



# **CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGUROS VIDA GRUPO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS COLSANITAS S.A**

01/06/2023-1433-P-34-VGTRADICIONAL000-D00I

01/06/2023-1433-NT-P-34-VGTRADICIONAL000

## Contenido

ADVERTENCIAS PRELIMINARES.....	4
Artículo I. AMPAROS .....	4
Sección 1. AMPARO BÁSICO VIDA.....	4
Sección 2. AMPAROS ADICIONALES .....	5
Artículo II. EXCLUSIONES.....	14
Sección 3. EXCLUSIONES COMUNES A TODOS LOS AMPAROS .....	14
Sección 4. EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE ....	14
Sección 5. EXCLUSIONES APLICABLES A LOS AMPAROS DE DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL E INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL .....	15
Sección 6. EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES.....	16
Sección 7. EXCLUSIONES APLICABLES A LOS AMPAROS DE RENTAS CLÍNICAS Y/O AL AUXILIO POR CIRUGÍA AMBULATORIA.....	18
Artículo III. PARTES DEL CONTRATO Y REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD .....	19
Sección 8. Tomador del Seguro.....	19
Sección 9. Asegurado y Grupo Asegurado .....	19
Sección 10. Designación de Beneficiarios .....	19
Sección 11. Modalidades del Seguro .....	20
Sección 12. Requisitos de Asegurabilidad.....	20
Sección 13. Edades de Ingreso y de Permanencia .....	21
Sección 14. Inexactitud en la Declaración de la Edad .....	21
Sección 15. Edades desconocidas .....	22
Artículo IV. PRIMA DEL SEGURO .....	22
Sección 16. Valor Asegurado.....	22

01/06/2023-1433-P-34-VGTRADICIONAL000-D00I	01/06/2023-1433-NT-P-34-VGTRADICIONAL000
--	--

Sección 17. Cálculo de la Prima.....	22
Sección 18. Pago de la Prima.....	23
Sección 19. Fraccionamiento de Primas.....	23
Sección 20. Falta de Pago de la Prima del Seguro.....	23
Artículo V. VIGENCIA DEL SEGURO.....	23
Sección 21. Inicio de la Vigencia.....	23
Sección 22. Inicio de la Cobertura Individual .....	24
Sección 23. Terminación del Contrato del Seguro y de las Coberturas Individuales .....	24
Sección 24. Cobertura Ininterrumpida.....	24
Sección 25. Revocación del Contrato de Seguro.....	25
Artículo VI. AVISO DE SINIESTRO.....	25
Sección 26. Reclamación .....	25
Sección 27. Pago del Siniestro.....	26
Sección 28. Pérdida del Derecho de Indemnización .....	26
Artículo VII. DISPOSICIONES GENERALES DEL CONTRATO .....	26
Sección 29. Declaraciones Inexactas o Reticentes .....	26
Sección 30. Convertibilidad .....	27
Sección 31. Responsabilidad de la COMPAÑÍA .....	27
Sección 32. Comunicaciones y Notificaciones .....	27
Sección 33. Anexos.....	28
Sección 34. Legislación Aplicable y Solución de Controversias.....	28
Sección 35. Defensor del Consumidor Financiero.....	28
Sección 36. Líneas de atención .....	28
Sección 37. Domicilio .....	28



## CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGUROS VIDA GRUPO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS COLSANITAS S.A.

### ADVERTENCIAS PRELIMINARES

COMPAÑÍA DE SEGUROS COLSANITAS S.A., que en adelante se denominará la “COMPAÑÍA”, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por el “TOMADOR” y a las solicitudes individuales de los ASEGURADOS, las cuales se incorporan al presente contrato para todos sus efectos, se obliga a pagar la correspondiente suma asegurada a la realización de los riesgos amparados, con base en los valores asegurados pactados y las definiciones de cobertura contenidas en las condiciones generales de la póliza.

El contrato de seguro está integrado por las condiciones generales y particulares de la póliza, la solicitud de seguro firmada por el ASEGURADO, la declaración de asegurabilidad y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1152 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL NO PAGO DE LAS PRIMAS DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO.

LA COMPAÑÍA HA PUESTO A DISPOSICIÓN Y CONSIDERACIÓN DEL TOMADOR DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO LAS CONDICIONES DEL SEGURO CON ANTERIORIDAD A LA CELEBACIÓN DEL MISMO, LAS CUALES SE ENCUENTRAN EN LA PÁGINA WEB DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS COLSANITAS S.A.

EL TOMADOR DEBERÁ LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO Y ALCANCE DE LA O LAS COBERTURAS CONTRATADAS MEDIANTE EL SEGURO, ASÍ COMO DE LAS EXCLUSIONES Y GARANTÍAS DEL MISMO, ENTENDIDAS ÉSTAS ÚLTIMAS COMO LAS MANIFESTACIONES DE VOLUNTAD DEL ASEGURADO DE OBLIGARSE A HACER O ABSTENERSE DE EJECUTAR DETERMINADO HECHO O ACTIVIDAD.

EN CASO DE PERSISTIR CUALQUIER INQUIETUD PODRÁ FORMULARLA A TRAVÉS DE LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS O POR LOS CANALES DE ATENCIÓN DISPUESTOS POR LA COMPAÑÍA.

### Artículo I. AMPAROS

#### Sección 1. AMPARO BÁSICO VIDA

EL AMPARO BÁSICO DE LA PRESENTE PÓLIZA DE SEGUROS VIDA GRUPO DE LA COMPAÑÍA ES EL FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA. EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO, LOS BENEFICIARIOS RECIBIRÁN UNA INDEMNIZACIÓN MONETARIA POR EL VALOR ASEGURADO.

01/06/2023-1433-P-34-VGTRADICIONAL000-D00I	01/06/2023-1433-NT-P-34-VGTRADICIONAL000
--	--

## Sección 2. AMPAROS ADICIONALES

EL TOMADOR PODRÁ CONTRATAR SI LO DESEA TODOS O ALGUNO(S) DE LO(S) SIGUIENTE(S) AMPARO(S) Y DEBERÁN QUEDAR ESPECIFICADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

### a) INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

SI, COMO CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE OCURRIDO DENTRO DEL PERIODO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA, EL ASEGURADO SUFRE LESIONES QUE LE PROVOQUEN UNA PÉRDIDA IRREVERSIBLE Y DEFINITIVA DE SU CAPACIDAD LABORAL, IGUAL O SUPERIOR AL 50%, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

EL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN POR ESTE AMPARO SE CALCULARÁ CON EL VALOR ASEGURADO CORRESPONDIENTE A LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA CORRESPONDIENTE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

LOS AMPAROS DE VIDA E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (“ITP”) SON INDEPENDIENTES Y SU VALOR ASEGURADO ES ACUMULABLE, EN LOS CASOS EN QUE AMBOS SEAN CONTRATADOS. DE IGUAL FORMA, EL AMPARO DE ITP ES INDEPENDIENTE DEL AMPARO DE DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL, POR LO QUE SUS VALORES ASEGURADOS SON ACUMULABLES CUANDO EL ASEGURADO CONTRATE AMBOS AMPAROS.

EN TODOS LOS CASOS SE AMPARA LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO CUANDO EL EVENTO QUE DA ORIGEN A LA MISMA, SE PRODUZCA DENTRO DE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO.

LA ITP DEBERÁ SER CALIFICADA POR LOS ENTES AUTORIZADOS POR EL GOBIERNO NACIONAL Y DEBERÁ TENER COMO BASE EL MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN QUE SE ENCUENTRE VIGENTE EN EL MOMENTO DE PRESENTACIÓN DE LA RECLAMACIÓN, SIN QUE SEA POSIBLE LA APLICACIÓN DE LOS MANUALES DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE LOS REGÍMENES ESPECIALES O EXCEPTUADOS DE LA LEY 100 DE 1993.

EN CASO DE DISCONFORMIDAD CON LA CALIFICACIÓN, LA INVALIDEZ PODRÁ SER DEMOSTRADA MEDIANTE DICTAMEN DE LAS ENTIDADES HABILITADAS PARA ELLO: EPS, ARL, AFP O LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ. EN ESTE CASO, LOS GASTOS DERIVADOS DE ESTE NUEVO DICTAMEN SERÁN ASUMIDOS POR LA PARTE QUE LO SOLICITE (EL ASEGURADO O LA COMPAÑÍA)

### b) INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL

01/06/2023-1433-P-34-VGTRADICIONAL000-D001	01/06/2023-1433-NT-P-34-VGTRADICIONAL000
--	--

SI EL ASEGURADO FALLECE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO, SIEMPRE QUE EL ACCIDENTE OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y EL FALLECIMIENTO SUCEDA DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES, A PARTIR DE LA FECHA DEL ACCIDENTE. ESTE AMPARO ES INDEPENDIENTE AL AMPARO BÁSICO VIDA.

c) DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL

LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO SI, COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA QUE SUFRA EL ASEGURADO Y QUE SE PRODUZCA DE MANERA INSTANTÁNEA O DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DÍAS POSTERIORES A LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE, ÉSTE SUFRA UNA DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL. LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO CUANDO EL ACCIDENTE NO SE ENCUENTRE DENTRO DE LAS EXCLUSIONES CONTEMPLADAS EN LA PRESENTE PÓLIZA PARA ESTE AMPARO.

A EFECTOS DE LA COBERTURA DE ESTE AMPARO, SE DEFINEN LAS LESIONES CORPORALES QUE DARÁN DERECHO A INDEMNIZACIÓN, ASÍ COMO EL PORCENTAJE DEL VALOR ASEGURADO A INDEMNIZAR EN CADA CASO, EN LA TABLA DE INDEMNIZACIONES NO. 1.

EN EL CASO DE PRESENTARSE VARIAS PÉRDIDAS CAUSADAS POR UN MISMO ACCIDENTE, EL VALOR TOTAL DE LA INDEMNIZACIÓN SERÁ LA SUMA DE LOS PORCENTAJES CORRESPONDIENTES A CADA UNA DE ELLAS, TENIENDO COMO LÍMITE MÁXIMO EL TOTAL DEL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO.

EL AMPARO DE DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL CUENTA CON UN VALOR ASEGURADO INDEPENDIENTE DEL AMPARO BÁSICO VIDA, POR LO QUE SU VALOR ASEGURADO ES ACUMULABLE, EN LOS CASOS EN QUE EL AMPARO SEA CONTRATADO. DE LA MISMA MANERA, LOS AMPAROS DE DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SON INDEPENDIENTES Y SU VALOR ASEGURADO ES ACUMULABLE, EN LOS CASOS EN QUE AMBOS SEAN CONTRATADOS.

TABLA INDEMNIZACIONES NO. 1 – AMPARO DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL

PORCENTAJE DE INDEMNIZACIÓN

- PARÁLISIS TOTAL E IRRECUPERABLE 100%
- ENAJENACIÓN MENTAL IRRECUPERABLE 100%
- PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN 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 VISIÓN DE UN OJO 100%

01/06/2023-1433-P-34-VGTRADICIONAL000-D001	01/06/2023-1433-NT-P-34-VGTRADICIONAL000
--	--

- PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN 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%
- ABLACIÓN O EXTIRPACIÓN DE LA MANDÍBULA INFERIOR 30%
- PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA AUDICIÓN POR UN OÍDO 25%
- PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE DOS O MÁS DEDOS DE CUALQUIERA DE LAS MANOS 25%
- CATARATA TRAUMÁTICA BILATERAL OPERADA 20%
- PÉRDIDA DE UN PULMÓN O REDUCCIÓN AL 50% DE SU CAPACIDAD 20%
- PÉRDIDA DE UN RIÑÓN, BAZO, HÍGADO O PÁNCREAS 20%
- PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DEL DEDO PULGAR DE CUALQUIER PIE 10%
- CATARATA TRAUMÁTICA OPERADA 10%
- PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DEL OLFATO O DEL GUSTO 10%
- PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UN DEDO DE CUALQUIER MANO 10%
- PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE DOS O MÁS DEDOS DE CUALQUIERA DE LOS PIES 10%

d) ENFERMEDADES GRAVES

SI EL ASEGURADO ES DIAGNOSTICADO, POR PRIMERA VEZ, DE ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES QUE SE RELACIONAN A CONTINUACIÓN, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EN FAVOR DE EL O LOS RESPECTIVOS BENEFICIARIOS EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO, SIEMPRE Y CUANDO EL DIAGNÓSTICO SE HAYA PRODUCIDO EN UN MOMENTO POSTERIOR DE LOS PRIMEROS NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO DEL INICIO DE VIGENCIA DEL AMPARO. ESTE PERIODO DE CARENCIA SÓLO APLICARÁ EN EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA DE CADA ASEGURADO EN EL AMPARO.

ESTE AMPARO CUENTA CON UN VALOR ASEGURADO INDEPENDIENTE DEL AMPARO BÁSICO VIDA, POR LO QUE SU VALOR ASEGURADO ES ACUMULABLE, EN LOS CASOS EN QUE EL AMPARO SEA CONTRATADO.

LOS AMPAROS DE ENFERMEDADES GRAVES E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SON INDEPENDIENTES Y SU VALOR ASEGURADO ES ACUMULABLE, EN LOS CASOS EN QUE AMBOS SEAN CONTRATADOS. DE IGUAL FORMA, EL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES ES INDEPENDIENTE DEL AMPARO DE DESMEMBRACIÓN

ACCIDENTAL, POR LO QUE SUS VALORES ASEGURADOS SON ACUMULABLES CUANDO EL ASEGURADO CONTRATE AMBOS AMPAROS.

01/06/2023-1433-P-34-VGTRADICIONAL000-D001	01/06/2023-1433-NT-P-34-VGTRADICIONAL000
--	--

PARA EFECTOS DE LO ESTABLECIDO EN EL PRESENTE AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES SE TIENEN LAS SIGUIENTES DEFINICIONES:

1. CÁNCER: TUMOR MALIGNO, DURO O ULCEROSO, CARACTERIZADO POR EL CRECIMIENTO NO CONTROLADO Y ESPARCIMIENTO DE CÉLULAS MALIGNAS Y LA INVASIÓN DE TEJIDO. ESTA DEFINICIÓN INCLUYE TAMBIÉN LEUCEMIA Y ENFERMEDADES MALIGNAS DEL SISTEMA LINFÁTICO COMO, POR EJEMPLO, LA ENFERMEDAD DE HODGKIN DIFERENTE AL ESTADIO I.
2. ACCIDENTES CEREBROVASCULARES: SUSPENSIÓN BRUSCA Y VIOLENTA DE LAS FUNCIONES CEREBRALES FUNDAMENTALES QUE PRODUCE SECUELAS NEUROLÓGICAS CON UNA DURACIÓN MAYOR DE VEINTICUATRO (24) HORAS Y QUE SON DE NATURALEZA PERMANENTE. SE INCLUYE EL INFARTO DE TEJIDO CEREBRAL, LA HEMORRAGIA INTRACRANEAL O SUBARACNOIDEA Y LA EMBOLIA DE UNA FUENTE EXTRACRANEAL. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER COMPROBABLE MEDIANTE TÉCNICAS DE IMAGENOLOGÍA COMO TOMOGRAFÍA O RESONANCIA MAGNÉTICA, ASÍ COMO POR PRUEBAS DE DISFUNCIÓN NEUROLÓGICA PERMANENTE. ESTAS PRUEBAS DEBERÁN SER REALIZADAS POR UN NEURÓLOGO, COMO MÍNIMO, TRES (3) MESES DESPUÉS DEL ACCIDENTE O EVENTO. PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN SE REQUIERE QUE LA COMPAÑÍA PUEDA TENER ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA. LA RECLAMACIÓN SE PODRÁ PRESENTAR DESDE EL MOMENTO EN QUE SE TENGA EL DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO DE LA ENFERMEDAD, SEGÚN LA DEFINICIÓN DADA EN EL PRESENTE DOCUMENTO.
3. INSUFICIENCIA RENAL: FALLA TOTAL CRÓNICA E IRREVERSIBLE DE AMBOS RIÑONES, COMO CONSECUENCIA DE LA CUAL SE DEBA EFECTUAR UN TRASPLANTE O DIÁLISIS RENAL, EN FORMA REGULAR DURANTE TRES (3) MESES COMO MÍNIMO.
4. INFARTO DEL MIOCARDIO: MUERTE DE UNA PORCIÓN DEL MÚSCULO DEL CORAZÓN COMO RESULTADO DEL BLOQUEO DE UNA O MÁS ARTERIAS CORONARIAS. EL DIAGNÓSTICO ESTÁ BASADO EN UN EPISODIO QUE CONSISTE EN: (I) DOLOR DE PECHO TÍPICO; (II) NUEVOS Y RELEVANTES CAMBIOS EN ELECTROCARDIOGRAMA (ECG); Y/O (III) ELEVACIÓN DE LAS ENZIMAS CARDIACAS POR SOBRE LOS VALORES NORMALES.
5. CIRUGÍA ARTERIO-CORONARIA (BYPASS): CIRUGÍA DE CORAZÓN RECOMENDADA POR UN CARDIÓLOGO PARA CORREGIR EL ESTRECHAMIENTO O LA OBSTRUCCIÓN DE UNA O MÁS ARTERIAS CORONARIAS QUE REQUIERAN LA COLOCACIÓN DE, AL MENOS, DOS INJERTOS O PUENTES (BYPASS). NO ESTÁ AMPARADA BAJO LA PRESENTE

COBERTURA DEL SEGURO LA ANGIOPLASTIA CON BALÓN, LÁSER U OTROS PROCEDIMIENTOS.

6. ESCLEROSIS MÚLTIPLE: DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO REALIZADO POR UN NEURÓLOGO ESPECIALISTA QUE CONFIRME MÁS DE UN EPISODIO DE DÉFICIT

NEUROLÓGICO BIEN DEFINIDO, CON SÍNTOMAS PERSISTENTES DE DETERIORO DE LOS NERVIOS ÓPTICOS, DEL TRONCO CEREBRAL Y DE LA MÉDULA ESPINAL EN SU CONJUNTO, Y CON ALTERACIÓN DE LA COORDINACIÓN Y DE LAS FUNCIONES MOTORAS Y SENSITIVAS. LA RECLAMACIÓN SE PODRÁ PRESENTAR DESDE EL MOMENTO EN QUE SE TENGA EL DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO DE LA ENFERMEDAD, SEGÚN LA DEFINICIÓN DADA EN EL PRESENTE DOCUMENTO.

EL DIAGNÓSTICO DEBERÁ SER CONFIRMADO POR TÉCNICAS MODERNAS DE IMÁGENES CUMPLIDOS LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS COMUNES POSTERIORES A LA OCURRENCIA DEL EVENTO Y SE EXIGE QUE EL PRIMER EPISODIO OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DEL AMPARO. SI EL PRIMER EPISODIO OCURRE ANTES DE LA FECHA EFECTIVA DE ESTE AMPARO, LA COMPAÑÍA SE ENCUENTRA EXIMIDA DE RECONOCER Y PAGAR LA INDEMNIZACIÓN POR ESTA COBERTURA. PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN SE REQUIERE QUE LA COMPAÑÍA PUEDA TENER ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA.

7. QUEMADURAS GRAVES: QUEMADURAS DE TERCER (3ER) GRADO QUE ABARQUEN, POR LO MENOS, EL VEINTE POR CIENTO (20%) DE LA SUPERFICIE CORPORAL, MEDIDAS POR LA REGLA DE LOS NUEVE (9) DE LA CARTA DE SUPERFICIE CORPORAL DE LUND BROWDER.
8. ANEMIA APLÁSICA: DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO DE FALLA EN LA MÉDULA ÓSEA QUE DEBE SER CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA Y SE DEBE EVIDENCIAR EN LOS RESULTADOS DE UNA BIOPSIA DE MÉDULA ÓSEA. LA ENFERMEDAD DEBE OCASIONAR ANEMIA, NEUTROPENIA Y TROMBOCITOPENIA, QUE REQUIERAN AL MENOS UNO DE LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS: (I) TRANSFUSIÓN DE PRODUCTOS DE SANGRE; (II) ESTIMULANTES DE LA MÉDULA ÓSEA; (III) AGENTES INMUNOSUPRESORES; Y/O (IV) TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA.
9. CIRUGÍA DE ENFERMEDAD DE LA AORTA: CIRUGÍA PARA UNA ENFERMEDAD DE LA AORTA QUE NECESITE LA ESCISIÓN Y EL REEMPLAZO QUIRÚRGICO DE UNA PORCIÓN DE LA AORTA ENFERMA POR UN INJERTO. PARA LOS PROPÓSITOS DE ESTA DEFINICIÓN, LA AORTA ES ENTENDIDA COMO LA AORTA TORÁCICA Y LA AORTA ABDOMINAL, SIN INCLUIR SUS RAMAS.

10. TRASPLANTE DE ÓRGANOS MAYORES: ES LA IMPLANTACIÓN DE UN ÓRGANO EXTRAÍDO DE UN DONANTE HUMANO EN EL ORGANISMO DEL ASEGURADO, CON EL RESTABLECIMIENTO DE LAS CONEXIONES VASCULARES, ARTERIALES Y VENOSAS. LA COMPAÑÍA RECONOCERÁ Y PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO CUANDO EL ASEGURADO DEBA SER SOMETIDO A UN TRASPLANTE DE UNO O DE ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES ÓRGANOS:

- TRASPLANTE DE HÍGADO
- TRASPLANTE DE PÁNCREAS
- TRASPLANTE DE CORAZÓN
- TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA
- TRASPLANTE DE PULMÓN
- TRASPLANTE DE INTESTINO DELGADO

EL TRASPLANTE DE TODOS LOS DEMÁS ÓRGANOS O PARTES DE ÓRGANOS, ASÍ COMO EL TRASPLANTE DE CUALQUIER OTRO TEJIDO NO INDICADO EN PRECEDENCIA ESTÁN EXCLUIDOS DE LA PRESENTE PÓLIZA. PARA LA INDEMNIZACIÓN POR TRASPLANTE DE ÓRGANOS SE ESTABLECE COMO CONDICIÓN INDISPENSABLE EL CUMPLIMIENTO Y OBSERVANCIA, EN TODAS Y CADA UNA DE SUS PARTES, DE LAS DISPOSICIONES DE LAS LEYES VIGENTES DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS EN EL PAÍS.

11. ALZHEIMER: DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (DEMENCIA PRE-SENIL), CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA Y EVIDENCIADO POR HALLAZGOS TÍPICOS EN EXÁMENES NEUROLÓGICOS Y COGNITIVOS (TAC, RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA, PET DE CEREBRO).

12. PARKINSON: DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO DE ENFERMEDAD DE PARKINSON PRIMARIA O IDIOMÁTICA (TODAS LAS OTRAS FORMAS DE PARKINSONISMO ESTÁN EXCLUIDAS) CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA. LA ENFERMEDAD DE PARKINSON DEBIDO AL USO DE ALCOHOL O DROGAS NO ESTÁ CUBIERTA.

13. ESTADO DE COMA: ESTADO DE INCONSCIENCIA SIN REACCIONES O RESPUESTAS A ESTÍMULOS EXTERNOS O NECESIDADES INTERNAS, PERSISTIENDO CONTINUAMENTE CON EL USO DE SISTEMAS DE SOPORTE DE LA VIDA POR UN PERIODO DE, AL MENOS, NOVENTA Y SEIS (96) HORAS Y RESULTANDO EN UN DÉFICIT NEUROLÓGICO PERMANENTE. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA. EL ESTADO

DE COMA DEBIDO AL USO DE ALCOHOL O DROGAS NO ESTÁ CUBIERTO. PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN SE REQUIERE QUE LA COMPAÑÍA PUEDA TENER ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA.

14. TRAUMATISMO MAYOR DE CABEZA: TRAUMA MAYOR DE LA CABEZA CON TRASTORNO DE LA FUNCIÓN CEREBRAL QUE DEBE SER CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA Y EVIDENCIADO POR HALLAZGOS TÍPICOS EN LOS TEST NEURO RADIOLÓGICOS (TAC O RNM DE CEREBRO). EL TRAUMA DEBE PROVOCAR UNA INCAPACIDAD PERMANENTE PARA REALIZAR DE FORMA INDEPENDIENTE TRES O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

PARÁGRAFO: DEFINICIÓN DE “ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA”. PARA TODOS LOS EFECTOS DE LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES, SE CONSIDERAN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA LAS SIGUIENTES: (I) HIGIENE PERSONAL. USO DEL BAÑO, DUCHA O LAVATORIO; (II) VESTIRSE Y DESVESTIRSE. PONERSE O QUITARSE TODAS LAS PRENDAS POR SÍ SOLO O SIN LA NECESARIA ASISTENCIA Y/O INTERVENCIÓN DE OTRAS PERSONAS O DISPOSITIVOS MECÁNICOS; (III) MOVILIDAD. TRASLADARSE O DESPLAZARSE DE UN LADO A OTRO DE LA MISMA HABITACIÓN, SENTARSE O LEVANTARSE DE UNA SILLA, REPOSTARSE O INCORPORARSE EN UNA

CAMA POR SÍ MISMO O SIN LA NECESARIA INTERVENCIÓN Y/O ASISTENCIA DE OTRAS PERSONAS; (IV) CONTINENCIA. CONTROL VOLUNTARIO DE LA EXCRECIÓN INTESTINAL O DE LA VEJIGA; Y/O (V) ALIMENTACIÓN. INGESTA DE ALIMENTOS PREPARADOS

e) RENTAS CLÍNICAS

I. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

EN CASO DE UNA RECLUSIÓN EN UN HOSPITAL O CLÍNICA, BAJO CUIDADO DE PERSONAL MÉDICO, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO SEGÚN EL NÚMERO DE DÍAS DE LA HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO, SIEMPRE Y CUANDO LA ENFERMEDAD O LESIONES QUE HAYAN OCASIONADO LA HOSPITALIZACIÓN OCURRAN, AL MENOS, TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO DESPUÉS DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA. ESTE PERIODO DE CARENCIA SÓLO APLICARÁ EN EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA DE CADA ASEGURADO EN EL AMPARO.

LA INDEMNIZACIÓN POR ESTE AMPARO SE PAGARÁ DESDE EL SEGUNDO (2º) DÍA DE HOSPITALIZACIÓN Y CUBRE UN MÁXIMO DE TREINTA (30) DÍAS CALENDARIOS CONTINUOS POR EVENTO. ASÍ

MISMO, SE ESTABLECE EN DOS (2) EVENTOS POR AÑO ASEGURADO, EL LÍMITE DE COBERTURA.

II. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS

SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE, EL ASEGURADO REQUIERE DE UNA HOSPITALIZACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (“UCI”) PARA SOMETERSE A UN TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO UNA RENTA DIARIA MIENTRAS ÉSTE PERMANEZCA EN CUIDADOS INTENSIVOS CONTINUOS O DISCONTINUOS DENTRO DE LA MISMA VIGENCIA HASTA UN LÍMITE DE QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO.

EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN SE REALIZARÁ SIEMPRE QUE LA ENFERMEDAD O LESIONES QUE HAYAN PROVOCADO LA HOSPITALIZACIÓN SE HAYAN PRODUCIDO, AL MENOS, TREINTA (30) DÍAS DESPUÉS DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA. ASÍ MISMO, SE ESTABLECE EN DOS (2) EVENTOS POR AÑO ASEGURADO, EL LÍMITE DE COBERTURA. ESTE PERIODO DE CARENIA SÓLO APLICARÁ EN EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA DE CADA ASEGURADO EN EL AMPARO.

III. RENTA DIARIA POST-HOSPITALIZACIÓN

SI EL ASEGURADO DEBE PERMANECER RECLUIDO EN SU DOMICILIO TRAS HABER SIDO INGRESADO EN UN HOSPITAL O CLÍNICA CON OCASIÓN DEL ACAECIMIENTO DE UN ACCIDENTE O EVENTO AMPARADO BAJO LAS COBERTURAS DE LA PRESENTE PÓLIZA, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO POR CADA DÍA, SIEMPRE Y CUANDO LA ENFERMEDAD O LESIONES QUE HAYAN OCASIONADO LA HOSPITALIZACIÓN OCURRAN, AL MENOS, TREINTA (30) DÍAS DESPUÉS DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA. ESTE PERIODO DE CARENIA SÓLO APLICARÁ EN EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA DE CADA ASEGURADO EN EL AMPARO.

LA INDEMNIZACIÓN POR ESTE AMPARO SE PAGARÁ DESDE EL SEGUNDO (2) DÍA CALENDARIO Y CUBRIRÁ, COMO MÁXIMO, EL MISMO NÚMERO DE DÍAS COMUNES QUE EL ASEGURADO ESTUVO INTERNADO O RECLUIDO EN EL HOSPITAL O CLÍNICA Y TUVO DERECHO A INDEMNIZACIÓN POR EL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN DEFINIDO EN LA SUBSECCIÓN (i) PRECEDENTE DEL PRESENTE LITERAL. ASÍ MISMO, SE ESTABLECE EN DOS (2) EVENTOS POR AÑO ASEGURADO EL LÍMITE DE COBERTURA.

EL VALOR ASEGURADO PARA CADA UNA DE LAS RENTAS CONTEMPLADAS EN EL AMPARO SERÁ EL ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

f) AUXILIO POR CIRUGÍA AMBULATORIA

SI EL ASEGURADO DEBE SOMETERSE A UNA CIRUGÍA AMBULATORIA O PEQUEÑA CIRUGÍA, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO, SIEMPRE Y CUANDO LA ENFERMEDAD O LESIONES QUE HAYAN OCASIONADO LA CIRUGÍA, OCURRAN, AL MENOS, DESPUÉS DE LOS PRIMEROS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO DE INICIADA LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. ESTE PERIODO DE CARENCIA SÓLO APLICARÁ EN EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA DE CADA ASEGURADO EN EL AMPARO.

PARÁGRAFO: A EFECTOS DE LA COBERTURA DE ESTE AMPARO, SE CONSIDERARÁN COMO TALES LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS REALIZADAS BAJO ANESTESIA GENERAL, LOCAL, REGIONAL O SEDACIÓN, QUE REQUIEREN CUIDADOS POSTOPERATORIOS POCO INTENSIVOS Y DE CORTA DURACIÓN Y EN LAS QUE ESTÁ PREVISTO EL ALTA DE FORMA INMEDIATA O A LAS POCAS HORAS DE LA INTERVENCIÓN. ASÍ MISMO, SE ESTABLECE EN DOS (2) EVENTOS POR AÑO ASEGURADO EL LÍMITE DE COBERTURA.

g) AUXILIO FUNERARIO

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, EL ASEGURADO FALLECE COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO AMPARADO POR LA PÓLIZA, LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ A EL O LOS BENEFICIARIOS COMO AUXILIO FUNERARIO, EL VALOR ASEGURADO DEFINIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

h) AUXILIO PARA CANASTA FAMILIAR POR MUERTE

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, EL ASEGURADO FALLECE COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO AMPARADO POR LA PÓLIZA, LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ A EL O LOS BENEFICIARIOS COMO AUXILIO PARA CANASTA FAMILIAR, EL VALOR ASEGURADO DEFINIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

i) AUXILIO PARA CANASTA FAMILIAR POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, EL ASEGURADO QUEDA EN SITUACIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (ITP) COMO CONSECUENCIA DE LA OCURRENCIA DE UN EVENTO AMPARADO POR LA PÓLIZA, LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ A EL O LOS BENEFICIARIOS COMO AUXILIO PARA CANASTA FAMILIAR EL VALOR ASEGURADO DEFINIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

j) AUXILIO POR NACIMIENTO

LA COMPAÑÍA RECONOCERÁ Y PAGARÁ AL ASEGURADO UNA SUMA ÚNICA COMO AUXILIO POR EL NACIMIENTO Y SUPERVIVENCIA DE UN HIJO. EN EL CASO DE NACIMIENTO MÚLTIPLE SE PAGARÁ UN ÚNICO VALOR CON INDEPENDENCIA DEL NÚMERO DE NASCITURUS. ESTA COBERTURA SE OTORGARÁ PARA EMBARAZOS QUE HAYAN INICIADO O HAYAN SIDO CONCEBIDOS (DE FORMA NATURAL O POR CUALQUIER MEDIO TÉCNICO DE INSEMINACIÓN ESTABLECIDO EN EL ESTADO DE LA TÉCNICA), DESPUÉS DE LOS 60 PRIMEROS DÍAS CALENDARIO DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA. ESTE PERIODO DE CARENCIA SÓLO APLICARÁ EN EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA DE CADA ASEGURADO EN EL AMPARO.

k) AUXILIO EDUCATIVO

EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO PRINCIPAL, LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ UNA ÚNICA SUMA ADICIONAL AL BÁSICO VIDA COMO AUXILIO EDUCATIVO A CADA HIJO MENOR DE DIECIOCHO (18) AÑOS. SE ESTABLECE UN LÍMITE DE HASTA TRES (3) HIJOS DEL ASEGURADO.

## Artículo II. EXCLUSIONES

### Sección 3. EXCLUSIONES COMUNES A TODOS LOS AMPAROS

LA COMPAÑÍA SE ABSTENDRÁ DE RECONOCER Y PAGAR LA INDEMNIZACIÓN DE LAS COBERTURAS CONTRATADAS EN LOS EVENTOS DESCRITOS A CONTINUACIÓN:

- a) SUICIDIO, DURANTE EL PRIMER AÑO DE COBERTURA PARA CADA ASEGURADO O CUANDO SE REALICEN INCREMENTOS DE VALOR ASEGURADO.

### Sección 4. EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

- a) TENTATIVA DE SUICIDIO DEL O LOS ASEGURADOS, LESIÓN AUTOINFLIGIDA O ACCIDENTE DELIBERADO, ESTÉ O NO EN PLENO USO DE SUS FACULTADES MENTALES
- b) DESASTRES NATURALES
- c) PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN COMPETENCIAS DEPORTIVAS PROFESIONALES Y EN COMPETENCIAS DE VELOCIDAD O HABILIDADES CATALOGADAS COMO DE ALTO RIESGO, TALES COMO AUTOMOVILISMO, CONDUCCIÓN DE MOTOS, KARTING, PRÁCTICA DE BOXEO, PARACAIDISMO, PARAPENTISMO, ULTRALIVIANOS, ALAS DELTA, BUNGEE JUMPING,

- TAUROMAQUIA, EQUITACIÓN, MOTONÁUTICA, DEPORTES SUBMARINOS O SUBACUÁTICOS, ESPELEOLOGÍA, BUCEO, ALPINISMO Y MONTAÑISMO, ASÍ COMO OTROS SIMILARES, YA SEA COMO MIEMBRO ACTIVO O EJECUTANTE.
- d) PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS, PELEAS, COMBATES CUERPO A CUERPO (CON USO O NO DE ARMAS BLANCAS, CORTANTES, CONTUNDENTES, Y/O ARMAS DE FUEGO). CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, ASÍ COMO DE EVENTOS O ACCIDENTES DERIVADOS DEL DESARROLLO DE ACTOS DELICTIVOS.
  - e) SIEMPRE QUE LA CAUSA DEL SINIESTRO SEA DEBIDA A ENFERMEDADES PREEXISTENTES NO DECLARADAS.
  - f) PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN ACTIVIDADES DE TIPO MILITAR, POLICIVO, DE SEGURIDAD O DE VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA
  - g) EVENTOS O ACCIDENTES SOBRE EL ASEGURADO QUE SEAN CONSECUENCIA DE LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES Y/O ALUCINÓGENOS EN LA PERSONA DEL ASEGURADO.
  - h) CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER TIPO DE AERONAVE COMO PILOTO O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN AÉREA, SALVO EN LOS CASOS EN QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AEROLÍNEA COMERCIAL, LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.
  - i) ACCIDENTES O EVENTOS CAUSADOS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE INFRACCIÓN DE NORMAS.
  - j) EVENTOS OCURRIDOS A CONSECUENCIA DE FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, RADIOACTIVIDAD O USO DE ARMAS ATÓMICAS, BACTERIOLÓGICAS O QUÍMICAS.
  - k) GUERRA INTERIOR O EXTERIOR, INVASIÓN, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA, AMOTINAMIENTO, MOTÍN, SUBLEVACIÓN, HUELGA, CONMOCIÓN CIVIL, GUERRA CIVIL, ACTOS TERRORISTAS, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, CONSPIRACIÓN, SEDICIÓN, ASONADA, PODER MILITAR USURPADO. ADEMÁS, SE EXCLUYEN SINIESTROS DEBIDOS A CUALQUIER CAUSA QUE DETERMINE LA PROCLAMACIÓN O EL MANTENIMIENTO DE LA LEY MARCIAL O ESTADO DE SITIO.

#### Sección 5. EXCLUSIONES APLICABLES A LOS AMPAROS DE DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL E INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS, LA COMPAÑÍA SE ABSTENDRÁ DE RECONOCER Y PAGAR INDEMNIZACIÓN ALGUNA SI LA MUERTE ACCIDENTAL Y/O BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN SON A CAUSA DE:

01/06/2023-1433-P-34-VGTRADICIONAL000-D001	01/06/2023-1433-NT-P-34-VGTRADICIONAL000
--	--

- a) TENTATIVA DE SUICIDIO DEL O LOS ASEGURADOS, LESIÓN AUTOINFLIGIDA O ACCIDENTE DELIBERADO, ESTÉ O NO EN PLENO USO DE SUS FACULTADES MENTALES
- b) DESASTRES NATURALES
- c) PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN COMPETENCIAS DEPORTIVAS PROFESIONALES Y EN COMPETENCIAS DE VELOCIDAD O HABILIDADES CATALOGADAS COMO DE ALTO RIESGO, TALES COMO AUTOMOVILISMO, MOTOS, KARTING, BOXEO, PARACAIDISMO, PARAPENTISMO, ULTRALIVIANOS, ALAS DELTA, BUNGEE JUMPING, TAUROMAQUIA, EQUITACIÓN, MOTONÁUTICA, DEPORTES SUBMARINOS O SUBACUÁTICOS, ESPELEOLOGÍA, BUCEO, ALPINISMO Y MONTAÑISMO, ASÍ COMO OTROS SIMILARES, YA SEA COMO MIEMBRO ACTIVO O EJECUTANTE.
- d) PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS.
- e) CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, ASÍ COMO DERIVADOS DE ACTOS DELICTIVOS. f) SIEMPRE QUE LA CAUSA DEL SINIESTRO SEA DEBIDA A ENFERMEDADES PREEXISTENTES NO DECLARADAS.
- f) PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN ACTIVIDADES DE TIPO MILITAR, POLICIVO, DE SEGURIDAD O DE VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA
- g) MUERTE CAUSADA POR LA ACCIÓN DIRECTA O INDIRECTA DE UNA PERSONA SOBRE EL ASEGURADO MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE ARMA DE FUEGO, ARMA CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE, CON EXPLOSIVOS O POR ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN.
- h) INFLUENCIA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, ESTUPEFACIENTES, ALUCINÓGENOS O DROGAS TÓXICAS O HEROICAS, CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO REQUERIDA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
- i) ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X O CHOQUES ELÉCTRICOS, SALVO AQUELLOS QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO.

USO DE VEHÍCULOS O ARTEFACTOS AÉREOS EN CALIDAD DE PILOTO, ESTUDIANTE DE PILOTAJE, MECÁNICO DE AVIACIÓN O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN, SALVO CUANDO SEA PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS BAJO ITINERARIOS PREESTABLECIDOS.

## Sección 6. EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS LA COMPAÑÍA SE ABSTENDRÁ DE RECONOCER Y PAGAR INDEMNIZACIÓN ALGUNA SI LA ENFERMEDAD GRAVE ES A CAUSA DE:

01/06/2023-1433-P-34-VGTRADICIONAL000-D001	01/06/2023-1433-NT-P-34-VGTRADICIONAL000
--	--

- a) TENTATIVA DE SUICIDIO DEL O LOS ASEGURADOS, LESIÓN AUTOINFLIGIDA O ACCIDENTE DELIBERADO, ESTÉ O NO EN PLENO USO DE SUS FACULTADES MENTALES
- b) DESASTRES NATURALES
- c) ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS Y/O TRATADAS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DEL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES, ASÍ COMO LAS ENFERMEDADES DE ORIGEN CONGÉNITO.
- d) TUMORES QUE NO MUESTREN LOS CAMBIOS MALIGNOS DE CARCINOMA-IN SITU Y TUMORES QUE SEAN DESCRITOS HISTOLÓGICAMENTE COMO PREMALIGNOS O NO INVASIVOS, INCLUYENDO CARCINOMA-IN-SITU DE MAMA, DISPLASIA CERVICAL EN CUALQUIER ESTADIO, VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) Y CONDILOMAS PLANOS.
- e) TUMORES BENIGNOS DE PRÓSTATA.
- f) CÁNCER DE TIROIDES TEMPRANO CON UN DIÁMETRO MENOR DE 1.0 CM E HISTOLÓGICAMENTE DESCRITO COMO T1 POR LA SEXTA EDICIÓN DE AJCC CLASIFICACIÓN TMN, SIEMPRE Y CUANDO NO EXISTA METÁSTASIS.
- g) LEUCEMIA LINFOQUÍSTICA CRÓNICA (LLC) CON CLASIFICACIÓN MENOR DE LA ETAPA 3 EN LA PRUEBA DE RAI.
- h) ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS POR UN MÉDICO QUE NO POSEA LICENCIA PERMANENTE Y VÁLIDA, EXPEDIDA POR LA AUTORIDAD RESPECTIVA PARA PRACTICAR LA MEDICINA EN EL PAÍS.
- i) EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), TAL COMO FUE RECONOCIDO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) O CUALQUIER SÍNDROME O ENFERMEDAD DE TIPO SIMILAR PRODUCIDA POR LOS MISMOS TIPOS DE VIRUS CAUSANTES DEL SIDA, QUE SEA DIAGNOSTICADA POR UN MÉDICO LEGALMENTE FACULTADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN.
- j) ACCIDENTES VASCULARES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS Y ACCIDENTES CEREBROVASCULARES REVERSIBLES, ENTENDIENDO COMO TALES AQUELLOS EN LOS QUE EL ASEGURADO PUEDA RECUPERARSE COMPLETAMENTE DENTRO DE LAS SEIS (6) SEMANAS SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DEL EVENTO.
- k) ADICCIÓN AL ALCOHOL O A DROGAS QUE NO HAYAN SIDO PRESCRITAS POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER SU PROFESIÓN.

CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD O DIAGNÓSTICO QUE NO SE ENCUENTRE EXPRESAMENTE ENUNCIADA DENTRO DE LA COBERTURA OPCIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES.

Sección 7. EXCLUSIONES APLICABLES A LOS AMPAROS DE RENTAS CLÍNICAS Y/O AL AUXILIO POR CIRUGÍA AMBULATORIA

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS, LA COMPAÑÍA SE ABSTENDRÁ DE RECONOCER Y PAGAR INDEMNIZACIÓN ALGUNA PARA LAS COBERTURAS ADICIONALES DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN, RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS, RENTA DIARIA POST HOSPITALIZACIÓN Y/O AUXILIO POR CIRUGÍA AMBULATORIA EN LOS SIGUIENTES CASOS:

- a) TENTATIVA DE SUICIDIO DEL O LOS ASEGURADOS, LESIÓN AUTOINFLIGIDA O ACCIDENTE DELIBERADO, ESTÉ O NO EN PLENO USO DE SUS FACULTADES MENTALES
- b) DESASTRES NATURALES
- c) HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA.
- d) CIRUGÍAS DE EMBELLECIMIENTO (CIRUGÍAS ESTÉTICAS O CIRUGÍAS PLÁSTICAS) DEL ASEGURADO CON EXCEPCIÓN DE LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA COMO CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PÓLIZA.
- e) EMBARAZO, MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SUS CONSECUENCIAS. DIAGNÓSTICO, 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.
- f) TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS POR USO EXCESIVO O ABUSO DE ALCOHOL, DROGAS Y/O ESTUPEFACIENTES CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO REQUERIDA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
- g) HOSPITALIZACIONES DEL ASEGURADO PARA EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), SÍNDROME COMPLEJO RELATIVO AL SIDA (SCRS) Y TODAS LAS ENFERMEDADES CAUSADAS POR O RELACIONADAS CON EL VIRUS VIH.
- h) CIRUGÍAS PARA LA DONACIÓN DE ÓRGANOS.
- i) TERAPIA AMBIENTAL DE DESCANSO Y/O PARA OBSERVACIÓN, SERVICIOS O TRATAMIENTOS EN INSTITUCIONES ASISTENCIALES, HIDRO CLÍNICAS, BAÑOS TERMALES, SANATORIOS, CLÍNICAS DE REPOSO, HOGARES DE RETIRO O ASILOS DE ANCIANOS.
- j) EVALUACIONES MÉDICAS Y EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO PARA CHEQUEO GENERAL Y/O EJECUTIVO, EXÁMENES DE TAMIZAJE O PREVENTIVOS Y HOSPITALIZACIONES PARA ESTUDIO.

01/06/2023-1433-P-34-VGTRADICIONAL000-D00I	01/06/2023-1433-NT-P-34-VGTRADICIONAL000
--	--

- k) EL ESTUDIO O USO, ASÍ COMO SUS CONSECUENCIAS, DE MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS MÉDICO- QUIRÚRGICOS PARA EL CRECIMIENTO, ENVEJECIMIENTO, OBESIDAD, ADELGAZAMIENTO, CONTROL DE PESO, PÉRDIDA DE LA MEMORIA, PTOSIS PALPEBRAL, BLEFAROCHALASIS, ARRUGAS, CALVICIE Y PROCEDIMIENTOS DE USO COSMÉTICO GENERAL TALES COMO MESOTERAPIA, HIDROTERAPIA, CELULOTERAPIA, CÁMARA HIPERBÁRICA, ENTRE OTROS.
- l) HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS QUE SEAN CONSECUENCIA DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS.

## Artículo III. PARTES DEL CONTRATO Y REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

### Sección 8. Tomador del Seguro

Para los efectos de la presente póliza el TOMADOR es la persona que contrata un seguro por cuenta propia y/o de terceros. En este último caso, con el propósito de asegurar un número determinado de personas naturales, haciéndose el TOMADOR responsable del pago de la prima del seguro. La identidad e identificación del TOMADOR se indicará en la carátula de la póliza.

Parágrafo. Si en el TOMADOR concurre la calidad de ASEGURADO, este será considerado como el ASEGURADO principal; de lo contrario, tendrá tal calidad aquel que el TOMADOR señale.

### Sección 9. Asegurado y Grupo Asegurado

ASEGURADO significa la persona natural, individualmente considerada, que hace parte de un Grupo Asegurable, la cual se encuentra amparada de los riesgos cubiertos establecidos en la presente póliza.

Grupo Asegurable o Asegurado: Es el constituido por un grupo de personas naturales, agrupadas bajo una misma personería jurídica en virtud de una situación legal o reglamentaria o que tengan con otra persona relaciones estables de la misma naturaleza cuyo vínculo no tenga relación con el propósito de contratar el seguro. También podrá otorgarse el seguro a aquellos conjuntos de personas que, por sus condiciones, aunque no tengan personería jurídica, puedan tener la condición de grupo asegurable.

### Sección 10. Designación de Beneficiarios

El o los BENEFICIARIOS del seguro podrán serlo a título gratuito o a título oneroso.

Cuando el o los BENEFICIARIOS lo sean a título gratuito, el ASEGURADO podrá excluirlo y/o reincorporarlo de la cobertura de la presente póliza en cualquier momento, pero tal

01/06/2023-1433-P-34-VGTRADICIONAL000-D001	01/06/2023-1433-NT-P-34-VGTRADICIONAL000
--	--

cambio surtirá efecto a partir de la fecha de notificación por escrito de tal circunstancia de parte del ASEGURADO a la COMPAÑÍA.

A falta de designación de cuando menos un (1) BENEFICIARIO, o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, tendrán calidad de tales: el cónyuge o compañero(a) permanente del ASEGURADO, en la mitad del seguro; y los herederos del ASEGURADO, en la otra mitad. Lo anterior aplicará en el evento que sea designado genéricamente como BENEFICIARIO(S) a los herederos del ASEGURADO.

Cuando el ASEGURADO y el BENEFICIARIO fallezcan simultáneamente o se ignore cuál de los dos ha muerto primero, tendrán derecho al seguro: el cónyuge o compañero permanente del ASEGURADO, en la mitad del seguro; y los herederos de éste en la otra mitad.

El derecho a acrecimiento consiste en que, si alguno de los BENEFICIARIOS designados fallece antes que el ASEGURADO, el porcentaje del seguro que le correspondía se distribuye proporcionalmente entre los demás BENEFICIARIOS designados del respectivo ASEGURADO, acrecentando su participación en el valor del seguro, a menos que el ASEGURADO decida modificar los porcentajes originales de cada BENEFICIARIO. Para lo anterior, el ASEGURADO deberá solicitar a la COMPAÑÍA, en la solicitud del seguro, que los BENEFICIARIOS estarán sujetos al derecho de acrecimiento. En caso de no solicitar el derecho a acrecimiento y si alguno de los BENEFICIARIOS designados fallece antes que el ASEGURADO, se deberá designar por el

ASEGURADO al BENEFICIARIO en el porcentaje que resulte faltante o en su defecto será el que establece la ley para dicho ASEGURADO.

### Sección 11. Modalidades del Seguro

La póliza podrá ser contratada a solicitud del TOMADOR, bajo una de las siguientes modalidades, lo cual quedará plenamente consignado en la caratula del seguro:

- a) Seguro de Grupo Contributivo: Cuando la totalidad o parte de la prima sea sufragada por cada uno de los miembros del Grupo Asegurado.
- b) Seguro de Grupo No Contributivo: Cuando la integridad de la prima sea sufragada por el TOMADOR del seguro.

### Sección 12. Requisitos de Asegurabilidad

El ASEGURADO principal que solicite su inclusión o la de sus ASEGURADOS en el Grupo Asegurable, debe presentar los requisitos de asegurabilidad que tenga establecido o establezca la COMPAÑÍA, contestando en forma diligente y sincera el cuestionario propuesto por ésta.

01/06/2023-1433-P-34-VGTRADICIONAL000-D001	01/06/2023-1433-NT-P-34-VGTRADICIONAL000
--	--

Las inclusiones de nuevas personas al Grupo Asegurable solo podrán ser solicitadas formalmente por parte del TOMADOR o del ASEGURADO principal.

La COMPAÑÍA se reserva el derecho de admitirlos, rechazarlos, o de solicitar las pruebas de asegurabilidad que estime necesarias para cada caso en concreto.

### Sección 13. Edades de Ingreso y de Permanencia

las partes entienden y aceptan que, en adición a lo señalado en la Sección precedente, para que una persona pueda ser parte de un Grupo Asegurable, deberá tener las siguientes edades de ingreso y permanencia a la presente póliza:

Cobertura	Edad de Ingreso		Permanencia
	Mínima	Máxima	
Amparo Básico Vida	18 años (cumplidos)	64 años y 364 días (cumplidos)	Mientras el ASEGURADO permanezca en el Grupo Asegurado y la póliza siga vigente.
Amparos Adicionales	18 años (cumplidos)	64 años y 364 días (cumplidos)	Mientras el ASEGURADO permanezca en el Grupo Asegurado, siempre que la póliza siga vigente y, como máximo, hasta el

### Sección 14. Inexactitud en la Declaración de la Edad

En el evento en que se compruebe la inexactitud de la edad respecto de uno o varios de los ASEGURADOS consignada en la declaración de asegurabilidad, se observará lo siguiente:

- a) Si la edad verdadera del ASEGURADO está fuera de los límites autorizados de la COMPAÑÍA, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio;

01/06/2023-1433-P-34-VGTRADICIONAL000-D00I	01/06/2023-1433-NT-P-34-VGTRADICIONAL000
--	--

- b) Si la edad verdadera del ASEGURADO 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
- c) Si la edad verdadera del ASEGURADO es menor que la declarada, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el literal (b) anterior.

Parágrafo. Lo dispuesto en los literales (b) y (c) anteriores, no se aplicará cuando la prima del seguro se establezca por el sistema de tasas promedio o se utilice la tarifa para asegurados de edad desconocida, caso en el cual la prima se liquidará con la tasa correspondiente a la edad de 40 años que se defina en la tarifa, por desconocerse la edad real del asegurado.

#### Sección 15. Edades desconocidas

Si la COMPAÑÍA desconoce la edad de alguno de los asegurados incluidos en la póliza, les asignará la Prima de Riesgo correspondiente a los asegurados de 40 años. La determinación de esta edad corresponde al promedio de edad observado en los usuarios afiliados al Plan Integral de la Compañía de Medicina Prepagada Colsanitas S.A., utilizado como referencia para la población objetivo de la compañía, para el año 2019.

### Artículo IV. PRIMA DEL SEGURO

#### Sección 16. Valor Asegurado

El valor asegurado total o global es el que se establece en la carátula de la póliza, que será el resultado de la sumatoria de los valores asegurados individuales, de conformidad con los listados o documentos entregados a la COMPAÑÍA por el TOMADOR, con la frecuencia previamente acordada para la expedición de la póliza. La suma asegurada del amparo básico vida y/o los amparos adicionales, si los hubiera, se considerarán individualmente para cada ASEGURADO.

#### Sección 17. Cálculo de la Prima

La prima se establecerá teniendo en cuenta la edad de cada ASEGURADO, su género, su estado de salud y el monto asegurado individual expresado en pesos colombianos en el momento de ingresar a la presente póliza o en su renovación. La compañía podrá aplicar un sistema de Primas basado en tasas promedio, de forma que se calcula una tasa de riesgo promedio para un grupo asegurable y se aplica a cada individuo particular. En

01/06/2023-1433-P-34-VGTRADICIONAL000-D001	01/06/2023-1433-NT-P-34-VGTRADICIONAL000
--	--

cualquier caso, el método de tarificación estará definido en las condiciones particulares de la póliza.

#### Sección 18. Pago de la Prima

El TOMADOR es responsable por el pago de la o las primas del seguro. El pago de la prima (o de su primer instalamento, en caso de pago fraccionado) es condición indispensable para la vigencia del seguro. Excepto para la prima inicial, el TOMADOR deberá pagar la prima a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza o, si fuere el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella.

La COMPAÑÍA tendrá derecho a deducir de la indemnización, las primas o cuotas pendientes de pago, hasta concurrencia del valor de la anualidad respectiva pendiente de pago.

#### Sección 19. Fraccionamiento de Primas

Las primas son anuales, pero también pueden ser pagadas por el TOMADOR o ASEGURADO, según se trate, en fracciones semestrales, trimestrales o mensuales, conforme lo establecido en la caratula de la presente póliza de seguros. La COMPAÑÍA compensa esa facilidad de realizar el pago de la prima con carácter mensual, trimestral o semestral recargando la prima en el denominado “recargo por fraccionamiento”. Este recargo estará en función del fraccionamiento del pago.

Con una tasa efectiva anual para fraccionamiento del 15% se obtienen los siguientes recargos:

- Recargo para un fraccionamiento semestral 3.5%
- Recargo para un fraccionamiento trimestral 5.3%
- Recargo para un fraccionamiento mensual 6.5%

#### Sección 20. Falta de Pago de la Prima del Seguro

EN CASO DE QUE EL VALOR DE LAS PRIMAS DEL SEGURO NO SEA PAGADO CONFORME LOS TÉRMINOS Y PLAZOS ESTABLECIDOS CON LA COMPAÑÍA, SE PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y LA COMPAÑÍA QUEDARÁ EXONERADA DE TODA RESPONSABILIDAD POR SINIESTROS OCURRIDOS DESPUÉS DE LA EXPIRACIÓN DE DICHO PERIODO.

### Artículo V. VIGENCIA DEL SEGURO

#### Sección 21. Inicio de la Vigencia

La presente póliza se expide bajo plan temporal renovable anualmente por voluntad de las partes y estará en vigor por el término de un (1) año contado a partir de la fecha de inicio

01/06/2023-1433-P-34-VGTRADICIONAL000-D00I	01/06/2023-1433-NT-P-34-VGTRADICIONAL000
--	--

de vigencia técnica, siempre y cuando no sea revocado. Las partes podrán acordar que la póliza se renueve automáticamente mediante la inclusión de una condición particular

La vigencia técnica del presente seguro comenzará a correr a partir de la hora veinticuatro (24h) (hora legal colombiana) del día en el que se haya realizado el pago de la prima del seguro o de su primera cuota. Excepto para la prima inicial, se concede al TOMADOR un período de gracia de un mes contado a partir de la fecha que para tal efecto se haya señalado en la carátula de la póliza o en la solicitud individual.

#### Sección 22. Inicio de la Cobertura Individual

Los amparos respecto de cada ASEGURADO sólo entrarán en vigor a partir del día calendario inmediatamente siguiente a la fecha en que la COMPAÑÍA comunique por escrito al TOMADOR acerca de su aprobación para que dicha persona sea incluida en el Grupo Asegurado. La anterior comunicación escrita será remitida mediante comunicación física al domicilio indicado por el TOMADOR y/o al correo electrónico por él informado. Las partes entienden y aceptan que, si dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha en que el TOMADOR haya presentado la solicitud de ingreso de una persona a un Grupo Asegurado, la COMPAÑÍA no ha manifestado su aprobación a dicha solicitud, ésta se considerará como no aprobada.

#### Sección 23. Terminación del Contrato del Seguro y de las Coberturas Individuales

El presente contrato de seguro y la o las coberturas individuales de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus anexos, terminará ocurrida una o varias de las siguientes condiciones:

- a) Por mora en el pago de la prima, no renovación o por revocación.
- b) Cuando el ASEGURADO principal fallezca o deje de pertenecer al Grupo Asegurado.
- c) Únicamente al momento de la renovación de la póliza, si el Grupo Asegurado es inferior a diez (10) personas.
- d) Respecto del seguro en el que sean ASEGURADOS el cónyuge, compañero(a) permanente, padres, hermanos e hijos dependientes, cuando el ASEGURADO principal deje de pertenecer al Grupo Asegurado.
- e) Los amparos individuales terminarán cuando el ASEGURADO supere la edad límite de permanencia señalada en la Sección 13 de la presente póliza.
- f) Cada una de las coberturas individuales terminará cuando el ASEGURADO o los BENEFICIARIOS hubiesen recibido una indemnización equivalente al 100% del valor de la cobertura afectada.
- g) Las demás que estén previstas en el Código de Comercio.

#### Sección 24. Cobertura Ininterrumpida

Con el fin de conservar la antigüedad adquirida por el ASEGURADO mediante la presente póliza de seguro, las partes acuerdan que una vez termine la primera vigencia, este seguro

01/06/2023-1433-P-34-VGTRADICIONAL000-D00I	01/06/2023-1433-NT-P-34-VGTRADICIONAL000
--	--

y los anexos contratados, estos se terminarán de pleno derecho, salvo que las partes hayan acordado que su respectiva póliza se renueve automáticamente.

#### Sección 25. Revocación del Contrato de Seguro

Al TOMADOR o ASEGURADO principal, según se trate, le asiste el derecho de revocar unilateralmente el seguro mediante aviso escrito remitido a la COMPAÑÍA. Si en tal aviso no se indica una fecha específica para la revocación, se entenderá que surtirá efectos inmediatos a partir del día calendario inmediatamente siguiente a la fecha de recibo de tal aviso por parte de LA COMPAÑÍA. En caso de revocación del seguro, LA COMPAÑÍA devolverá al TOMADOR la prima no devengada, cuando haya lugar. En caso de que la revocación sea de parte del TOMADOR, el reintegro de la prima no devengada se hará teniendo en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

En este caso, la tarifa de seguros a corto plazo será la equivalente a la Prima Comercial, descontados los gastos de expedición, a prorrata de la vigencia corrida, más un recargo adicional del diez por ciento (10%) sobre la diferencia entre dicha prima y la Prima Comercial, descontados los gastos de expedición, para la vigencia anual.

El hecho de que la COMPAÑÍA reciba suma alguna después de la fecha de revocación correspondiente al pago de primas pendientes, no hará perder los efectos a dicha revocación. El contrato de seguro quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación por la COMPAÑÍA o en la fecha especificada por el TOMADOR para su terminación, la que ocurra más tarde. Iguales efectos se aplicarán cuando la revocación provenga de cualquier ASEGURADO en cuanto a su cobertura individual.

En los supuestos de revocación del contrato de seguro, la compañía no realizará devolución alguna de los gastos incurridos para la expedición de las pólizas en ningún caso.

### Artículo VI. AVISO DE SINIESTRO

#### Sección 26. Reclamación

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo la póliza o sus anexos, el TOMADOR, o el ASEGURADO o el(los) BENEFICIARIO(S), según el caso, deberán dar aviso a la COMPAÑÍA acerca de la ocurrencia del siniestro, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia. En caso de pérdida de la vida, el aviso se dará dentro de los diez (10) días comunes siguientes a aquel en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

El ASEGURADO, a petición de la COMPAÑÍA, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle la investigación del siniestro a la COMPAÑÍA. En caso de incumplimiento de esta obligación, la COMPAÑÍA podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que cause dicho incumplimiento.

El ASEGURADO y/o sus BENEFICIARIOS(S) se comprometen con la COMPAÑÍA a facilitar toda investigación médica encaminada a esclarecer la causa de la reclamación.

01/06/2023-1433-P-34-VGTRADICIONAL000-D001	01/06/2023-1433-NT-P-34-VGTRADICIONAL000
--	--

### Sección 27. Pago del Siniestro

La COMPAÑÍA pagará al ASEGURADO, cuando es el mismo beneficiario, o a él o los BENEFICIARIOS, cuando son distintos del ASEGURADO, la indemnización a la que está obligada por la presente póliza y sus anexos, dentro del mes siguiente a la fecha en la que se acredite la ocurrencia del siniestro. Corresponderá al ASEGURADO demostrar la ocurrencia del siniestro, conforme lo señalado en el Art. 1077 del Código de Comercio.

### Sección 28. Pérdida del Derecho de Indemnización

El ASEGURADO o los BENEFICIARIOS, según se trate, quedarán privados de todo derecho procedente de la presente póliza, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, o si en apoyo de ésta se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos para engañar o inducir a error a la COMPAÑÍA respecto de la ocurrencia de un siniestro amparable en virtud de la presente póliza.”

## Artículo VII. DISPOSICIONES GENERALES DEL CONTRATO

### Sección 29. Declaraciones Inexactas o Reticentes

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 les sea propuesto por la COMPAÑÍA antes de la celebración del contrato de seguro o con la solicitud de ingreso a este. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por la COMPAÑÍA, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, produce la nulidad relativa del presente contrato.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el TOMADOR o el ASEGURADO individualmente considerado, ha encubierto por culpa hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo, sin perjuicio de lo previsto en la condición de Inexactitud en la Declaración de Edad que trata la Sección 14 de este contrato.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del TOMADOR o del ASEGURADO individualmente considerado, 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. Las sanciones anteriores no son aplicables si la COMPAÑÍA, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente, de conformidad con lo establecido en el Art. 1058 del Código de Comercio. Transcurridos dos (2) años en vida del ASEGURADO, desde la fecha del perfeccionamiento del contrato, el valor del seguro de vida no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad.

01/06/2023-1433-P-34-VGTRADICIONAL000-D001	01/06/2023-1433-NT-P-34-VGTRADICIONAL000
--	--

### Sección 30. Convertibilidad

Los ASEGURADOS menores de 70 años que revoquen su seguro o que por causa distinta de la ocurrencia de un siniestro, dejen de pertenecer al Grupo Asegurado después de permanecer en éste Grupo 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, pero sin beneficios adicionales, en cualquiera de los planes de seguro de vida individual de los que estén autorizados a la Compañía.

La cobertura que se expida se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan y conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el asegurado, a su ocupación y estado de salud en la fecha de la solicitud.

Si el ASEGURADO fallece dentro del plazo arriba indicado 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), se considerará amparado en los términos de la presente póliza.

### Sección 31. Responsabilidad de la COMPAÑÍA

LA COMPAÑÍA limitará su responsabilidad cuando por un mismo ASEGURADO se suscriban pólizas de seguros de vida bajo esta misma modalidad de seguro, hasta un valor asegurado acumulado máximo igual al ofrecido en la opción más alta vigente indicado en la carátula de la póliza, en el momento de expedir el seguro.

En el evento de superar dicho límite de valor asegurado, en caso de siniestro, la COMPAÑÍA indemnizará hasta la concurrencia de la cuantía de dicho límite y devolverá las primas pagadas por los valores asegurados en exceso del mismo, debidamente actualizadas conforme el índice de precios al consumidor (IPC).

### Sección 32. Comunicaciones y Notificaciones

Las Partes declaran las direcciones en donde pueden ser notificadas judicialmente o recibir correspondencia, comunicaciones, avisos y notificaciones relacionadas con el Contrato:

Por parte de la Compañía, Dirección de notificación: CI 100 No. 11 B 67

Correo electrónico de notificación: [notificajudiciales@keralty.com](mailto:notificajudiciales@keralty.com)

Por parte del TOMADOR y/o ASEGURADO PRINCIPAL: Aquella informada en la caratula y/o anexos de la póliza

En todo caso, cualquier notificación que hacerse entre las Partes deberá surtirse por escrito, salvo que la ley disponga lo contrario, y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección conocida. De igual forma, queda acordado que la notificación podrá ser realizada por la COMPAÑÍA, con la publicación de un aviso de prensa en un medio de amplia circulación.

01/06/2023-1433-P-34-VGTRADICIONAL000-D001	01/06/2023-1433-NT-P-34-VGTRADICIONAL000
--	--



### Sección 33. Anexos

Hacen parte integral de la presente póliza, la o las solicitudes del seguro firmada por el TOMADOR y/o por los ASEGURADOS, y los anexos que se expidan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar el contrato de seguro.

### Sección 34. Legislación Aplicable y Solución de Controversias

El presente Contrato se regirá por la ley colombiana. Cualquier disputa en relación con la interpretación y ejecución del Contrato, se podrá dirimir directamente por las Partes, a través de los mecanismos alternativos de solución de controversias de conciliación extrajudicial en derecho. Agotado el anterior procedimiento, el conflicto o controversia será sometida a la jurisdicción colombiana.

### Sección 35. Defensor del Consumidor Financiero

Cuando lo considere necesario, el Asegurado, en su calidad de consumidor financiero, podrá acudir al Defensor del Consumidor Financiero. Para lo anterior, deberán tenerse en cuenta lo siguientes datos de contacto:

Línea de servicio al cliente: Bogotá (601) 7398939 - Nacional 018000 931011 Defensoría del Consumidor Financiero: Camila A. Ustoria (defensor principal) / Camilo A. Carreño (defensor suplente) Carrera 10 # 97A - 13, ofc.502, Bogotá D.C. - Tel: 6016108164 Lun-Vie 8:00 AM a 6:00 PM- Correo electrónico: defensoriacolsanitasseguros@legalcrc.com

### Sección 36. Líneas de atención

Para tramitar cualquier solicitud, queja o reclame, el Asegurado podrá comunicarse a las líneas de servicio al cliente. En Bogotá a la línea (601) 7398939 y a nivel nacional a la línea 018000 931011

### Sección 37. Domicilio

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

01/06/2023-1433-P-34-VGTRADICIONAL000-D001	01/06/2023-1433-NT-P-34-VGTRADICIONAL000
--	--