. RENTA PARA GASTOS DEL HOGAR - AMPARO

LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ, COMO BENEFICIO ADICIONAL, EN CASO DE MUERTE O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTE, 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 EL NÚMERO DE MESES INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

5. EXCLUSIONES

QUEDAN EXPRESAMENTE EXCLUIDOS DE LOS AMPAROS DE ESTA SECCION B DE LA POLIZA, LA MUERTE O LESIONES QUE PROVENGAN DE ACCIDENTES QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE, O TENGAN RELACION CON, LOS SIGUIENTES EVENTOS:

5.1. 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.

5.2. EL SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DEL MISMO, BIEN SEA QUE EL ASEGURADO SE

ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE LOCURA.

5.3. 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.

5.4. LAS ENFERMEDADES FISICAS O PSIQUICAS, TRATAMIENTOS MEDICOS O QUIRURGICOS QUE NO TENGAN SU ORIGEN EN UN ACCIDENTE AMPARADO POR ESTA POLIZA, INFECCIONES BACTERIANAS (SALVO INFECCIONES PIOGENICAS QUE ACONTEZCAN COMO CONSECUENCIA DE UNA HERIDA ACCIDENTAL); NI LOS EFECTOS PSIQUICOS (EXCEPTO DEMENCIA INCURABLE) O ESTETICOS RESULTANTES DE CUALQUIER ACCIDENTE.

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

5.6. EL EMBARAZO, ABORTO O ALUMBRAMIENTO; NI LA AGRAVACION EN LESIONES O LA MUERTE RESULTANTE COMO CONSECUENCIA DE TALES CAUSAS.

5.7. 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 CARÁCTER DE ENCUENTROS DEPORTIVOS PROFESIONALES.

5.8. REACCION O RADIACION NUCLEAR INDIFERENTEMENTE DE COMO SE HUBIERE ORIGINADO.

5.9. 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.

5.10. MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE SIRVIENDO EN LABORES MILITARES EN LAS FUERZAS ARMADAS O DE POLICIA DE CUALQUIER PAIS O DE CUALQUIER AUTORIDAD INTERNACIONAL. EN CASO DE QUE EL ASEGURADO FUERE LLAMADO A PRESTAR SERVICIO MILITAR O SE INCORPORA A CUALQUIER CUERPO ARMADO, LA COMPAÑÍA LE DEVOLVERA LA PRIMA DE SEGURO CORRESPONDIENTE AL LAPSO DE DURACION DE DICHO SERVICIO, LIQUIDADADA A PRORRATA.

5.11. HOMICIDIO DOLOSO O INTENCIONAL Y LAS LESIONES O MUERTE CAUSADAS POR OTRA U OTRAS PERSONAS, SALVO QUE TALES LESIONES O MUERTE FUEREN CONSECUENCIA DE UN EVENTO FORTUITO O UN HECHO CULPOSO.

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

6. DEFINICIONES

6.1 ACCIDENTE

Para los efectos de esta póliza, se entiende por accidente, las lesiones corporales causadas por hechos

fortuitos, violentos, accidentales, externos y visibles. Así mismo, lo serán, las lesiones accidentales que por sí solas, e independientemente de cualquier otra causa, ocasionen la muerte o incapacidad del Asegurado y en las que bajo ninguna circunstancia intervenga su voluntad o la de los beneficiarios de esta póliza u otras pólizas similares.

6.2 PERDIDA DE UN MIEMBRO O DESMEMBRACION

Se entiende por pérdida de un miembro o desmembración, su separación física debida a amputación traumática o quirúrgica del miembro, por encima de la muñeca o del tobillo, lo mismo que la pérdida total y permanente del uso de dicho miembro, ocurrida dentro de los noventa (90) días calendario siguientes contados a partir de la fecha del accidente; y, por la pérdida de la vista de un ojo se entiende, la pérdida total e irreparable de la visión que deje al Asegurado ciego y absolutamente incurable por la ciencia médica.

CONDICION SEGUNDA - CONDICIONES GENERALES

1. OBJETO DEL SEGURO

Este seguro se expide bajo plan temporal, renovable anualmente y estará en vigor por el término indicado en la carátula de la Póliza, siempre que de acuerdo con las condiciones generales no se revoque o termine antes.

2. DEFINICIONES

2.1 **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.

2.2 **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.

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

3. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Amparos por Sección	Mínima de ingreso	Máxima de ingreso	Permanencia
Sección A: Grupo Vida.			
Vida	18	60	70
Incapacidad Total y Permanente	18	60	65
Enfermedades Graves	18	60	65
Renta mensual para Gastos de Hogar	18	60	70
Sección B: Accidentes Personales	18	65	70

Nota: Para edad de permanencia, en todos los casos, se entiende que la cobertura terminará en el aniversario de la póliza posterior a la fecha en que el asegurado cumpla la edad de permanencia registrada de acuerdo con cada amparo.

4. 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.

5. 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.

6. 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.

7. 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.

8. 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.

9. REVALORIZACION DEL VALOR ASEGURADO

El valor asegurado del amparo básico para cada una de las secciones de este seguro y de los amparos adicionales, tendrá un crecimiento anual de 10% sobre el valor asegurado inicial.

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

10. 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 cobertura de Muerte en la Sección A – Vida 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.

11. 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.

12. 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:

12.1 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.

12.2 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

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

13. 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 la Sección B de Accidentes Personales y de los amparos adicionales de ambas secciones, 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 del envío. En este caso, la Compañía devolverá la parte proporcional de la prima no devengada desde la fecha de revocación.

14. 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 el Asegurado cumpla la edad de setenta (70) 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 setenta (70) años en los amparos básicos de las secciones A y B de este seguro, 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.

15. 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.

16. 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.

17. 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.

SECCION C: AMPAROS ADICIONALES - OPCIONALES

Los amparos adicionales opcionales que adelante se definen y precisan podrán acceder a la Sección A de Vida Grupo o a la Sección B de Accidentes Personales. Se entenderán otorgados siempre y cuando así se hubiesen acordado entre las partes y específicamente se haga constar en el cuadro de amparos de la póliza o mediante anexo a ella y se regirá por las condiciones generales de este seguro y por lo expresamente mencionado a continuación:

1. RENTAS HOSPITALARIAS

1.1. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

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

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

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

1.2. AMPARO DE COBERTURA PARA HOSPITALIZACION EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

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

1.3. AMPARO DE RENTA DIARIA POST- HOSPITALARIA.

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

NOTA: LOS AMPAROS CITADOS EN LOS NUMERALES 1.1, 1.2 Y 1.3 DE LA SECCION C, SON EXCLUYENTES ENTRE SI.

1.4. EDADES

Amparos por Módulo	Mínima de ingreso	Máxima de ingreso	Permanencia
Rentas Hospitalarias	0	60	65

Nota: Para edad de permanencia, en todos los casos, se entiende que la cobertura terminará en el aniversario de la póliza posterior a la fecha en que el asegurado cumpla la edad de permanencia registrada de acuerdo con cada amparo.

1.5. EXCLUSIONES PARA LOS AMPAROS ADICIONALES CITADOS EN LOS NUMERALES 1.1, 1.2 y 1.3 DE LA PRESENTE SECCIÓN.

NO SE RECONOCERA SUMA ALGUNA POR CONCEPTO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN, CUANDO EL ACCIDENTE SUFRIDO POR EL ASEGURADO PROVENGA O TENGA RELACION CON UN EVENTO DE LOS SEÑALADOS EN LA CONDICION DE EXCLUSIONES DE LA SECCION B DE LA PÓLIZA O POR ENFERMEDAD QUE PROVENGA O SEA CONSECUENCIA DE:

1.5.1. HOSPITALIZACIÓN O TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS COMO CONSECUENCIA DE ACTOS DE GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, SEDICIÓN, ASONADA, MOTINES, HUELGAS, TERRORISMO, ACTOS DE MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS O, EN GENERAL, ACTOS VIOLENTOS MOTIVADOS POR CONMOCIONES POPULARES DE CUALQUIER CLASE, FENÓMENOS CATASTRÓFICOS POR CAUSAS NATURALES Y LAS LESIONES INMEDIATAS O TARDÍAS CAUSADAS POR FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR.

1.5.2. ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS EXISTENTES ANTES DE LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO.

1.5.3. LA ESCLEROTERAPIA, DEFECTOS DE REFRACCIÓN VISUAL, QUERATOCONO, TRANSPLANTE DE CORNEA, ESTRABISMO DE ORIGEN CONGÉNITO.

1.5.4. CIRUGÍA ESTÉTICA, CIRUGÍA PLÁSTICA Y CIRUGÍA O TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO, A MENOS QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA.

1.5.5. ENFERMEDADES PERIODENTALES Y SUS COMPLICACIONES, ALTERACIONES DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, TRASTORNOS DE LA MORDIDA, DEL DESARROLLO

MANDIBULAR O MAXILAR, CUALQUIERA QUE SEA SU ORIGEN.

1.5.6. MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SUS CONSECUENCIAS, ASÍ COMO EL DIAGNOSTICO O TRATAMIENTO, GENERAL O POR LAPAROSCOPIA, PARA FERTILIZACIÓN Y ESTERILIDAD, INSEMINACIÓN ARTIFICIAL, DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y/O FRIGIDEZ, FECUNDACIÓN IN VITRO, PRUEBAS GENÉTICAS Y TRATAMIENTOS ORIENTADOS AL FETO EN GENERAL O EL ABORTO PROVOCADO.

1.5.7. TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS POR ENFERMEDADES O TRASTORNOS MENTALES, CURAS DE DESCANSO O DE REPOSO, ADICCIÓN A LAS DROGAS O ALCOHOL, LESIONES AUTOCAUSADAS, INTENTO DE SUICIDIO, LESIONES DEBIDAS A LOCURA, ESTADOS DE DEMENCIA, POLISOMNOGRAMAS Y PLASTIAS POR ENFERMEDADES DEL SUEÑO, ASÍ COMO, LAS LESIONES O ENFERMEDADES DEBIDAS A LA INGESTIÓN DE DROGAS SOMNÍFERAS, BARBITÚRICOS, ALUCINÓGENAS O POR ESTADO DE EMBRIAGUEZ.

1.5.8. EL ESTUDIO O USO, ASI COMO SUS CONSECUENCIAS, DE MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS MEDICO-QUIRÚRGICOS PARA EL CRECIMIENTO, ENVEJECIMIENTO, OBESIDAD, ADELGAZAMIENTO O EL CONTROL DE PESO, PERDIDA DE LA MEMORIA, PTOSIS PARPEBRAL, BLEFAROCHALASIS, ARRUGAS Y CALVICIE Y, PROCEDIMIENTOS DE USO COSMÉTICO EN GENERAL, TALES COMO: MESOTERAPIA, HIDROTERAPIA, CELULOTERAPIA, CÁMARA HIPERBARICA, ENTRE OTROS.

1.5.9. LOS RECONOCIMIENTOS MÉDICOS O EXÁMENES DE CHEQUEO GENERAL O DE RUTINA, DE TAMIZAJE O PREVENTIVOS.

1.5.10. LESIONES SUFRIDAS POR LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS O EN LA REALIZACIÓN DE HECHOS PUNIBLES, DELITOS O CONTRAVENCIONES PREVISTOS EN LA LEY.

1.5.11. LOS ACCIDENTES EN EL EJERCICIO DE PROFESIONES DEPORTIVAS, ASÍ COMO LOS QUE RESULTEN DE LA PARTICIPACIÓN EN PRACTICA DE BOXEO, COMETISMO, ALPINISMO, PARACAIDISMO, PARAPENTISMO, JUMPING Y EN GENERAL DEPORTES DE ALTO RIESGO.

1.5.12. CIRUGÍAS PARA DONACIÓN DE ÓRGANOS.

1.5.13. CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE ENFERMEDAD O CONDICIÓN FIBROQUÍSTICA MAMARIA, MAMOPLASTIAS. CIRUGÍA DE SENO POR CAUSA ESTÉTICA. BLEFAROPLASTIAS, ENTROPIÓN Y ECTROPIÓN SIN RELACIÓN A ACCIDENTES Y LA RESECCIÓN DE NEVUS BENIGNOS SIN RIESGO DE MALIGNIZACIÓN O SIN CAMBIOS COMPORTAMENTALES.

1.5.14. LA HOSPITALIZACIÓN POR ATENCIÓN DE EMBARAZO O PARTO.

POR ACCIDENTE: APLICAN LAS EXCLUSIONES DE LA SECCION B - ACCIDENTES PERSONALES DE ESTA POLIZA.

2. ASISTENCIA EXEQUIAL

POR EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL LA COMPAÑÍA CUBRIRÁ LOS SERVICIOS FUNERARIOS QUE SE DESCRIBEN A CONTINUACIÓN, CON OCASIÓN DEL FALLECIMIENTO DE LAS PERSONAS ASEGURADAS, HASTA POR EL MONTO INDICADO EN LA CARÁTULA.

2.1. DEFINICIONES

2.1.1. SERVICIOS FUNERARIOS:

La finalidad de esta cobertura es prestar, a título de indemnización, los servicios de asistencia exequial definidos en el presente documento, a través de una entidad de asistencia debidamente constituida.

La indemnización se efectuará siempre en servicio y no en dinero, salvo las excepciones contempladas en el presente anexo.

2.1.2. ASISTENCIA:

Es el conjunto de servicios funerarios y destino final para inhumación o cremación establecidos, de acuerdo con el plan contratado. La asistencia se prestará a través de un esquema de Red de Servicios previamente definido durante las 24 horas del día, los 365 días del año.

2.1.3. RED DE SERVICIOS:

Se entiende como tal el conjunto de entidades de servicio a nivel nacional con que cuenta la entidad de asistencia y que cumplen las especificaciones de calidad previamente establecidas.

2.1.4. PERIODO DE CARENCIA:

Es el período de tiempo contado a partir del momento del ingreso al seguro, en el cual no habrá cobertura.

2.1.5. ENFERMEDADES GRAVES:

Para los efectos de este amparo, se definen como enfermedades graves las siguientes:

2.1.5.2 Accidente cerebro vascular: Es la pérdida súbita de la función cerebral, resultante de la interrupción del aporte sanguíneo a una parte del cerebro, que cause lesiones irreversibles tales como la pérdida permanente del conocimiento, pensamiento, lenguaje o sensación. Puede ser causado por trombosis, embolia, estenosis de una arteria del cerebro o hemorragia cerebral.

2.1.5.3 Insuficiencia renal: Es el daño bilateral e irreversible de la función de los riñones, que haga necesaria la realización en forma regular de diálisis renal o trasplante de riñón.

2.1.5.4 Infarto al miocardio: Es la muerte del músculo cardíaco, ocasionada por una irrigación sanguínea deficiente.

2.1.5.5 Cirugía arterio-coronaria: Es la intervención quirúrgica a corazón abierto donde es necesaria la realización de uno o más BYPASS o puentes coronarios.

2.1.5.6 Esclerosis múltiple: Es una enfermedad que afecta el sistema nervioso central y se manifiesta por anomalías neurológicas progresivas e irreversibles que conllevan a un estado de incapacidad severa, con disminución de la visión.

2.1.6. MUERTE POR ACCIDENTE:

Se entiende por muerte por accidente, aquella muerte que se produzca como consecuencia de hechos fortuitos, violentos, accidentales, externos y visibles, en los que bajo ninguna circunstancia intervenga la voluntad del asegurado o la de los beneficiarios de esta póliza o de otra póliza similar.

2.2. GRUPO FAMILIAR ASEGURABLE

2.2.1. PARA ASEGURADOS CASADOS:

Asegurado principal, cónyuge o compañera(o) permanente, hijos desde el sexto mes de gestación y padres.

2.2.2. PARA SOLTEROS:

Asegurado principal, padres e hijos desde el sexto mes de gestación o hermanos.

2.2.3. FAMILIARES ADICIONALES:

Suegros, hermanos, sobrinos, tíos, nietos, abuelos, primos, yernos, nueras y servicio doméstico.

2.3. PERIODOS DE CARENCIA

1. Veinticuatro (24) horas, si la muerte sobreviene por un accidente, suicidio u homicidio.
2. Cuarenta y cinco (45) días, para fallecimiento por cualquier enfermedad diferente a Cáncer, SIDA y Enfermedades Graves conforme fueron definidas.
3. Ciento ochenta (180) días, para fallecimiento por Enfermedades Graves conforme fueron definidas.
4. Trescientos sesenta y cinco (365) días, para fallecimiento por Cáncer y SIDA

Parágrafo: A partir del día trescientos sesenta y seis (366) no habrá restricción alguna en la cobertura por razón de su causa.

2.4. SERVICIOS DE ASISTENCIA EXEQUIAL

Con base en el plan contratado, dentro de los servicios de Asistencia exequial se contempla:

- Servicios de funeraria
- Servicio de destino final: Inhumación o cremación

2.5. RECONOCIMIENTO EN DINERO

En casos en los que se demuestre que por fuerza mayor no fue posible hacer uso del servicio de asistencia, no exista la posibilidad de prestarse el servicio o La Compañía de manera expresa así lo indique, se reconocerá hasta el valor indicado en las condiciones particulares de la póliza, de acuerdo con el plan escogido. Este valor se pagará a quien demuestre haber incurrido en los gastos, para lo cual deberá adjuntar el original de las respectivas facturas.

2.6. EDADES:

Amparos por Módulo	Mínima de ingreso	Máxima de ingreso	Permanencia
Asistencia Exequial			
Grupo Familiar Básico:			
Casados:			
Asegurado Principal	18	60	Ilimitada
Cónyuge	18	60	Ilimitada
Hijos	6 meses de gestación	35	40

Padres	18	82	Ilimitada
Solteros:			
Asegurado Principal	18	60	Ilimitada
Hijos o hermanos	6 meses de gestación	35	40
Padres	18	82	Ilimitada
Familiares Adicionales:			
Sobrinos, Hermanos o Nietos	6 meses de gestación	66	Ilimitada
Suegros, Tíos, Primos, Abuelos, Yernos, Nueras, Servicio Doméstico	18	66	Ilimitada

Nota: Para edad de permanencia, en todos los casos, se entiende que la cobertura terminará en el aniversario de la póliza posterior a la fecha en que el asegurado cumpla la edad de permanencia registrada de acuerdo con cada amparo.