

Póliza Vida Grupo Voluntaria Asociados

**QUEREMOS LO
MISMO QUETÚ**

www.hdi.com.co

Amparos – Póliza Vida Grupo Voluntaria

VIDA: La Compañía cubre el **riesgo de muerte** a los miembros del grupo asegurable, ocurrido durante la vigencia de la póliza. Este amparo se otorga **sin exclusiones**. Se cubre **suicidio y homicidio** desde el inicio de vigencia de la póliza.

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 61 años de edad** que haya sido ocasionada 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 ocupación habitual u otra compatible con su educación, formación o experiencia, por tener una **pérdida de la capacidad laboral mayor o igual al 50%**.



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.

ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES

Valor Asegurado: 50% del amparo básico de Vida, como anticipo.

Por este amparo la compañía pagará el capital estipulado en la carátula de la póliza, en caso de que a alguno de los asegurados le sea diagnosticada durante la vigencia de este seguro, alguna de las **enfermedades graves** indicadas a continuación, o, le hayan sido practicadas algunas de las intervenciones quirúrgicas adelante señaladas:

1. Cáncer
2. Evento Cerebrovascular
3. Insuficiencia renal
4. Infarto al miocardio
5. Intervención quirúrgica Por enferm. arterias coronarias
6. Trasplante de órganos
7. Esclerosis múltiple
8. Gran quemado
9. Enfermedad de Alzheimer
10. Enfermedad de Parkinson
11. Estado de coma
12. Anemia Aplastica

90 días de carencia.



RENTA MENSUAL PARA GASTOS DE HOGAR POR DOCE (12) MESES

La Compañía indemnizará, como beneficio adicional, en caso de muerte o Incapacidad total y Permanente del 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.

Entre \$200.000 y \$600.000 mensual



AUXILIO DE EXEQUIAS

La Compañía indemnizará, como beneficio adicional, en caso de muerte del asegurado, la suma indicada en la carátula de la póliza para este amparo.

Entre \$1.500.000 y \$10.000.000



RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE

Por medio del presente amparo adicional, se pagará la suma asegurada contratada, si durante la vigencia del amparo y con base en pruebas médicas realizadas por médicos legalmente autorizados para ejercer su profesión en Colombia, se comprueba la incapacidad total temporal del asegurado para desempeñar las funciones que corresponden a su trabajo, ocupación u oficio habitual.

En cuanto el asegurado aporte pruebas fehacientes que determinen la existencia de la incapacidad total temporal para trabajar y que debe ser declarada por la EPS a la cual se encuentre vinculado el asegurado, la compañía pagará al asegurado o al tomador, según sea el caso.

El monto de dichos pagos se calculará a partir del tercer (3er) día continuo de **incapacidad por accidente**. Los pagos se efectuarán mientras la incapacidad subsista, sin exceder en ningún caso de 15 días por evento o por vigencia.

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN 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 más de veinticuatro (24) horas, la compañía pagará una renta diaria por la suma indicada en la carátula de la póliza, por cada día que permanezca hospitalizado, sin exceder de (60) días continuos o discontinuos.

El deducible por enfermedad será de 3 días.



RENTA POR HOSPITALIZACIÓN EN UCI

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). **Nota:** cuando el asegurado ingrese directamente a la UCI, se le aplicará el deducible de 3 días.



RENTA DIARIA POST- HOSPITALARIA

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 incapacidad sin que sobrepase de diez (10) días**, si como consecuencia de accidente o enfermedad debe el asegurado recluirse en su domicilio o casa de habitación mientras dure el periodo de incapacidad parcial total.



NOTA: Los amparos de renta diaria por hospitalización por accidente o enfermedad, hospitalización en unidad de cuidados intensivos y renta diaria post- hospitalaria son excluyentes entre sí, no se pagan simultáneamente.

AUXILIO POR TRASLADO DE CUERPO POR FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE

En caso de fallecimiento del asegurado por accidente, la Compañía reconocerá el **auxilio** indicado en la carátula de la póliza para este amparo, como suma adicional, para transporte del traslado del cuerpo del asegurado fallecido, dentro la república de Colombia hasta su sitio habitual de residencia en Colombia.



ASESORIA JURÍDICA O TRIBUTARIA TELFÓNICA

El proveedor de asistencia pone a disposición del afiliado los servicios de asesoría legal o tributaria telefónica, para cualquier consulta, relacionada con **asuntos tributarios**. El proveedor de asistencia dará cobertura de los servicios de asesoría telefónica, por lo tanto, todos los costos asociados que pudiesen ser necesarios serán a cargo del afiliado. Por este servicio el proveedor brindará al afiliado, previa solicitud, vía telefónica, los servicios de referencia, **asesoría y consultoría legal** todos los días de 8 m a 6 pm. LÍMITE DE EVENTOS: Ilimitado, máximo 30 minutos por evento.

ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

El proveedor de asistencia pone a disposición del afiliado el servicio de **orientación médica** telefónica las 24 horas del día los 365 días del año. El medico de orientación telefónica atiende la solicitud del afiliado, según la sintomatología o el evento presentado, hará un diagnóstico presuntivo respecto de las conductas que debe asumir, las recomendaciones y signos de alarma, además de seguimiento telefónico de evolución clínica, hasta por 48 horas, para dar acompañamiento al afiliado y hacer las indicaciones respectivas según dicha evolución. LIMITE DE EVENTOS: Este servicio se prestará sin límite de eventos.

Línea de Asistencia:
204, Opción 5 -
Fincomercio

VALORES ASEGURADOS Y PRIMAS

De acuerdo con la opción elegida:

- Las sumas aseguradas de los progenitores corresponde al 70% de la suma asegurada contratada por el asegurado principal.
- Las sumas aseguradas de los hijos o hermanos menores de 26 años corresponde al 40% de la suma asegurada contratada por el asegurado principal.
- Las sumas aseguradas de los cónyuges e hijos o hermanos mayores de 25 años corresponden al 100% de la suma asegurada contratada por el asegurado principal.



VALORES ASEGURADOS RESPECTO AL PLAN CONTRATADO POR EL ASEGURADO PRINCIPAL

AMPAROS	Asegurado Principal	Cónyuge	Padres	Hijos - Hermanos mayores de 25 años	Hijos - Hermanos menores de 26 años
BÁSICO - MUERTE	100%	100%	70%	100%	No aplica
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	100%	100%	70%	100%	40%
ANTICIPO ENFERMEDADES GRAVES (50%)	100%	100%	70%	100%	40%
AUXILIO FUNERARIO	100%	100%	100%	100%	100%
RENTA MENSUAL PARA GASTOS DE HOGAR	100%	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN, UCI, POSTHOSPITALARIA	100%	100%	100%	100%	100%
INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL	100%	100%	No aplica	No aplica	No aplica
AUXILIO TRASLADO DEL CUERPO	100%	100%	70%	100%	40%

El porcentaje del valor asegurado del grupo familiar (Cónyuge, Padres, Hijos o hermanos) es con relación al valor asegurado del plan elegido por el asegurado principal.

AMPAROS	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3	PLAN 4	PLAN 5
BÁSICO - MUERTE	\$ 10.000.000	\$ 20.000.000	\$ 30.000.000	\$ 40.000.000	\$ 50.000.000
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	\$ 10.000.000	\$ 20.000.000	\$ 30.000.000	\$ 40.000.000	\$ 50.000.000
ANTICIPO ENFERMEDADES GRAVES (50%)	\$ 5.000.000	\$ 10.000.000	\$ 15.000.000	\$ 20.000.000	\$ 25.000.000
AUXILIO FUNERARIO	\$ 1.500.000	\$ 2.000.000	\$ 3.000.000	\$ 4.000.000	\$ 5.000.000
RENTA MENSUAL PARA GASTOS DE HOGAR	\$ 200.000	\$ 300.000	\$ 400.000	\$ 500.000	\$ 500.000
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD	\$ 50.000	\$ 100.000	\$ 150.000	\$ 200.000	\$ 200.000
HOSPITALIZACION EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	\$ 100.000	\$ 200.000	\$ 300.000	\$ 400.000	\$ 400.000
RENTA DIARIA POST-HOSPITALARIA	\$ 25.000	\$ 50.000	\$ 75.000	\$ 100.000	\$ 100.000
INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL	\$ 100.000	\$ 120.000	\$ 150.000	\$ 150.000	\$ 150.000
AUXILIO TRASLADO DEL CUERPO	\$ 200.000	\$ 400.000	\$ 600.000	\$ 800.000	\$ 1.000.000
ASESORIA JURÍDICA O TRIBUTARIA TELEFÓNICA	Incluida	Incluida	Incluida	Incluida	Incluida
ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA	Incluida	Incluida	Incluida	Incluida	Incluida
PRIMAS MENSUALES POR CADA ASEGURADO					
Prima asegurado principal, hasta 64 años	\$ 4.500	\$ 9.000	\$ 13.500	\$ 18.000	\$ 25.875
Prima Cónyuge, Hijos, Hermanos mayores de 25 años (c/u) - Hasta 64 años + 364 días	\$ 4.050	\$ 8.100	\$ 12.150	\$ 16.200	\$ 23.288
Prima Padres (c/u)	\$ 6.900	\$ 13.800	\$ 20.700	\$ 27.600	\$ 37.950
Hijos – Hermanos (c/u) Menores de 26 años	\$ 1.000	\$ 2.000	\$ 3.000	\$ 4.000	\$ 5.000
Prima asegurado principal de 65 años a 80 años	\$ 9.400	\$ 18.800	\$ 28.200	\$ 37.600	\$ 51.700
Prima cónyuge de 65 años a 80 años	\$ 8.460	\$ 16.920	\$ 25.380	\$ 33.840	\$ 46.530

AMPAROS	PLAN 6	PLAN 7	PLAN 8	PLAN 9
BÁSICO - MUERTE	\$ 60.000.000	\$ 70.000.000	\$ 80.000.000	\$ 100.000.000
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	\$ 60.000.000	\$ 70.000.000	\$ 80.000.000	\$ 100.000.000
ANTICIPO ENFERMEDADES GRAVES (50%)	\$ 30.000.000	\$ 35.000.000	\$ 40.000.000	\$ 50.000.000
AUXILIO FUNERARIO	\$ 6.000.000	\$ 7.000.000	\$ 8.000.000	\$ 10.000.000
RENTA MENSUAL PARA GASTOS DE HOGAR	\$ 550.000	\$ 550.000	\$ 600.000	\$ 600.000
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD	\$ 200.000	\$ 200.000	\$ 200.000	\$ 200.000
HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	\$ 400.000	\$ 400.000	\$ 400.000	\$ 400.000
RENTA DIARIA POST- HOSPITALARIA	\$ 100.000	\$ 100.000	\$ 100.000	\$ 100.000
INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL	\$ 170.000	\$ 180.000	\$ 200.000	\$ 200.000
AUXILIO TRASLADO DEL CUERPO	\$ 1.200.000	\$ 1.400.000	\$ 1.500.000	\$ 1.500.000
ASESORIA JURIDICA O TRIBUTARIA TELEFÓNICA	Incluida	Incluida	Incluida	Incluida
ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA	Incluida	Incluida	Incluida	Incluida
PRIMAS MENSUALES POR CADA ASEGURADO				
Prima asegurado principal, hasta 64 años	\$ 31.050	\$ 37.800	\$ 43.200	\$ 54.000
Prima Cónyuge, Hijos, Hermanos mayores de 25 años (c/u) - Hasta 64 años + 364 días	\$ 27.945	\$ 34.020	\$ 38.880	\$ 48.600
Prima Padres (c/u)	\$ 45.540	\$ 55.545	\$ 63.480	\$ 79.350
Hijos (c/u) Menores de 26 años	\$ 6.000	\$ 7.000	\$ 8.000	\$ 10.000
Prima asegurado principal de 65 años a 80 años	\$ 62.040	\$ 75.670	\$ 86.480	\$ 108.100
Prima cónyuge de 65 años a 80 años	\$ 55.836	\$ 68.103	\$ 77.832	\$ 97.290

NOTA 1: Los grupos familiares dejaran de pertenecer a la póliza, cuando el asegurado principal deje de pertenecer o ser vinculado al tomador.

NOTA 2: Si el asociado de Fincomercio, por salud o por edad de ingreso no pudiera tomar el seguro, podrá adquirir el seguro para su núcleo familiar según sea el caso y aplicando los porcentajes de la tabla valor asegurado parientes.

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Asegurado principal, cónyuge, padres, hijos, hermanos mayores de 25 años				Hijos menores de 26 años		
AMPAROS	Ing.	Máx.	Permanencia	Ing.	Máx.	Permanencia
BÁSICO - MUERTE	18	70	80	No aplica	No aplica	No aplica
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	18	59	60	2	24	25
ANTICIPO ENFERMEDADES GRAVES (50%)	18	64	65	2	24	25
AUXILIO FUNERARIO	18	70	80	2	24	25
RENTA MENSUAL PARA GASTOS DE HOGAR	18	69	70	No aplica	No aplica	No aplica
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN, UCI, POSTHOSPITALARIA	18	64	65	2	24	25
INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL	18	59	60	No aplica	No aplica	No aplica
AUXILIO TRASLADO DEL CUERPO	18	69	70	2	24	25

La edad máxima de permanencia para los hijos y hermanos será hasta los 64 años + 364 días.

DOCUMENTOS PARA PRESENTAR LA RECLAMACIÓN

VIDA

Muerte Natural:

- Historia médica completa a la fecha de la muerte.
- [Certificado médico de defunción en original autenticado.](#)
- [Registro civil de defunción en original autenticado.](#)
- Copia del documento de identidad del occiso.
- Documentos de identidad de los beneficiarios, de existir menores de edad copia del registro civil de nacimiento.
- Copia de la designación en vida de los beneficiarios .

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

- Historia médica completa a la fecha
- Dictamen de calificación de la incapacidad emitido por la Junta Regional o Nacional
- Copia del documento de identidad del asegurado.

ANTICIPO PARA ENFERMEDADES GRAVES:

- Historia médica completa a la fecha, desde el diagnóstico de la enfermedad.
- Copia del documento de identidad del asegurado.

VIDA

Muerte Accidental:

- Historia médica completa si la hay.
- [Registro civil de defunción en original autenticado.](#)
- Certificación de la fiscalía donde conste la causa de muerte que investigan.
- Si el fallecimiento se produjo por un accidente de tránsito, copia del croquis.
- Acta de levantamiento de cadáver si la hay.
- Copia del documento de identidad del occiso.
- Documentos de identidad de los beneficiarios, de existir menores de edad copia del registro civil de nacimiento.
- Copia de la designación en vida de los beneficiarios

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD:

- Informe médico de la hospitalización.
- Copia del documento de identidad del Asegurado.

RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL (POR ACCIDENTE):

- Aviso de reclamo completamente diligenciado.
- Fotocopia del documento de identidad del asegurado.
- Incapacidad generada por la EPS
- Historia clínica completa

Para el caso de documentos **originales**, se deben enviar a la siguiente dirección:

Carrera 7 # 72 – 13 Piso 1 Bogotá. (Área de Indemnizaciones)

En los demás casos, enviar copia de los documentos en PDF, vía correo electrónico a:

autorizaciones.bog@hdi.com.co



**Asistencia
las 24 horas**
Autos - Generales - Vida

Bogotá 3 07 83 20
Nacional 018000 129 728
Desde un móvil #204

¡Gracias!