

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA EN GRUPO

SECTOR FINANCIERO

CONDICIONES GENERALES

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA SOLICITUD PRESENTADA POR EL TOMADOR, Y A LAS SOLICITUDES INDIVIDUALES DE LOS ASEGURADOS QUE HAGAN PARTE DE LAS ENTIDADES DEL SECTOR FINANCIERO, LAS CUALES SE INCORPORAN AL PRESENTE CONTRATO PARA TODOS SUS EFECTOS, SE OBLIGA A PAGAR AL ASEGURADO O (LOS) BENEFICIARIO (S) LAS INDEMNIZACIONES DE LOS AMPAROS EXPRESAMENTE CONTRATADOS, CON BASE EN LOS VALORES ASEGURADOS PACTADOS E INDICADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, Y A LAS DEFINICIONES DE COBERTURA CONTENIDAS EN LAS PRESENTES CONDICIONES GENERALES.

ASÍ MISMO, FORMAN PARTE DEL CONTRATO, LOS ANEXOS, LAS DECLARACIONES DE ASEGURABILIDAD, LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES Y CUALQUIER OTRO DOCUMENTO ESCRITO Y ACEPTADO POR LAS PARTES, QUE GUARDE RELACIÓN CON EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.

CLÁUSULA PRIMERA. AMPAROS.COBERTURA. EDADES Y EXCLUSIONES

1. AMPARO BÁSICO

1.1. MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

EL PRESENTE ES UN SEGURO DE VIDA GRUPO QUE TIENE POR OBJETO AMPARAR CONTRA EL RIESGO DE MUERTE QUE OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, POR UNA CAUSA NO EXCLUIDA, A CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO ASEGURADO, INCLUYENDO HOMICIDIO, SUICIDIO DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y CUALQUIER PATOLOGÍA DIAGNOSTICADA (INCLUYE VIH), MÉDICAMENTE Y POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

LA SUMA ASEGURADA O LA COMPENSACIÓN POR MUERTE SE DETERMINARÁ DE ACUERDO CON LA FORMA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

PARÁGRAFO.

LA MUERTE PRESUNTA POR DESAPARECIMIENTO SE PAGARÁ PREVIA PRESENTACIÓN DE LA SENTENCIA DEBIDAMENTE EJECUTORIADA, MEDIANTE LA CUAL EL JUEZ HAYA DECLARADO LA MUERTE PRESUNTA DEL ASEGURADO.

1.2. EDADES

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO BÁSICO, MODALIDAD DE SEGURO VIDA GRUPO CONTRIBUTIVO Y NO CONTRIBUTIVO.

COBERTURA	EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA
AMPARO BÁSICO			
AMPARO BÁSICO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	14 años	75 años y 364 días	INDEFINIDA O HASTA LA FECHA EN QUE DEJE DE PERTENECER AL GRUPO ASEGURADO

1.3. EDADES DEL GRUPO FAMILIAR

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO BÁSICO PARA EL GRUPO FAMILIAR MODALIDAD DE SEGURO VIDA GRUPO CONTRIBUTIVO Y NO CONTRIBUTIVO.

PARENTESCO/AMPARO	EDAD MINIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO Todas las edades son más 364 días	EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA Todas las edades son más 364 días
CONYUGE	Las mismas del Asegurado Principal	Las mismas del Asegurado Principal	Las mismas del Asegurado Principal
HIJOS, HIJASTROS Y HERMANOS	2 años	35 años	39 años
PROGENITORES	35 años	69 años	74 años

1.4. EXCLUSIONES DEL AMPARO BÁSICO

- GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES Y OPERACIONES DE GUERRA (HAYA SIDO DECLARADA O NO), GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, ASONADA, TERRORISMO, SUBVERSIÓN, O ACTOS DELICTIVOS EN QUE EL ASEGURADO PARTICIPE DIRECTAMENTE.
- ACTIVIDADES TERRORISTAS NBQR (NUCLEAR, BIOLÓGICA, QUÍMICA, RADIOACTIVA).
- LOS ACCIDENTES RESULTANTES DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR FISIÓN Y/O FUSIÓN NUCLEAR Y DE RADIOACTIVIDAD.
- PERSONAL DE LAS FUERZAS DE POLICÍA Y MILITARES, PERSONAL DE EMPRESAS DE AVIACIÓN O NAVEGACIÓN Y EQUIPOS DEPORTIVOS DE CARÁCTER PROFESIONAL
- PANDEMIAS, EPIDEMIAS E INFECCIONES.

EN TODOS LOS CASOS SE APLICARÁN LOS TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 1058 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

2. AMPAROS ADICIONALES

A SOLICITUD DEL TOMADOR, ESTA PÓLIZA INCLUYE, ADEMÁS, LOS SIGUIENTES AMPAROS ADICIONALES, CUANDO ASÍ SE INDIQUE EN EL CUADRO DE AMPAROS OTORGADOS EN LA CARÁTULA, DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ESTIPULADAS PARA CADA AMPARO.

2.1. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, MEDIANTE EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL Y PREVIO EL PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE, ASUME EL RIESGO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, QUE AL SER CALIFICADA DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS EN EL MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ (DECRETO 1507 DE 2014, O AQUEL VIGENTE AL MOMENTO DE LA CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ) SEA IGUAL O SUPERIOR AL 50% DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL, SIEMPRE Y CUANDO EL EVENTO GENERADOR Y LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA MISMA SE PRODUZCAN DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

EN TAL CASO SE INDEMNIZARÁ AL PROPIO ASEGURADO POR LA SUMA ASEGURADA ESTIPULADA EN EL CUADRO DE AMPAROS DESCRITOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE COBERTURA, SE TENDRÁN EN CUENTA ÚNICAMENTE LAS NORMAS EMITIDAS EN MATERIA DE RÉGIMEN EN SEGURIDAD SOCIAL COLOMBIANA VIGENTE AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA RESPECTIVA RECLAMACIÓN (FONDO DE PENSIONES, ARL, JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ) LOS RÉGIMENES ESPECIALES, TENDRÁN APLICABILIDAD BAJO LA NORMATIVIDAD DE LA LEY 100 DE 1993 VIGENTE EN TERRITORIO NACIONAL O LA QUE HAGA SUS VECES.

SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SE CONSIDERA COMO TAL:

- A. LA PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS, NO PREEXISTENTE Y/O DE CUALQUIER ENFERMEDAD QUE, SIN SER PREEXISTENTE, LA PUDIERA OCASIONAR.
- B. LA AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA DE AMBAS MANOS, A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN RADIOCARPIANA O POR ENCIMA DE ELLA.
- C. LA AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA DE AMBOS PIES, A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN TIBIOTARSIANA O POR ENCIMA DE ELLA.
- D. LA AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE, A NIVEL DE LAS ARTICULACIONES YA DEFINIDAS.

LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, DEBERÁ SER CERTIFICADA POR LOS ENTES AUTORIZADOS EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE, AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA RESPECTIVA RECLAMACIÓN, LOS REGÍMENES ESPECIALES, TENDRÁN APLICABILIDAD BAJO LA NORMATIVIDAD DE LA LEY 100 DE 1993 VIGENTE EN TERRITORIO NACIONAL O LA QUE HAGA SUS VECES.

2.1.1. BENEFICIOS POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

LOS BENEFICIOS CONTEMPLADOS EN EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, SE OTORGARÁN BAJO LA CONDICIÓN QUE EL EVENTO GENERADOR Y LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SE DECLARE CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA BAJO ESTE SEGURO; Y ANTES DE LA FECHA EN QUE, EL ASEGURADO CUMPLA LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA, EXPRESADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.

2.1.2. LÍMITE DE VALOR ASEGURADO

EL VALOR ASEGURADO DE ESTE AMPARO ADICIONAL, NO PODRÁ SER SUPERIOR AL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE.

2.1.3. EDADES

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE MODALIDAD DE SEGURO VIDA GRUPO CONTRIBUTIVO Y NO CONTRIBUTIVO.

COBERTURA	EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	14 años	64 años y 364 días	65 años y 364 días

2.1.4. EDADES DEL GRUPO FAMILIAR

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, PARA EL CONYUGE DEL GRUPO FAMILIAR, MODALIDAD DE SEGURO VIDA GRUPO CONTRIBUTIVO Y NO CONTRIBUTIVO.

PARENTESCO/AMPARO	EDAD MINIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO Todas las edades son más 364 días	EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA Todas las edades son más 364 días
CONYUGE	Las mismas del Asegurado Principal	Las mismas del Asegurado Principal	Las mismas del Asegurado Principal

2.1.5. EXCLUSIONES DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

- CUANDO EL EVENTO GENERADOR DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE HAYA PRODUCIDO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INCLUSIÓN DEL ASEGURADO EN EL PRESENTE ANEXO.

- CUANDO LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE HAYA PRODUCIDO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INCLUSIÓN DEL ASEGURADO EN EL PRESENTE ANEXO.
- CUANDO EL EVENTO GENERADOR DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, HAYA SIDO PROVOCADO POR EL ASEGURADO.
- SE EXCLUYEN LAS INCAPACIDADES RELACIONADAS CON ALTERACIONES MOTORAS DERIVADAS DE ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS O DE TRASTORNOS MENTALES, DOCUMENTADOS COMO DE ORIGEN PSIQUIÁTRICO.
- GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES Y OPERACIONES DE GUERRA (HAYA SIDO DECLARADA O NO), GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, ASONADA, TERRORISMO, SUBVERSIÓN, O ACTOS DELICTIVOS EN QUE EL ASEGURADO PARTICIPE DIRECTAMENTE.
- ACTIVIDADES TERRORISTAS NBQR (NUCLEAR, BIOLÓGICA, QUÍMICA, RADIOACTIVA).
- LOS ACCIDENTES RESULTANTES DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR FISIÓN Y/O FUSIÓN NUCLEAR Y DE RADIOACTIVIDAD.
- PERSONAL DE LAS FUERZAS DE POLICÍA Y, MILITARES, PERSONAL DE EMPRESAS DE AVIACIÓN O NAVEGACIÓN Y EQUIPOS DEPORTIVOS DE CARÁCTER PROFESIONAL
- PANDEMIAS, EPIDEMIAS E INFECCIONES.
- PERSONAL DE LAS FUERZAS DE POLICÍA Y MILITARES, Y TODO TIPO DE PROFESIONES O ACTIVIDADES EN LAS CUALES SE PORTEN O MANIPULEN ARMAS DE FUEGO. ESTA EXCLUSIÓN NO APLICA PARA GUARDIAS DE SEGURIDAD QUE TRABAJEN CON IMPLEMENTOS QUE SE TIPIFIQUEN COMO TAL (ARMAS).

2.2. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL

SI A CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA Y DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA; Y DENTRO DE LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DEL EVENTO, EL ASEGURADO FALLECE, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PAGARÁ LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

2.2.1. BENEFICIOS POR INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL

LOS BENEFICIOS CONTEMPLADOS EN EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, SE OTORGARÁN BAJO LA CONDICIÓN QUE EL EVENTO GENERADOR SEA UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA.

2.2.2. LÍMITE DE VALOR ASEGURADO

EL VALOR ASEGURADO DE ESTE AMPARO ADICIONAL, NO PODRÁ SER SUPERIOR AL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE.

2.2.3. EDADES.

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL MODALIDAD, DE SEGURO VIDA GRUPO CONTRIBUTIVO Y NO CONTRIBUTIVO.

COBERTURA	EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL	14 años	64 años y 364 días	65 años y 364 días

2.2.4. EDADES DEL GRUPO FAMILIAR

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL PARA EL GRUPO FAMILIAR MODALIDAD, DE SEGURO VIDA GRUPO CONTRIBUTIVO Y NO CONTRIBUTIVO.

PARENTESCO/AMPARO	EDAD MINIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO Todas las edades son más 364 días	EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA Todas las edades son más 364 días
CONYUGE	Las mismas del Asegurado Principal	Las mismas del Asegurado Principal	Las mismas del Asegurado Principal
HIJOS, HIJASTROS Y HERMANOS	2 años	35 años	39 años
PROGENITORES	35 años	69 años	74 años

2.2.5. EXCLUSIONES DEL AMPARO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL

NO ESTARÁ CUBIERTA, SALVO ESTIPULACIÓN EXPRESA EN CONTRARIO, LA MUERTE ACCIDENTAL QUE SUFRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

- SUICIDIO O INTENTO DEL MISMO, O LESIONES CAUSADAS VOLUNTARIAMENTE, SEA QUE, EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES, O EN ESTADO DE LOCURA Y/O ENAJENACIÓN.
- LESIONES CAUSADAS AL ASEGURADO, INTENCIONALMENTE POR TERCERAS PERSONAS.
- CUANDO LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO SEA, PORQUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE DROGAS TÓXICAS, O DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN DOSIS TÓXICAS, SUSTANCIAS HERÓICAS O ALUCINÓGENAS, O POR EL CONSUMO DE FÁRMACOS NO PRESCRITOS MÉDICAMENTE.
- LESIONES CAUSADAS INTENCIONALMENTE POR OTRA PERSONA, CON ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE, O LAS QUE HAGAN SUS VECES. NO OBSTANTE, SE CUBRE LA MUERTE ACCIDENTAL, ORIGINADA POR LESIONES PRODUCIDAS COMO CONSECUENCIA DE ATRACO O ROBO.
- HOMICIDIO DOLOSO, SECUESTRO SIMPLE, O EXTORSIVO DEL ASEGURADO, O HURTO CALIFICADO, Y SUS TENTATIVAS.
- ENFERMEDADES FÍSICAS O PSIQUIÁTRICAS; Y LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS QUE NO SEAN NECESARIOS EN RAZÓN DE ACCIDENTES AMPARADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA; ASÍ COMO LAS INFECCIONES BACTERIANAS (SALVO INFECCIONES PIOGÉNICAS QUE ACONTEZCAN COMO CONSECUENCIA DE UNA HERIDA ACCIDENTAL).
- EVENTOS OCURRIDOS COMO CONSECUENCIA DE SIMPLES ENTRENAMIENTOS, PRÁCTICAS SENCILLAS O PARTICIPACIÓN ACTIVA O NO ACTIVA EN COMPETENCIAS DEPORTIVAS (PROFESIONALES O AMATEURS). ADEMÁS QUEDAN EXPRESAMENTE EXCLUIDAS LAS OCURRENCIAS CONSECUENTES A LA PRÁCTICA DE DEPORTES PELIGROSOS O DE RIESGOS O EXTREMOS INCLUYENDO PERO NO LIMITANDO A: MOTOCICLISMO, AUTOMOVILISMO, BOXEO, POLO, SKI ACUÁTICO, BUCEO (HASTA 30 METROS MÁXIMO), ALA DELTISMO, KARTISMO, CUATRIMOTOS, ALPINISMO, SKI, FOOTBALL, BOXEO, CANOTAJE, PARAPENTE, KAYAK, BÁDMINTON, BÁSQUET BALL, VOLEIBOL, HANDBALL, KARATE DO, KUNG FÚ, JUDO, TIRO AL ARCO, TIRO FUSIL, TEJO, RAPPEL, BUCEO, TORRENTISMO, MONTAÑISMO, ESCALADA, PUENTING, ATLETISMO, CICLISMO, LUGE ESPELEOLOGÍA, SKELETON, LA CAZA DE ANIMALES, BOBSLEIGH, ETC., Y OTROS DEPORTES PRACTICADOS FUERA DE PISTAS REGLAMENTARIAS Y AUTORIZADAS POR LAS RESPECTIVAS FEDERACIONES DE DEPORTES.
- MUERTE DURANTE SITUACIÓN DE GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES Y OPERACIONES DE GUERRA (HAYA SIDO DECLARADA O NO), GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, ASONADA, TERRORISMO, SUBVERSIÓN, O ACTOS DELICTIVOS EN QUE EL ASEGURADO PARTICIPE DIRECTAMENTE.
- ATAQUES CARDIACOS O EPILÉPTICOS, SÍNCOPE, O RUPTURA DE ANEURISMAS.
- COMPLICACIONES INHERENTES DEL EMBARAZO, DE ABORTO Y/O DEL ALUMBRAMIENTO.
- PARTICIPAR, COMO MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN DE CUALQUIER AERONAVE O HELICÓPTERO.
- VIAJAR COMO PASAJERO EN CUALQUIER AERONAVE NO AUTORIZADA OFICIALMENTE PARA OPERAR, O CUANDO EL PILOTO O SU TRIPULACIÓN CAREZCAN DE LA LICENCIA RESPECTIVA, O CUANDO UNO U OTRO, REALICEN VUELOS ILÍCITOS.
- EFECTO DE LA ENERGÍA ATÓMICA; Y/O NUCLEAR, POR INSOLACIONES, O POR HIPOTERMIA Y/O CONGELACIONES, INDEPENDIENTEMENTE DE CÓMO SE HUBIEREN ORIGINADO.
- MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE SIRVIENDO EN LABORES MILITARES DE LAS FUERZAS ARMADAS, O DE POLICÍA DE CUALQUIER PAÍS, O AUTORIDAD NACIONAL O INTERNACIONAL.

- MUERTE POR DEFECTOS FÍSICOS O MENTALES Y LAS ENFERMEDADES RECURRENTE, DE LAS CUALES, EL ASEGURADO ERA CONSCIENTE EN LA FECHA EN LA QUE, FUE SOLICITADA LA PÓLIZA Y QUE, NO HAYAN SIDO DECLARADAS POR EL MISMO Y ACEPTADAS EXPRESAMENTE POR ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.

2.3. DESMEMBRACIÓN Y/O INHABILITACIÓN ACCIDENTAL

SI A CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE AMPARADO, OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y DENTRO DE LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DEL MISMO, EL ASEGURADO SUFRE ALGUNA DESMEMBRACIÓN Y/O INHABILITACIÓN DE LAS PÉRDIDAS INDICADAS EN LA TABLA DE INDEMNIZACIONES DESCRITA MÁS ADELANTE, EVIDENCIADA POR UNA HERIDA O LESIÓN INTERNA O EXTERNA DE SU CUERPO, REVELADAS Y DIAGNOSTICADAS POR CUALQUIER PROCEDIMIENTO CLÍNICO O MÉDICO RECONOCIDO; ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, PAGARÁ EL PORCENTAJE CORRESPONDIENTE:

TABLA DE INDEMNIZACIONES		
CLASE DE PERDIDA		% DE INDEMNIZACION
1	PERDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISION EN AMBOS OJOS	100%
2	LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE AMBOS PIES O AMBAS MANOS	100%
3	SORDERA TOTAL BILATERAL	100%
4	PÉRDIDA DEL HABLA	100%
5	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNA MANO Y DE UN PIE	100%
6	PERDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNA MANO O UN PIE Y LA VISION DE UN OJO	100%
7	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DEL BRAZO O DE LA MANO DERECHA	60%
8	PÉRDIDA COMPLETA DE LA VISIÓN DE UN OJO	60%
9	SORDERA TOTAL UNILATERAL	50%
10	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNA SOLA MANO O DE UN PIE	60%
11	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNA PIERNA POR ENCIMA DE LA RODILLA	50%
12	PÉRDIDA COMPLETA O INUTILIZACION DEL USO DE LA CADERA	30%
13	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DEL DEDO PULGAR DERECHO	25%
14	PÉRDIDA TOTAL O INUTILIZACIÓN DE TRES DEDOS DE LA MANO DERECHA O EL PULGAR Y OTRO DEDO QUE NO SEA EL ÍNDICE	20%
15	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DEL DEDO PULGAR IZQUIERDO	20%
16	PÉRDIDA TOTAL O INUTILIZACIÓN DE TRES DEDOS DE LA MANO IZQUIERDA O EL PULGAR Y OTRO DEDO QUE NO SEA EL ÍNDICE	20%
17	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA MUÑECA O DEL CODO DERECHO	20%
18	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE ALGUNA RODILLA	20%
19	FRACTURA NO CONSOLIDADA DE UNA RODILLA	20%
20	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DEL DEDO ÍNDICE DERECHO	15%
21	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA MUÑECA O DEL CODO IZQUIERDO	15%
22	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DEL TOBILLO	15%
23	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DEL DEDO ÍNDICE IZQUIERDO	15%
24	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNO CUALQUIERA DE LOS RESTANTES DEDOS DE LAS MANOS O DE LOS PIES, SIEMPRE QUE COMPRENDA LA TOTALIDAD DE LAS FALANGES DE CADA UNO	10%

CUALQUIER INDEMNIZACIÓN PAGADA CON MOTIVO DE UNA DESMEMBRACIÓN Y/O INHABILITACIÓN SERÁ TOMADA EN CUENTA Y POR LO TANTO DEDUCIDA DE LA INDEMNIZACIÓN POR EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE, Y EL AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, QUE PUDIERA DAR LUGAR EL MISMO ACCIDENTE.

LAS PÉRDIDAS NO ENUNCIADAS EN LA TABLA ANTERIOR, AUNQUE SEAN DE MENOR TRASCENDENCIA, SERÁN INDEMNIZADAS EN RELACIÓN CON SU GRAVEDAD, COMPARÁNDOLAS CON LAS AQUÍ INDICADAS.

LA PÉRDIDA DE MIEMBROS U ÓRGANOS YA IMPOSIBILITADOS ANTES DEL ACCIDENTE, SÓLO DARÁ LUGAR A INDEMNIZACIÓN, POR LA DIFERENCIA ENTRE EL ESTADO DE INVALIDEZ CERTIFICADA, ANTES DEL ACCIDENTE, CON LA NUEVA CERTIFICACIÓN DE INVALIDEZ, LUEGO DEL ACCIDENTE.

LA INDEMNIZACIÓN TOTAL, QUE CORRESPONDA A VARIAS PÉRDIDAS SUFRIDAS EN UN MISMO ACCIDENTE, SE OBTIENE POR LA SUMA DE LOS PORCENTAJES FIJADOS A CADA UNA DE ELLAS, SIN QUE LA SUMA TOTAL EXCEDA DEL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN POR DESMEMBRACIÓN Y/O INHABILITACIÓN PERMANENTE. CUANDO VARIAS CIRCUNSTANCIAS DERIVADAS DE UN MISMO ACCIDENTE AFECTEN A UN MISMO MIEMBRO U ÓRGANO, NO SE ACUMULAN ENTRE SI, SINO QUE LA INDEMNIZACIÓN SE DETERMINA POR LA MAYOR DE DICHAS INHABILIDADES.

EN CASO DE COMPROBAR QUE EL ASEGURADO ES ZURDO, SE INVERTIRÁN LOS PORCENTAJES DE INDEMNIZACIÓN FIJADOS POR LA PÉRDIDA DE LOS MIEMBROS SUPERIORES.

EN CASO DE AFECTARSE ESTE AMPARO DE ACUERDO CON EL PORCENTAJE INDEMNIZADO, Y SI SE LLEGARE A AFECTAR EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE DEDUCIRÁ EL PORCENTAJE DEL VALOR INDEMNIZADO DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

2.3.1. LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO

EL VALOR ASEGURADO DE ESTE AMPARO ADICIONAL NO PODRÁ SER SUPERIOR AL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE.

2.3.2. EDADES

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO DE DESMEMBRACIÓN Y/O INHABILITACIÓN ACCIDENTAL, MODALIDAD DE SEGURO VIDA GRUPO CONTRIBUTIVO Y NO CONTRIBUTIVO.

COBERTURA	EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA
DESMEMBRACIÓN E INHABILITACIÓN ACCIDENTAL	14 años	64 años y 364 días	65 años y 364 días

2.3.3. EDADES DEL GRUPO FAMILIAR

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO DE DESMEMBRACIÓN Y/O INHABILITACIÓN ACCIDENTAL PARA EL GRUPO FAMILIAR MODALIDAD, DE SEGURO VIDA GRUPO CONTRIBUTIVO Y NO CONTRIBUTIVO.

PARENTESCO/AMPARO	EDAD MINIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO Todas las edades son más 364 días	EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA Todas las edades son más 364 días
CONYUGE	Las mismas del Asegurado Principal	Las mismas del Asegurado Principal	Las mismas del Asegurado Principal
HIJOS, HIJASTROS Y HERMANOS	2 años	35 años	39 años
PROGENITORES	35 años	69 años	74 años

2.3.4. EXCLUSIONES DEL AMPARO DE DESMEMBRACIÓN Y/O INHABILITACIÓN ACCIDENTAL

NO ESTARÁ CUBIERTA, SALVO ESTIPULACIÓN EXPRESA EN CONTRARIO, LA DESMEMBRACIÓN Y/O INHABILITACIÓN ACCIDENTAL QUE SUFRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

- SUICIDIO O INTENTO DEL MISMO, O LESIONES CAUSADAS VOLUNTARIAMENTE, O SEA QUE, EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES, O EN ESTADO DE LOCURA Y/O ENAJENACION.
- LESIONES CAUSADAS AL ASEGURADO, INTENCIONALMENTE POR TERCERAS PERSONAS.
- CUANDO LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO SEA, PORQUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE DROGAS TÓXICAS, O MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN DOSIS TÓXICAS, SUSTANCIAS HERÓICAS O ALUCINÓGENAS, O POR EL CONSUMO DE FÁRMACOS NO PRESCRITOS MÉDICAMENTE.
- LESIONES CAUSADAS INTENCIONALMENTE POR OTRA PERSONA, CON ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE, O LAS QUE HAGAN SUS VECES. NO OBSTANTE, SE CUBRE LA MUERTE ACCIDENTAL, ORIGINADA POR LESIONES PRODUCIDAS COMO CONSECUENCIA DE ATRACO O ROBO.
- HOMICIDIO DOLOSO, SECUESTRO SIMPLE, O EXTORSIVO DEL ASEGURADO, O HURTO CALIFICADO, Y SUS TENTATIVAS.
- ENFERMEDADES FÍSICAS O PSIQUIÁTRICAS; Y LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS QUE NO SEAN NECESARIOS EN RAZÓN DE ACCIDENTES AMPARADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA; ASÍ COMO LAS INFECCIONES BACTERIANAS (SALVO INFECCIONES PIÓGENICAS QUE ACONTEZCAN COMO CONSECUENCIA DE UNA HERIDA ACCIDENTAL).
- EVENTOS OCURRIDOS COMO CONSECUENCIA DE SIMPLES ENTRENAMIENTOS, PRÁCTICAS SENCILLAS O PARTICIPACIÓN ACTIVA O NO ACTIVA EN COMPETENCIAS DEPORTIVAS (PROFESIONALES O AMATEURS). ADEMÁS QUEDAN EXPRESAMENTE EXCLUIDAS LAS OCURRENCIAS CONSECUENTES A LA PRÁCTICA DE DEPORTES PELIGROSOS O DE RIESGOS O EXTREMOS INCLUYENDO PERO NO LIMITANDO A: MOTOCICLISMO, AUTOMOVILISMO, BOXEO, POLO, SKI ACUÁTICO, BUCEO (HASTA 30 METROS MÁXIMO), ALA DELTISMO, KARTISMO, CUATRIMOTOS, ALPINISMO, SKI, FOOTBALL, BOXEO, CANOTAJE, PARAPENTE, KAYAK, BÁDMINTON, BÁSQUET BALL, VOLEIBOL, HANDBALL, KARATE DO, KUNG FÚ, JUDO, TIRO AL ARCO, TIRO FUSIL, TEJO, RAPPEL, BUCEO, TORRENTISMO, MONTAÑISMO, ESCALADA, PUENTING, ATLETISMO, CICLISMO, LUGE ESPELEOLOGÍA, SKELETON, LA CAZA DE ANIMALES, BOBSLEIGH, ETC., Y OTROS DEPORTES PRACTICADOS FUERA DE PISTAS REGLAMENTARIAS Y AUTORIZADAS POR LAS RESPECTIVAS FEDERACIONES DE DEPORTES.
- DESMEMBRACIÓN Y/O INHABILITACIÓN ACCIDENTAL DURANTE SITUACION DE GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES Y OPERACIONES DE GUERRA (HAYA SIDO DECLARADA O NO), GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, ASONADA, TERRORISMO, SUBVERSIÓN, O ACTOS DELICTIVOS EN QUE EL ASEGURADO PARTICIPE DIRECTAMENTE.
- ATAQUES CARDIACOS O EPILÉPTICOS, SÍNCOPE, O RUPTURA DE ANEURISMAS.
- COMPLICACIONES INHERENTES DEL EMBARAZO, DE ABORTO Y/O DEL ALUMBRAMIENTO.
- PARTICIPAR, COMO MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN DE CUALQUIER AERONAVE O HELICÓPTERO.
- VIAJAR COMO PASAJERO EN CUALQUIER AERONAVE NO AUTORIZADA OFICIALMENTE PARA OPERAR, O CUANDO EL PILOTO O SU TRIPULACIÓN CAREZCAN DE LA LICENCIA RESPECTIVA, O CUANDO UNO U OTRO REALICEN VUELOS ILÍCITOS.
- EFECTO DE LA ENERGÍA ATÓMICA; Y/O NUCLEAR, POR INSOLACIONES, O POR HIPOTERMIA Y/O CONGELACIONES, INDEPENDIENTEMENTE DE CÓMO SE HUBIEREN ORIGINADO.
- PERSONAL DE LAS FUERZAS DE POLICÍA Y MILITARES, PERSONAL DE EMPRESAS DE AVIACIÓN O NAVEGACIÓN Y EQUIPOS DEPORTIVOS DE CARÁCTER PROFESIONAL
- PANDEMIAS, EPIDEMIAS E INFECCIONES.

2.4. ENFERMEDADES GRAVES

EN VIRTUD DEL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, PAGARÁ AL ASEGURADO, EL VALOR CONTRATADO Y ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA CON UN MÁXIMO DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE, EL CUAL OPERA COMO ANTICIPO, SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO LE SEA

DIAGNOSTICADA MÉDICAMENTE POR PRIMERA VEZ, CUALQUIERA DE LAS ENFERMEDADES QUE RELACIONAMOS, LAS CUALES DEFINIMOS A CONTINUACIÓN:

A. CÁNCER

ENFERMEDAD PROVOCADA POR LA APARICIÓN DE UN TUMOR MALIGNO CARACTERIZADO POR EL CRECIMIENTO DESCONTROLADO Y LA DISEMINACIÓN DE LAS CÉLULAS MALIGNAS Y LA INVASIÓN DE LOS TEJIDOS NORMALES.

SE INCLUYE EN ESTA DEFINICIÓN LAS LEUCEMIAS, LOS LINFOMAS, LA ENFERMEDAD DE HODGKIN.

EL DIAGNOSTICO DE CANCER SERÁ TENIDO EN CUENTA SI Y SOLO SI, ESTE SE HA REALIZADO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y LUEGO DE TRANSCURRIDOS POR LO MENOS 90 DÍAS, SIN PERJUICIO DE LO ESTIPULADO EN LA LEY 2475 DE 2025 (LEY DE OLVIDO ONCOLÓGICO).

B. INFARTO AL MIOCARDIO

MUERTE DE TEJIDO CARDIACO. ESTE SE DEFINE EN PRESENCIA DE PRUEBAS DE NECROSIS MIOCÁRDICA EN UN CONTEXTO CLÍNICO, COHERENTE, CON ISQUEMIA MIOCÁRDICA AGUDA, ASÍ ESTE, SÓLO SE ENMARQUE EN UNA ENFERMEDAD DE FLUJOS LENTOS. EN ESAS CONDICIONES, CUALQUIERA DE LOS CRITERIOS SIGUIENTES CUMPLEN EL DIAGNÓSTICO DEL INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO:

- DETECCIÓN DE UN AUMENTO O DESCENSO DE LOS VALORES DE BIOMARCADORES CARDIACOS, CON AL MENOS UNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS DE ISQUEMIA, SEAN ESTOS NUEVOS O SE DETERMINEN MODIFICACIONES SIGNIFICATIVAS DEL SEGMENTO ST-T, O SE PRESENTE UN NUEVO BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA; APARICIÓN DE ONDAS Q, PATOLÓGICAS EN EL ELECTROCARDIOGRAMA; PRUEBAS POR IMÁGENES, DE PÉRDIDA DE MIOCARDIO VIABLE O ANOMALÍAS REGIONALES, EN EL MOVIMIENTO DE LA PARED MIOCÁRDICA, O CON LA IDENTIFICACIÓN DE UN TROMBO INTRACORONARIO EN LA ANGIOGRAFÍA, O EN LA AUTOPSIA
- MUERTE CARDIACA, CON SÍNTOMAS DE ISQUEMIA MIOCÁRDICA Y ALTERACIONES ISQUÉMICAS EN EL ELECTROCARDIOGRAMA O BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA, PERO QUE SE PRODUJO ANTES DE DETERMINAR BIOMARCADORES CARDIACOS O ANTES DE QUE AUMENTASEN LOS VALORES DE ESTOS.
- LA TROMBOSIS DE UN STENT PREVIO, DETECTADO EN LA ANGIOGRAFÍA CORONARIA EN EL CONTEXTO DE ISQUEMIA MIOCÁRDICA.

C. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD RENAL PARA EXCRETAR DESECHOS, CON LA CONSECUENTE RETENCIÓN DE PRODUCTOS NITROGENADOS, OCASIONADA POR MÚLTIPLES CAUSAS, QUE DEBEN LLEVAR AL ASEGURADO A LA PRÁCTICA REGULAR E INDEFINIDA DE DIÁLISIS PERITONEAL O HEMODIÁLISIS; Y EN CASOS EXTREMOS A LA RECEPCIÓN DE UN TRASPLANTE RENAL.

D. ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR

SE DEFINE COMO LA MUERTE DE TEJIDO CEREBRAL, DEBIDO A UNA DISMINUCIÓN DEL FLUJO SANGUÍNEO DEL CEREBRO, QUE, SE MANIFIESTA EN UN DÉFICIT NEUROLÓGICO DE SEVERIDAD VARIABLE; DEMOSTRABLE, ADEMÁS, CON ALTERACIÓN PERMANENTE DE LAS PRUEBAS DE FUNCIÓN NEUROLÓGICA. ESTAS PRUEBAS DEBERÁN SER REALIZADAS POR UN NEURÓLOGO O NEUROCIRUJANO FACULTADO, DESPUÉS DE TRANSCURRIDAS COMO MÍNIMO SEIS (6) SEMANAS DE OCURRENCIA DEL EVENTO.

E. AFECCIÓN DE ARTERIA CORONARIA QUE EXIJA CIRUGÍA

ENFERMEDAD CORONARIA QUE REQUIERA DE REVASCULARIZACIÓN CORONARIA (BY-PASS) PARA CORREGIR ESTRECHAMIENTO U OBSTRUCCIÓN DE DOS O MÁS ARTERIAS CORONARIAS. LA NECESIDAD DE TAL INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, DEBE HABER SIDO PROBADA CON BASE EN UNA ANGIOGRAFÍA CORONARIA E INTERPRETADA POR UN CARDIÓLOGO O CIRUJANO CARDIOVASCULAR FACULTADOS RESPECTIVAMENTE.

F. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

DIAGNÓSTICO CLÍNICO INCUESTIONABLE, DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (DEMENCIA PRE-SENIL) ANTES DE LA EDAD DE 66 AÑOS; Y EMITIDO POR UN ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA Y CONFIRMADO POR HALLAZGOS CARACTERÍSTICOS EN LAS PRUEBAS DE NEUROIMAGENES (TAC, RMN, PET CEREBRAL). LA ENFERMEDAD DEBE PRODUCIR COMO RESULTADO, UNA INCAPACIDAD PERMANENTE DE REALIZAR DE MANERA INDEPENDIENTE CUATRO (4) O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

G. GRAN QUEMADO

QUEMADURAS DE TERCER GRADO QUE CUBRAN AL MENOS UN 20% DE LA SUPERFICIE CORPORAL DEL ASEGURADO.

EL DIAGNÓSTICO DEBE SER CONFIRMADO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA Y EVIDENCIADO POR LOS MÉTODOS CONVENCIONALES PARA ESTABLECER ÁREAS CORPORALES QUEMADAS.

H. ANEMIA APLÁSICA

DIAGNÓSTICO INCUESTIONABLE DE FALLA EN LA MÉDULA ÓSEA CONFIRMADO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA Y DEMOSTRADO A TRAVÉS DEL RESULTADO DE BIOPSIA EN LA MÉDULA ÓSEA.

LA ENFERMEDAD DEBE OCASIONAR SIMULTÁNEAMENTE ANEMIA, NEUTROPENIA Y TROMBOCITOPENIA QUE OBLIGUEN AL MENOS A UNO DE LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS:

- A) TRANSFUSIÓN DE DERIVADOS DE LA SANGRE.
- B) ESTIMULANTES DE LA MÉDULA ÓSEA.
- C) AGENTES INMUNOSUPRESORES.
- D) TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA.

I. ESCLEROSIS MÚLTIPLE

DIAGNÓSTICO INCUESTIONABLE, FORMULADO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA, LUEGO DE, POR LO MENOS, DOS (2) EPISODIOS DE SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS DE DESMIELINIZACIÓN Y ANORMALIDADES NEUROLÓGICAS PERMANENTES; ACOMPAÑADO DE DETERIORO FUNCIONAL, CON UNA DURACIÓN CONTINÚA, NO INFERIOR A SEIS (6) MESES, QUE HAYAN SIDO DOCUMENTADOS POR TÉCNICAS MODERNAS DE NEUROIMAGEN.

EL DIAGNÓSTICO DEBERÁ SER RATIFICADO CUMPLIDOS LOS SEIS (6) MESES POSTERIORES A LA OCURRENCIA DEL PRIMER EPISODIO.

J. TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO SEVERO

TRAUMA MAYOR DE LA CABEZA, CON DETERIORO DE LA FUNCIÓN CEREBRAL, QUE DEBE SER CONFIRMADO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA Y DEMOSTRADO POR HALLAZGOS CARACTERÍSTICOS EN LAS PRUEBAS DE NEUROIMAGENES (TAC, RESONANCIA MAGNÉTICA CEREBRAL). DICHO TRAUMA DEBE PROVOCAR UNA INCAPACIDAD PERMANENTE PARA REALIZAR DE MANERA INDEPENDIENTE CUATRO (4) O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

K. ENFERMEDAD DE PÁRKINSON

DIAGNÓSTICO IRREFUTABLE DE ENFERMEDAD DE PARKINSON PRIMARIA, (TODAS LAS DEMÁS FORMAS DE PARKINSONISMO ESTÁN EXCLUIDAS) EMITIDO POR UN ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA. DICHA ENFERMEDAD DEBE PROVOCAR INCAPACIDAD PERMANENTE PARA REALIZAR CUATRO (4) O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

L. ESTADO DE COMA

ESTADO SEVERO DE PÉRDIDA DE CONCIENCIA, CON TOTAL AUSENCIA DE REACCIÓN A ESTÍMULOS EXTERNOS O INTERNOS, REQUIRIENDO DE MANERA CONTINUA, EL USO DE SISTEMAS DE SOPORTE VITAL (RESPIRADOR, INOTROPIA, ALIMENTO PARENTERAL) POR UN PERÍODO MÍNIMO DE 96 HORAS; Y RESULTANDO EN UN DÉFICIT NEUROLÓGICO PERMANENTE.

EL DIAGNÓSTICO DEBERÁ SER CONFIRMADO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA / CUIDADO CRÍTICO / Y/O MEDICINA INTERNA; Y EL DÉFICIT NEUROLÓGICO DEBE SER DOCUMENTADO POR LO MENOS DURANTE TRES (3) MESES.

PARA EFECTOS DE LAS PRESENTES COBERTURAS, SE CONSIDERAN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA:

- BAÑARSE O TOMAR UNA DUCHA.
- VESTIRSE Y DESVESTIRSE.
- HIGIENE PERSONAL.
- CAPACIDAD DE USAR EL SANITARIO.
- CONTINENCIA (CONTROL SOBRE ESFÍNTERES).
- LEVANTARSE DE LA CAMA.
- MOVILIDAD (CAPACIDAD DE DESPLAZARSE EN UN MISMO NIVEL).
- COMER/BEBER (CAPACIDAD DE ALIMENTARSE POR SÍ MISMO, PERO NO DE PREPARAR LA COMIDA).

ESTAS CONDICIONES DEBEN ESTAR MÉDICAMENTE DOCUMENTADAS POR LO MENOS DURANTE TRES (3) MESES.

EL VALOR ASEGURADO DE ESTE AMPARO ADICIONAL, NO PODRÁ SER SUPERIOR AL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE Y EL ASEGURADO SÓLO TENDRÁ DERECHO AL PAGO DEL VALOR ASEGURADO ALCANZADO, SEGÚN LAS CONDICIONES CONTRATADAS, ASÍ SE DIAGNOSTIQUE MÁS DE UNA DE LAS ENFERMEDADES.

M. GUILLIAN BARRÉ

PARA EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO, CORRESPONDE A UNA POLINEUROPATÍA INFLAMATORIA AGUDA RÁPIDAMENTE PROGRESIVA, AUTOLIMITADA, DE ORIGEN AUTOINMUNE, CARACTERIZADA POR DEBILIDAD MUSCULAR E HIPOESTESIA DISTAL, DIAGNOSTICADA POR LA ESPECIALIDAD DE NEUROLOGIA, QUE REQUIERA POR SU GRAVEDAD DE VENTILACIÓN MECÁNICA.

N. ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA, O ELA, ES UNA ENFERMEDAD DEL SISTEMA NERVIOSO QUE ATACA A LAS CÉLULAS NERVIOSAS (NEURONAS) QUE ESTÁN EN EL CEREBRO Y LA MÉDULA ESPINAL. ESTAS NEURONAS TRANSMITEN MENSAJES DESDE EL CEREBRO Y LA MÉDULA ESPINAL HACIA LOS MÚSCULOS VOLUNTARIOS, LOS QUE EL ASEGURADO PUEDE CONTROLAR, COMO LOS DE LOS BRAZOS Y LAS PIERNAS. AL PRINCIPIO, CAUSA PROBLEMAS MUSCULARES LEVES. ALGUNAS PERSONAS NOTAN PROBLEMAS PARA: CAMINAR O CORRER, ESCRIBIR, HABLAR.

O. TRAUMA RAQUIMEDULAR:

EL TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR (TRM) INCLUYE TODAS LAS LESIONES TRAUMÁTICAS QUE AFECTAN LAS DIFERENTES ESTRUCTURAS DE LA COLUMNA VERTEBRAL A CUALQUIERA DE SUS NIVELES: ESTRUCTURAS ÓSEAS, LIGAMENTOSAS, CARTILAGINOSAS, MUSCULARES, VASCULARES, MENÍNGEAS, RADICULARES Y DE LA MÉDULA ESPINAL.

P. TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES:

EN VIRTUD DEL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, INDEMNIZARÁ POR UNA (1) SOLA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA E INDEPENDIENTEMENTE, DEL NÚMERO DE TRASPLANTES DE ÓRGANOS REALIZADOS, LA SUMA

ASEGURADA QUE SE ESTIPULE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, EL ASEGURADO DEBE SER SOMETIDO A UN TRASPLANTE DE ALGUNO DE LOS ÓRGANOS RELACIONADOS A CONTINUACIÓN, SIEMPRE QUE, LA NECESIDAD DE EFECTUAR EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS, SEA CERTIFICADO POR UN PROFESIONAL MÉDICO QUE POSEA LICENCIA PERMANENTE Y VÁLIDA PARA PRACTICAR LA MEDICINA Y ESTA CLASE DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS; Y SE CUMPLAN TODOS LOS REQUISITOS INDICADOS A CONTINUACIÓN:

- ANTES QUE SE DIAGNOSTIQUE LA ENFERMEDAD, CUYO TRATAMIENTO SEA EL TRASPLANTE Y QUE ÉSTE SE PRACTIQUE; LA PRESENTE COBERTURA DEBE HABER ESTADO EN VIGOR POR UN PERÍODO NO MENOR A NOVENTA (90) DÍAS.
- EL PERÍODO DE NOVENTA (90) DÍAS SE ESTABLECERÁ INDEPENDIENTEMENTE PARA CADA ASEGURADO, DE ACUERDO CON LA FECHA DE INGRESO A LA PÓLIZA.
- QUE EL ASEGURADO REQUIERA MÉDICAMENTE, EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y ASÍ, SE INDIQUE EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL ASEGURADO.
- QUE SEA LA PRIMERA VEZ QUE EL ASEGURADO REQUIERA DE UN TRASPLANTE DE ÓRGANOS.
- QUE EL ASEGURADO SOBREVIVA UN LAPSO DE TREINTA (30) DÍAS DESPUÉS DEL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD QUE SUGIERA, O RECOMIENDE EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS.

PARA EFECTOS DEL TRASPLANTE DE ÓRGANOS, SE DEFINE:

- EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS, SE ENTIENDE COMO LA INSERCIÓN DE UN ÓRGANO DE UN DONANTE HUMANO, EN EL CUERPO DEL ASEGURADO, CON RESTABLECIMIENTO DE LAS CONEXIONES ARTERIALES, VENOSAS, LINFÁTICAS Y NERVIOSAS.
- EL TRASPLANTE, OCURRE PARA EL ASEGURADO, EN CALIDAD DE RECEPTOR Y NUNCA COMO DONANTE.
- EL TRASPLANTE DEBERÁ SER CERTIFICADO POR EL MÉDICO QUE LO PRACTICÓ, QUIEN DEBE CONTAR CON EXPERIENCIA CERTIFICADA Y AVALADA POR LOS ENTES DE CONTROL EN EL TERRITORIO NACIONAL, PARA PRACTICAR LA MEDICINA Y ESTA CLASE DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.

LOS ÓRGANOS INCLUIDOS PARA EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS SE RELACIONAN Y SE DEFINEN A CONTINUACIÓN:

- 1. DE CORAZÓN**
POR CARDIOMIOPATÍA, INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA, ENFERMEDAD CORONARIA DEL CORAZÓN, DEFECTO VALVULAR.
- 2. DE PULMÓN**
POR MUCOVISCIDOSIS, FIBROSIS PULMONAR, ENFISEMA PULMONAR, HIPERTENSIÓN PULMONAR.
- 3. DE HÍGADO**
POR CIRROSIS HEPÁTICA, CARCINOMA DE CÉLULA HEPÁTICA, INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA DEBIDA A INTOXICACIÓN.
- 4. DE PÁNCREAS**
POR DIABETES MELLITUS TIPO I.
- 5. RIÑÓN**
POR GLOMERULONEFROSIS CRÓNICA O ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA
- 6. MÉDULA ÓSEA**
POR LEUCEMIAS, LINFOMAS O INMUNODEFICIENCIAS DIFERENTES AL VIH/SIDA
- 7. INTESTINO DELGADO**
POR FALLO INTESTINAL, POR INTESTINO CORTO (TRAUMA ABDOMINAL DIFERENTE A TRAUMA POR ARMA DE FUEGO O IMPACTO CON CUALQUIER TIPO DE EXPLOSIVO)

NOTA. EL TRASPLANTE DE TODOS LOS DEMÁS ÓRGANOS, PARTES DE ÓRGANOS O EL TRASPLANTE DE CUALQUIER OTRO TEJIDO ESTÁN EXCLUIDOS.

PARA CUALQUIER PROCESO DE INDEMNIZACIÓN POR TRASPLANTE DE ÓRGANOS, ES CONDICIÓN INDISPENSABLE QUE SE CUMPLAN EN TODAS Y CADA UNA DE SUS PARTES, AL IGUAL QUE, LAS DISPOSICIONES Y LEYES VIGENTES PARA TRASPLANTES DE ÓRGANOS EN EL TERRITORIO NACIONAL.

2.4.1. LÍMITE DEL BENEFICIO

EL PAGO DE LA SUMA ASEGURADA SE APLICARÁ SOLAMENTE CUANDO EL TRASPLANTE SE REALICE EN ALGUNO DE LOS ÓRGANOS DEFINIDOS Y CUANDO ESTOS SE MANIFIESTEN Y SEAN DIAGNOSTICADOS POR UN MÉDICO ESPECIALISTA EN LA RESPECTIVA ESPECIALIDAD; POR PRIMERA VEZ, DENTRO DE LA VIGENCIA PACTADA, CONFIRMADAS POR EVIDENCIAS CIENTÍFICAS ACEPTABLES CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS, HISTOLÓGICAS Y DE LABORATORIO.

2.4.2. LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO

EL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS NO PODRÁ SER SUPERIOR AL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA EL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES

2.4.3. EDADES

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES, MODALIDAD DE SEGURO VIDA GRUPO CONTRIBUTIVO Y NO CONTRIBUTIVO.

COBERTURA	EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA
ENFERMEDADES GRAVES	14 años	59 años y 364 días	65 años y 364 días

2.4.4. EDADES DEL GRUPO FAMILIAR

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES PARA EL GRUPO FAMILIAR MODALIDAD DE SEGURO VIDA GRUPO CONTRIBUTIVO Y NO CONTRIBUTIVO.

PARENTESCO/AMPARO	EDAD MINIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO Todas las edades son más 364 días	EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA Todas las edades son más 364 días
CONYUGE	Las mismas del Asegurado Principal	Las mismas del Asegurado Principal	Las mismas del Asegurado Principal
HIJOS, HIJASTROS Y HERMANOS	2 años	24 años	29 años
PROGENITORES	35 años	54 años	59 años

2.4.5. EXCLUSIONES DE ENFERMEDADES GRAVES

NO SE PAGARÁ NINGÚN BENEFICIO BAJO EL PRESENTE AMPARO, SI EL ASEGURADO PADECE O SE LE DIAGNOSTICA UNA DE LAS ENFERMEDADES INDICADAS, QUE SEAN CONSECUENCIA DE, O, SE ENCUENTRE EN CONEXIÓN CON:

- EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), TAL COMO FUE DEFINIDO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), O CUALQUIER SÍNDROME O ENFERMEDAD DE TIPO SIMILAR QUE, BAJO CUALQUIER NOMBRE, SEA DIAGNOSTICADA POR UN MÉDICO FACULTADO, Y/O EN ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO HABILITADO; CON PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO, LEGALMENTE AUTORIZADO PARA DESEMPEÑAR SU OBJETO SOCIAL.
- LESIONES PREMALIGNAS, CÁNCER DE CÉRVIX, PRÓSTATA, SENO O MATRIZ EN SUS ETAPAS INICIALES T1 Y T2 DE LA CLASIFICACIÓN TNM, O CON CLASIFICACIÓN DE GLEASON INFERIOR A CINCO (5).
- CARCINOMA DE TIROIDES VARIEDAD PAPILAR, EN SUS ETAPAS INICIALES T1-2, N0, M0 (DE LA CLASIFICACIÓN TNM). EL RESTO DE ESTADIOS Y CUALQUIER OTRO TIPO DE CÁNCER DE TIROIDES DIFERENTE AL MENCIONADO CON CUALQUIER CLASIFICACIÓN, TENDRÁN COBERTURA.
- LOS TUMORES DE CUALQUIER NATURALEZA EN LA PIEL.
- CÁNCER IN SITU NO INVASIVO DE CUALQUIER ÓRGANO.

- LA ANGIOPLASTIA Y/O CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN INTRA - ARTERIAL.
- ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS.
- ENFERMEDADES O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA O AL INICIO DE ESTE ANEXO.
- EL ESTADO DE COMA PROVOCADO POR EL ABUSO DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, TÓXICAS O DROGAS NO PRESCRITAS POR UN MÉDICO.
- CUANDO LA ENFERMEDAD CUBIERTA HAYA SIDO DIAGNOSTICADA, EXISTA UN HISTORIAL PREVIO RELACIONADO CON ELLA O SE HAYA RECIBIDO TRATAMIENTO PARA LA MISMA, ANTES DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA INDIVIDUAL DE LA PRESENTE COBERTURA.
- CUANDO LA ENFERMEDAD HAYA SIDO DIAGNOSTICADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LOS PRIMEROS NOVENTA (90) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE COBERTURA, PARA CADA ASEGURADO.
- EN LO QUE A ACCIDENTES CEREBRO VASCULARES SE REFIERE; CUANDO SE TRATE DE ACCIDENTES VASCULARES ISQUÉMICOS, TRANSITORIOS O AQUELLOS DE LOS QUE EL ASEGURADO PUEDA RECUPERARSE COMPLETAMENTE DENTRO DE LAS SEIS (6) SEMANAS SIGUIENTES A SU OCURRENCIA.
- PANDEMIAS, EPIDEMIAS E INFECCIONES.
- CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE LAS ANTERIORES.
- DE IGUAL MANERA NO SE PAGARÁ NINGÚN BENEFICIO CUANDO EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS PROVENGA O SEA CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA O EN CONEXIÓN CON:
 - LA PRESENCIA DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (V.I.H.) DESCUBIERTO MEDIANTE EL TEST DE ANTICUERPOS O PRUEBA DE ELISA POSITIVA PARA V.I.H.
 - DROGADICCIÓN O INTOXICACIÓN POR DROGAS, VENENO O LICOR.
 - CUANDO EL TRASPLANTE DE ÓRGANO SEA CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO, PARA CADA ASEGURADO SE CONSIDERAN COMO CONDICIONES PREEXISTENTES, CUALQUIER ENFERMEDAD O LESIÓN DIAGNOSTICADA O SOMETIDA A TRATAMIENTO, CUIDADO MÉDICO O CIRUGÍA, CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA PRESENTE COBERTURA, ASÍ COMO ENFERMEDADES CONGÉNITAS.
 - CUANDO EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS, NO SEA INDICADO POR UN PROFESIONAL IDONEO, CON EXPERIENCIA DEMOSTRADA Y SEA AVALADO POR LOS ENTE DE CONTROL DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL.
 - TRASPLANTE REALIZADO FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL.
 - CUANDO LA NECESIDAD DEL TRASPLANTE HA SIDO DIAGNOSTICADA DURANTE LOS PRIMEROS NOVENTA (90) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO, PARA CADA ASEGURADO.
 - CUANDO EL TRASPLANTE DE ÓRGANO SEA CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO, PARA CADA ASEGURADO.
 - CUANDO EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS SEA INDICADO POR ALGUNA PERSONA CON GRADO DE CONSAGUINIDAD CON EL ASEGURADO.
 - CUANDO EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS SEA INDICADO POR PROFESIONALES DE LA SALUD EN EJERCICIO DE PRÁCTICAS DE MEDICINA ALTERNATIVA O POR PERSONAS QUE NO SEAN PROFESIONALES DE LA CIENCIA MÉDICA.
 - TRASPLANTES QUE SEAN PROCEDIMIENTOS DE INVESTIGACIÓN Y EL TRASPLANTE DE ISLOTES DE LANGERHANS.
 - TRASPLANTE DE ÓRGANOS DIFERENTES A LOS MENCIONADOS Y DEFINIDOS EN LA PRESENTE COBERTURA.
 - TRASPLANTES DE ÓRGANOS QUE SEAN INDICADOS PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER O LOS TUMORES DEBIDOS O, COMO CONSECUENCIA DE LA INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).
 - CUANDO EL ASEGURADO OBRE EN CALIDAD DE DONANTE.
 - A CAUSA DE LESIONES INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDAS; CUALQUIER INTENTO DE SUICIDIO; SEA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE O NO, EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES.
 - CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE LAS ANTERIORES.

2.5. AUXILIO FUNERARIO

SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA EL ASEGURADO LLEGARE A FALLECER COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO AMPARADO POR LA PÓLIZA, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, INDEMNIZARÁ EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

2.5.1. EDADES

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO DE AUXILIO FUNERARIO MODALIDAD DE SEGURO VIDA GRUPO CONTRIBUTIVO Y NO CONTRIBUTIVO.

COBERTURA	EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA
AUXILIO FUNERARIO	14 años	75 años y 364 días	INDEFINIDA O HASTA LA FECHA EN QUE DEJE DE PERTENECER AL GRUPO ASEGURADO

2.5.2. EDADES DEL GRUPO FAMILIAR

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO DE AUXILIO FUNERARIO PARA EL GRUPO FAMILIAR MODALIDAD DE SEGURO VIDA GRUPO CONTRIBUTIVO Y NO CONTRIBUTIVO.

PARENTESCO/AMPARO	EDAD MINIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO Todas las edades son más 364 días	EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA Todas las edades son más 364 días
CONYUGE	Las mismas del Asegurado Principal	Las mismas del Asegurado Principal	Las mismas del Asegurado Principal
HIJOS, HIJASTROS Y HERMANOS	2 años	35 años	39 años
PROGENITORES	35 años	69 años	74 años

2.5.3. EXCLUSIONES DEL AMPARO DE AUXILIO FUNERARIO

2.5.3.1. SITUACION DE GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES Y OPERACIONES DE GUERRA (HAYA SIDO DECLARADA O NO), GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, ASONADA, TERRORISMO, SUBVERSIÓN, O ACTOS DELICTIVOS EN QUE EL ASEGURADO PARTICIPE DIRECTAMENTE.

2.5.3.2. ACTIVIDADES TERRORISTAS NBQR (NUCLEAR, BIOLÓGICA, QUÍMICA, RADIOACTIVA).

2.5.3.3. LOS ACCIDENTES RESULTANTES DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR FISIÓN Y/O FUSIÓN NUCLEAR Y DE RADIOACTIVIDAD.

2.5.3.4. EPIDEMIAS, PANDEMIAS E INFECCIONES.

EN TODOS LOS CASOS SE APLICARÁN LOS TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 1058 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO. ASI MISMO APLICAN LAS MISMAS DE INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL.

2.6. GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, Y COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN CORPORAL CAUSADA POR UN ACCIDENTE, E INDEPENDIENTE DE CUALQUIER OTRA CAUSA, EL ASEGURADO, DENTRO DE LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE, SE VIERA PRECISADO A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA, SOMETERSE A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, HOSPITALIZARSE O RECIBIR CUALQUIER CLASE DE ASISTENCIA MÉDICA NECESARIA PARA EL

RESTABLECIMIENTO DE SU SALUD, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, REEMBOLSARÁ EL VALOR DE DICHAS ASISTENCIAS HASTA EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, CON SUJECCIÓN A LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- A. EL ASEGURADO DEBE ESTAR AFILIADO AL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD Y TENDRÁ DERECHO AL REEMBOLSO DE AQUELLOS GASTOS INCURRIDOS QUE EL POS NO CUBRA (MEDICINAS, COPAGOS, ETC).
- B. EL MÉDICO O CIRUJANO DEBE ESTAR LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN.
- C. LOS GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN SERÁN LOS QUE SE OCASIONEN DENTRO DE UNA CLÍNICA U HOSPITAL DEBIDAMENTE AUTORIZADOS PARA PRESTAR TALES SERVICIOS.
- D. LOS MÉDICAMENTOS RECETADOS POR EL MÉDICO TRATANTE DEBEN SER DE APLICACIÓN ABSOLUTA, EXCLUSIVA Y NECESARIA PARA LA CURACIÓN DE LAS LESIONES SUFRIDAS EN EL ACCIDENTE.
- E. EL REEMBOLSO SE HARÁ CONTRA LA PRESENTACIÓN DE LAS FACTURAS ORIGINALES Y DEBIDAMENTE CANCELADAS.
- F. PARA ACCIDENTES DE TRÁNSITO, LA PÓLIZA CUBRIRÁ EN EXCESO DEL SOAT Y FOSYGA.

2.6.1. EDADES

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE MODALIDAD DE SEGURO VIDA GRUPO CONTRIBUTIVO Y NO CONTRIBUTIVO.

COBERTURA	EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA
GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE	14 años	59 años y 364 días	65 años y 364 días

2.6.2. EDADES DEL GRUPO FAMILIAR

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE PARA EL CONYUGE DEL GRUPO FAMILIAR MODALIDAD DE SEGURO VIDA GRUPO CONTRIBUTIVO Y NO CONTRIBUTIVO.

PARENTESCO/AMPARO	EDAD MINIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA
		Todas las edades son más 364 días	Todas las edades son más 364 días
CONYUGE	Las mismas del Asegurado Principal	Las mismas del Asegurado Principal	Las mismas del Asegurado Principal

2.6.3. EXCLUSIONES DEL AMPARO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, NO RECONOCERÁ LOS GASTOS MÉDICOS QUE SEAN CONSECUENCIA O ESTÉN RELACIONADOS CON:

- LOS ACCIDENTES QUE SEAN CONSECUENCIA DE TERREMOTO, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, INUNDACIONES, HURACANES Y, EN GENERAL, TODO FENÓMENO DE LA NATURALEZA.
- LOS ACCIDENTES RESULTANTES DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR FUSIÓN Y/O FUSIÓN NUCLEAR Y DE RADIOACTIVIDAD.
- LOS ACCIDENTES PRODUCIDOS POR HECHOS DE GUERRA, MOTÍN, ASONADA, INSURRECCIÓN, SEDICIÓN, HUELGA O CUALQUIER ACTO QUE CONSTITUYA DELITO DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN LA LEY PENAL.
- LOS ACCIDENTES PROVOCADOS POR LOS ASEGURADOS, POR CUALQUIER INFRACCIÓN DE LEYES O DECRETOS.

- LAS LESIONES O DAÑOS CAUSADOS SOBRE SÍ MISMO Y EN FORMA VOLUNTARIA POR EL ASEGURADO, SEA QUE, EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES, O EN ESTADO DE LOCURA YO ENAJENACIÓN.
- ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER CLASE DE PARTICIPACIÓN EN AVIACIÓN, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA LÍNEA AÉREA COMERCIAL, LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS, EN UN VIAJE INCLUIDO EN UN ITINERARIO REGULAR, ENTRE AEROPUERTOS APROBADOS POR LA AERONÁUTICA CIVIL.
- LOS ACCIDENTES OCURRIDOS AL ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, DROGAS TÓXICAS, MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN DOSIS TÓXICAS, SUSTANCIAS HEROICAS O ALUCINÓGENAS, O POR EL CONSUMO DE FÁRMACOS NO PRESCRITOS MÉDICAMENTE.
- LOS GASTOS MÉDICOS EN QUE SE INCURRA, COMO CONSECUENCIA DE CIRUGÍA ESTÉTICA O PLÁSTICA, CON FINES ESTÉTICOS O DE EMBELLECIMIENTO; USO DE PRÓTESIS DENTAL DE LARGA DATA O DE NOVO, CIRUGÍA O TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO, CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE VICIOS DE REFRACCIÓN Y SUMINISTRO DE ANTEOJOS O LENTES DE CONTACTO, A MENOS QUE, SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR ESTA PÓLIZA.
- LAS LESIONES SUFRIDAS COMO CONSECUENCIA DE LA PRÁCTICA DE DEPORTES NOTORIAMENTE PELIGROSOS, LOS CUALES INCLUYEN, PERO NO SE LIMITAN A: COMPETENCIAS DE VELOCIDAD O HABILIDAD AUTOMOVILÍSTICA O DE MOTOCICLISMO, BOXEO, LUCHA LIBRE, PARACAIDISMO, TAUROMAQUIA, CARRERAS DE CABALLOS, ARTES MARCIALES, CAZA, ETC., A NIVEL PROFESIONAL.
- TENTATIVA DE SUICIDIO, SEA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE ENAJENACION MENTAL
- LESIONES CAUSADAS AL ASEGURADO INTENCIONALMENTE POR TERCERAS PERSONAS.
- LESIONES CORPORALES CAUSADAS POR OTRA PERSONA CON ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE.
- EL SECUESTRO SIMPLE O EXTORSIVO DEL ASEGURADO, EL HURTO CALIFICADO, Y SUS TENTATIVAS.
- ENFERMEDADES FÍSICAS O PSIQUIÁTRICAS Y LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS, QUE NO SEAN NECESARIOS EN RAZÓN DE ACCIDENTES AMPARADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA Y LAS INFECCIONES BACTERIANAS (SALVO INFECCIONES PIOGÉNICAS QUE ACONTEZCAN COMO CONSECUENCIA DE UNA HERIDA ACCIDENTAL).
- GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES Y OPERACIONES DE GUERRA (HAYA SIDO DECLARADA O NO), GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN, ASONADA, TERRORISMO, SUBVERSIÓN O ACTOS DELICTIVOS EN QUE EL ASEGURADO PARTICIPE DIRECTAMENTE.
- LOS ACCIDENTES OCASIONADOS POR ATAQUES CARDIACOS O EPILÉPTICOS, SÍNCOPEs, RUPTURA DE ANEURISMAS Y LOS QUE SE PRODUZCAN MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE DROGAS TÓXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS, CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO ORDENADA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
- COMPLICACIONES INHERENTES DEL EMBARAZO, ABORTO Y EL ALUMBRAMIENTO, O LAS LESIONES O LA MUERTE QUE SOBREVENGAN COMO CONSECUENCIA DE ESTAS CAUSAS.
- PERSONAL DE LAS FUERZAS DE POLICÍA Y MILITARES, PERSONAL DE EMPRESAS DE AVIACIÓN O NAVEGACIÓN Y EQUIPOS DEPORTIVOS DE CARÁCTER PROFESIONAL.

2.7. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, INDEMNIZARÁ EL VALOR INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, POR CADA DÍA QUE LA PERSONA ASEGURADA SE ENCUENTRE RECLUIDA EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA O CLÍNICA, BAJO EL CUIDADO DE UN MÉDICO LEGALMENTE RECONOCIDO POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES PARA EL DESEMPEÑO DE SU PROFESIÓN.

COMO PERIODO DE CARENIA EL PAGO SE PRODUCIRÁ SIEMPRE Y CUANDO LA ENFERMEDAD O LESIONES QUE OCASIONEN LA HOSPITALIZACIÓN SE HAYAN PRODUCIDO TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS CONTINUOS DESDE EL INGRESO A LA PÓLIZA.

EL PRESENTE AMPARO INCLUYE LA HOSPITALIZACIÓN EN CASA O DOMICILIARIA, CUANDO SEA PRESCRITA POR EL MÉDICO TRATANTE.

LA INDEMNIZACIÓN SE REALIZARÁ CON UN MÁXIMO DE CUARENTA Y CINCO DÍAS (45) POR EVENTO Y CUATRO (4) EVENTOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA (ENTENDIÉNDOSE POR EVENTO LAS HOSPITALIZACIONES COMO CONSECUENCIA DE UNA MISMA ENFERMEDAD O LESIÓN) Y SE EXTIENDE A AMPARAR AL ASEGURADO EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

2.7.1. HOSPITALIZACIÓN

DETERMINADA POR EL INGRESO DEL ASEGURADO COMO PACIENTE INTERNO EN UN CENTRO HOSPITALARIO AUTORIZADO, EN HABITACIÓN EN PISO, POR UN PERIODO MÍNIMO DE VEINTICUATRO (24) HORAS, PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, BAJO EL CUIDADO Y SUPERVISIÓN DE UN MÉDICO LEGALMENTE RECONOCIDO POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES PARA EL DESEMPEÑO DE SU PROFESIÓN.

2.7.2. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

BAJO ESTA COBERTURA, LA COMPAÑÍA RECONOCERÁ COMO BENEFICIO DIARIO, EL EQUIVALENTE A DOS (2) VECES LA SUMA PACTADA EN LA COBERTURA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN, DURANTE LA PERMANENCIA DEL ASEGURADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SIN EXCEDER DE TREINTA (30) DÍAS CONTINUOS, COMO RESULTADO DE UN MISMO ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

ESTE AMPARO TIENE UN PERIODO DE NO COBERTURA DE UN (1) DÍA, POR LO CUAL LA COMPAÑÍA PAGARÁ UNA SUMA DIARIA POR CADA DÍA DE HOSPITALIZACIÓN O DE UCI, A PARTIR DEL SEGUNDO (2do) DÍA.

ESTA COBERTURA SOLO TENDRÁ VALIDEZ, POR INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO Y NO EN LA DE CUIDADO INTERMEDIO, ASÍ LA MISMA, SE ENCUENTRE HABILITADA EN EL MISMO ESPACIO FÍSICO DENTRO DE LA ENTIDAD HOSPITALARIA.

PARA EL PRESENTE AMPARO NO APLICA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS.

2.7.3. TRATAMIENTO MÉDICO Y CIRUGÍA AMBULATORIA

SE ENTIENDE COMO TAL LA REALIZACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO MENOR, NECESARIO PARA EL ASEGURADO, QUE SE EFECTÚA, COMO UN SERVICIO AMBULATORIO, SIN INGRESO A UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA O CENTRO DE CIRUGÍA AUTORIZADO, QUE CUMPLA CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS PARA TAL FIN.

BAJO ESTE AMPARO, LA COMPAÑÍA PAGARÁ UNA VEZ POR VIGENCIA LA SUMA ESTIPULADA POR TRATAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE UNA MISMA LESIÓN O ENFERMEDAD.

2.7.4. PARTO NORMAL O POR CESÁREA

EL PARTO NORMAL O POR CESÁREA, ESTARÁN CUBIERTOS POR EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL SIEMPRE Y CUANDO, EL EMBARAZO Y EL PARTO SE PRODUZCAN EN LA VIGENCIA DEL SEGURO.

BAJO ESTA COBERTURA ADICIONAL, SE RECONOCERÁ, LA SUMA DIARIA ASEGURADA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA POR CADA DÍA QUE LA ASEGURADA PERMANEZCA HOSPITALIZADA, CON UN MÁXIMO DE CINCO (5) DÍAS POR EVENTO Y POR VIGENCIA.

2.7.5. POST HOSPITALARIO

TRAS HABER PERMANECIDO EL ASEGURADO INTERNADO EN UN ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO O CLÍNICA LEGALMENTE APROBADO(A) POR LA AUTORIDAD COMPETENTE, EN HABITACIÓN EN PISO, POR UN PERIODO MÍNIMO DE VEINTICUATRO (24) HORAS, QUEDANDO INCAPACITADO, EN FORMA TOTAL TEMPORAL PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO SUS LABORES HABITUALES, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, INDEMNIZARÁ EL BENEFICIO DIARIO CONTRATADO EN LA

CARÁTULA DE LA PÓLIZA POR CADA DÍA DE INCAPACIDAD DOMICILIARIA DECRETADA POR EL MÉDICO TRATANTE, DESDE EL TERCER DÍA Y SIN EXCEDER DE DIEZ (10) DÍAS CONTINUOS POR EVENTO, MÁXIMO DOS (2) EVENTOS POR VIGENCIA POR ASEGURADO.

EL PAGO SE PRODUCIRÁ SIEMPRE Y CUANDO LA ENFERMEDAD O ACCIDENTE SE ENCUENTRE AMPARADO BAJO LA PÓLIZA Y SE PRODUZCA TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO DESDE LA FECHA DE INGRESO DEL ASEGURADO A LA COBERTURA.

NOTA: EN CASO DE TENER CONTRATADO EL AMPARO POST HOSPITALARIO Y LA INCAPACIDAD TEMPORAL, SÓLO SE PODRÁ INDEMNIZAR UN SÓLO AMPARO.

2.7.6 EDADES

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN MODALIDAD DE SEGURO VIDA GRUPO CONTRIBUTIVO Y NO CONTRIBUTIVO.

COBERTURA	EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN	14 años	64 años y 364 días	65 años y 364 días

2.7.7 EDADES DEL GRUPO FAMILIAR

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN PARA EL GRUPO FAMILIAR MODALIDAD DE SEGURO VIDA GRUPO CONTRIBUTIVO Y NO CONTRIBUTIVO.

PARENTESCO/AMPARO	EDAD MINIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO Todas las edades son más 364 días	EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA Todas las edades son más 364 días
CONYUGE	Las mismas del Asegurado Principal	Las mismas del Asegurado Principal	Las mismas del Asegurado Principal
HIJOS, HIJASTROS Y HERMANOS	2 años	24 años	29 años
PROGENITORES	35 años	54 años	59 años

2.7.8 EXCLUSIONES DEL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

SALVO ESTIPULACIÓN EXPRESA EN CONTRARIO, EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, NO CUBRE LOS EVENTOS A CONTINUACIÓN RELACIONADOS, NO OBSTANTE, PRODUZCAN AL ASEGURADO LAS CONSECUENCIAS ANTERIORMENTE DESCRITAS:

- HOSPITALIZACIÓN Y/O INCAPACIDAD TEMPORAL COMO RESULTADO DE UNA INFECCIÓN PRODUCIDA POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (HIV) O VARIANTES, INCLUYENDO EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) O ENFERMEDADES RELACIONADAS.
- HOSPITALIZACIONES Y/O INCAPACIDAD TEMPORAL RELACIONADAS O COMO CONSECUENCIA DEL CÁNCER Y SU TRATAMIENTO.
- HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS Y/O INCAPACIDAD TEMPORAL COMO CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES Y/O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA.
- HOSPITALIZACIÓN Y/O INCAPACIDAD TEMPORAL DEL ASEGURADO EN UN CENTRO HOSPITALARIO, QUE NO CUMPLA CON LOS REQUISITOS ESPECIFICADOS ANTERIORMENTE, O QUE EL ASEGURADO NO SE ENCUENTRE BAJO LA ATENCIÓN Y CUIDADO DE UN MÉDICO AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN.
- HOSPITALIZACIONES Y/O INCAPACIDAD TEMPORAL DEL ASEGURADO EN INSTITUCIONES MENTALES PARA TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS, LOS LUGARES DE REPOSO, CONVALECENCIA O DESCANSO PARA ANCIANOS, CENTROS DE TRATAMIENTO PARA DROGADICTOS,

O ALCOHÓLICOS, O CUALQUIER TIPO DE ADICCIÓN, CENTROS DE CUIDADO INTERMEDIO O LUGARES DONDE SE PROPORCIONAN TRATAMIENTOS NATURISTAS O DE ESTÉTICA.

- TODO CUIDADO AMBULATORIO PROVISTO EN EL CONSULTORIO DE UN MÉDICO.
- HOSPITALIZACIÓN Y/O INCAPACIDAD TEMPORAL PARA TRATAMIENTOS DE BELLEZA O CIRUGÍA CON FINES ESTÉTICOS O CIRUGÍAS PLÁSTICAS CON FINES DE EMBELLECIMIENTO, A MENOS QUE SEAN CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO.
- HOSPITALIZACIONES Y/O INCAPACIDAD TEMPORAL PARA PRÁCTICA DE EXÁMENES MÉDICOS DE RUTINA, EXÁMENES DE LABORATORIO, RADIOGRAFÍAS, FISIOTERAPIA, TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS, DE DIAGNÓSTICO Y CONSULTAS MÉDICAS.
- HOSPITALIZACIONES Y/O INCAPACIDAD TEMPORAL RELACIONADAS CON TENTATIVAS DE SUICIDIO, BIEN SEA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL; ASÍ COMO LAS LESIONES AUTOINFLIGIDAS O CUALQUIER INTENTO DE ELLO.
- HOSPITALIZACIÓN Y/O INCAPACIDAD TEMPORAL POR CHEQUEOS MÉDICOS, CHEQUEOS DE CONTROL O COMPLICACIONES INHERENTES DEL EMBARAZO.
- HOSPITALIZACIONES Y/O INCAPACIDAD TEMPORAL ORIGINADAS O RELACIONADAS CON ABORTO PROVOCADO.
- HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS Y/O INCAPACIDAD TEMPORAL QUE SEAN CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES PREEXISTENTES CONGÉNITAS.
- HOSPITALIZACIONES Y/O INCAPACIDAD TEMPORAL DE CIRUGÍAS PARA LA EXTRACCIÓN O CAUTERIZACIÓN DE VERRUGAS O LUNARES, UÑAS ENCARNADAS, LIPOMAS Y QUISTES SEBÁCEOS.
- CIRUGÍAS Y TRATAMIENTOS DESTINADOS A ESTERILIZACIÓN O FERTILIDAD TANTO MASCULINA COMO FEMENINA.
- HOSPITALIZACIONES Y/O INCAPACIDAD TEMPORAL QUE SEAN CONSECUENCIA DE LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN PELEAS O RIÑAS; SALVO EN LOS CASOS EN QUE SE TRATE EN LEGÍTIMA DEFENSA, SIEMPRE Y CUANDO EXISTA EVIDENCIA OBJETIVA DE ELLA.
- HOSPITALIZACIONES Y/O INCAPACIDAD TEMPORAL POR CAUSA DE CATÁSTROFES NATURALES.
- HOSPITALIZACIONES Y/O INCAPACIDAD TEMPORAL RELACIONADAS CON LOS ACCIDENTES OCURRIDOS MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE SIENDO TRANSPORTADO EN AERONAVES PRIVADAS Y NO COMERCIALES (INCLUIDOS LOS HELICÓPTEROS).
- PERSONAL DE LAS FUERZAS DE POLICÍA Y MILITARES, PERSONAL DE EMPRESAS DE AVIACIÓN O NAVEGACIÓN Y EQUIPOS DEPORTIVOS DE CARÁCTER PROFESIONAL
- PANDEMIAS, EPIDEMIAS E INFECCIONES.
- PAGO DE BENEFICIOS.
- TODO PAGO PARCIAL EFECTUADO POR LA COMPAÑÍA BAJO EL PRESENTE AMPARO, SERÁ CONSIDERADO COMO UN ADELANTO DE LA SUMA DEFINITIVA A INDEMNIZAR RESPECTO DEL ACCIDENTE QUE ORIGINÓ DICHO PAGO.
- LA HOSPITALIZACIÓN Y/O INCAPACIDAD TEMPORAL DEL ASEGURADO QUE COMIENCE EN LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO ADICIONAL Y QUE SE DEBA A LA MISMA CAUSA O CAUSAS RELACIONADAS CON UNA HOSPITALIZACIÓN ANTERIOR Y POR LA CUAL SE HAYA PAGADO INDEMNIZACIÓN DIARIA BAJO ESTE AMPARO ADICIONAL; SIN QUE EXISTA UN PERIODO ENTRE ELLAS, DE POR LO MENOS DOCE (12) MESES, SERÁ CONSIDERADA UNA CONTINUACIÓN DE DICHA HOSPITALIZACIÓN ANTERIOR, PARA EFECTOS DE DETERMINAR EL PERIODO DE INDEMNIZACIÓN ESTIPULADO Y EL MÁXIMO BENEFICIO PAGADERO POR EL PRESENTE AMPARO.
- POR EL CONTRARIO, HOSPITALIZACIONES SEPARADAS POR UN PERIODO IGUAL O SUPERIOR A DOCE (12) MESES Y HOSPITALIZACIONES QUE, NO TENGAN UNA MISMA CAUSA O CAUSAS RELACIONADAS, NO SERÁN CONSIDERADAS COMO OCURRIDAS DURANTE EL MISMO PERIODO DE INDEMNIZACIÓN ESTIPULADO Y EL MÁXIMO BENEFICIO PAGADERO BAJO ESTE ANEXO.
- LA LICENCIA Y/O INCAPACIDAD GENERADA COMO CONSECUENCIA DEL PARTO NORMAL O POR CESÁREA NO APLICA PARA EL AMPARO POST HOSPITALARIO.
- HOSPITALIZACIÓN Y/O INCAPACIDAD TEMPORAL COMO RESULTADO DE EVENTOS OCURRIDOS COMO CONSECUENCIA DE SIMPLES ENTRENAMIENTOS, PRÁCTICAS SENCILLAS O PARTICIPACIÓN ACTIVA O NO ACTIVA EN COMPETENCIAS DEPORTIVAS (PROFESIONALES O AMATEURS). ADEMÁS QUEDAN EXPRESAMENTE EXCLUIDAS LAS OCURRENCIAS CONSECUENTES A LA PRÁCTICA DE DEPORTES PELIGROSOS O DE RIESGOS O EXTREMOS INCLUYENDO PERO NO LIMITANDO A: MOTOCICLISMO, AUTOMOVILISMO, BOXEO, POLO, SKI ACUÁTICO, BUCEO (HASTA 30 METROS MÁXIMO), ALA DELTISMO, KARTISMO, CUATRIMOTOS, ALPINISMO, SKI, FOOTBALL, BOXEO, CANOTAJE, PARAPENTE, KAYAK, BÁDMINTON, BÁSQUET BALL, VOLEIBOL, HANDBALL, KARATE DO, KUNG FÚ, JUDO, TIRO AL ARCO, TIRO

FUSIL, TEJO, RAPPEL, BUCEO, TORRENTISMO, MONTAÑISMO, ESCALADA, PUENTING, ATLETISMO, CICLISMO, LUGE ESPELEOLOGÍA, SKELETON, LA CAZA DE ANIMALES, BOBSLEIGH, ETC., Y OTROS DEPORTES PRACTICADOS FUERA DE PISTAS REGLAMENTARIAS Y AUTORIZADAS POR LAS RESPECTIVAS FEDERACIONES DE DEPORTES.

PARÁGRAFO

PARA OBTENER EL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN ES INDISPENSABLE QUE AL MOMENTO DE LA HOSPITALIZACIÓN Y/O CIRUGÍA, EL ASEGURADO SE ENCUENTRE AFILIADO A UNA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD (E.P.S.)

2.8 RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

CUANDO DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DE UN EVENTO CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA, AL ASEGURADO SE LE GENERE UNA INCAPACIDAD TEMPORAL A CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O UN ACCIDENTE QUE LE IMPIDA EL DESEMPEÑO DE TODOS Y CADA UNO DE LOS DEBERES Y OBLIGACIONES RELACIONADOS CON SU ACTIVIDAD DIARIA, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, INDEMNIZARÁ LOS DÍAS CORRESPONDIENTES A LA INCAPACIDAD HASTA POR UN PERIODO DE TREINTA (30) DÍAS POR EVENTO – VIGENCIA.

EN CASO DE INCAPACIDAD A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE, SE TIENE UN PERIODO DE NO COBERTURA O PERIODO DE CARENCIA DE TRES (3) DÍAS, POR LO CUAL LA COMPAÑÍA PAGARÁ UNA SUMA DIARIA POR CADA DÍA DE INCAPACIDAD, A PARTIR DEL CUARTO (4) DÍA.

EN CASO DE INCAPACIDAD A CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE, SE TIENE UN PERIODO DE NO COBERTURA O PERIODO DE CARENCIA, DE SIETE (7) DÍAS, POR LO CUAL LA COMPAÑÍA PAGARÁ UNA SUMA DIARIA POR CADA DÍA DE INCAPACIDAD, A PARTIR DEL OCTAVO (8) DÍA.

2.8.3 EDADES

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO DE RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE MODALIDAD DE SEGURO VIDA GRUPO CONTRIBUTIVO Y NO CONTRIBUTIVO.

COBERTURA	EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA
RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE	14 años	64 años y 364 días	65 años y 364 días

2.8.4 EXCLUSIONES DEL AMPARO RENTA DIARIA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, NO RECONOCERÁ LA INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE, QUE TENGA COMO CONSECUENCIA O ESTÉ RELACIONADA CON:

- INCAPACIDADES COMO CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES Y/O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA.
- INCAPACIDADES DERIVADAS DE TRATAMIENTOS DE BELLEZA O CIRUGÍA CON FINES ESTÉTICOS O CIRUGÍAS PLÁSTICAS PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO, A MENOS QUE SEAN CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO.
- LOS ACCIDENTES QUE SEAN CONSECUENCIA DE TERREMOTO, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, INUNDACIONES, HURACANES Y, EN GENERAL, TODO FENÓMENO DE LA NATURALEZA.
- HOSPITALIZACIONES QUE SEAN CONSECUENCIA DE LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN PELEAS O RIÑAS; SALVO EN LOS CASOS EN QUE SE TRATE EN LEGÍTIMA DEFENSA, SIEMPRE Y CUANDO EXISTA EVIDENCIA OBJETIVA DE ELLA.
-

- LOS ACCIDENTES RESULTANTES DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR FISIÓN Y/O FUSIÓN NUCLEAR Y DE RADIOACTIVIDAD.
- LOS ACCIDENTES PRODUCIDOS POR HECHOS DE GUERRA, MOTÍN, ASONADA, INSURRECCIÓN, SEDICIÓN, HUELGA O CUALQUIER ACTO QUE CONSTITUYA DELITO DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN LA LEY PENAL.
- LOS ACCIDENTES PROVOCADOS POR EL ASEGURADO POR CUALQUIER INFRACCIÓN DE LEYES O DECRETOS.
- LAS LESIONES O DAÑOS CAUSADOS SOBRE SÍ MISMO Y EN FORMA VOLUNTARIA, SEA QUE, EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES, O EN ESTADO DE LOCURA Y/O ENAJENACIÓN.
- ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE CUALQUIER CLASE DE PARTICIPACIÓN EN AVIACIÓN, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA LÍNEA AÉREA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS EN VIAJE INCLUIDO EN UN ITINERARIO REGULAR ENTRE AEROPUERTOS APROBADOS POR LA AERONÁUTICA CIVIL.
- LOS ACCIDENTES OCURRIDOS POR ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, DROGAS TOXICAS, MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN DOSIS TÓXICAS, SUSTANCIAS HEROICAS O ALUCINÓGENAS, O POR EL CONSUMO DE FÁRMACOS NO PRESCRITOS MÉDICAMENTE.
- LOS GASTOS MÉDICOS EN QUE SE INCURRA, COMO CONSECUENCIA DE CIRUGÍA ESTÉTICA O PLÁSTICA, CON FINES ESTÉTICOS O DE EMBELLECIMIENTO; USO DE PRÓTESIS DENTAL DE LARGA DATA O DE NOVO, CIRUGÍA O TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO, CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE VICIOS DE REFRACCIÓN Y SUMINISTRO DE ANTEOJOS O LENTES DE CONTACTO, A MENOS QUE, SEA A CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR ESTA PÓLIZA.
- LAS LESIONES SUFRIDAS COMO CONSECUENCIA DE EVENTOS OCURRIDOS COMO RESULTADO DE SIMPLES ENTRENAMIENTOS, PRÁCTICAS SENCILLAS O PARTICIPACIÓN ACTIVA O NO ACTIVA EN COMPETENCIAS DEPORTIVAS (PROFESIONALES O AMATEURS). ADEMÁS QUEDAN EXPRESAMENTE EXCLUIDAS LAS OCURRENCIAS CONSECUENTES A LA PRÁCTICA DE DEPORTES PELIGROSOS O DE RIESGOS O EXTREMOS INCLUYENDO PERO NO LIMITANDO A: MOTOCICLISMO, AUTOMOVILISMO, BOXEO, POLO, SKI ACUÁTICO, BUCEO (HASTA 30 METROS MÁXIMO), ALA DELTISMO, KARTISMO, CUATRIMOTOS, ALPINISMO, SKI, FOOTBALL, BOXEO, CANOTAJE, PARAPENTE, KAYAK, BÁDMINTON, BÁSQUET BALL, VOLEIBOL, HANDBALL, KARATE DO, KUNG FÚ, JUDO, TIRO AL ARCO, TIRO FUSIL, TEJO, RAPPEL, BUCEO, TORRENTISMO, MONTAÑISMO, ESCALADA, PUENTING, ATLETISMO, CICLISMO, LUGE ESPELEOLOGÍA, SKELETON, LA CAZA DE ANIMALES, BOBSLEIGH, ETC., Y OTROS DEPORTES PRACTICADOS FUERA DE PISTAS REGLAMENTARIAS Y AUTORIZADAS POR LAS RESPECTIVAS FEDERACIONES DE DEPORTES.
- SUICIDIO O SUS TENTATIVAS, SEA QUE, EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE ENAJENACION MENTAL.
- LESIONES CAUSADAS AL ASEGURADO INTENCIONALMENTE POR TERCERAS PERSONAS.
- LESIONES CORPORALES CAUSADAS POR OTRA PERSONA CON ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE.
- EL SECUESTRO SIMPLE O EXTORSIVO DEL ASEGURADO, EL HURTO CALIFICADO, Y SUS TENTATIVAS.
- ENFERMEDADES FÍSICAS O PSÍQUICAS Y LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS QUE NO SEAN NECESARIOS EN RAZÓN DE ACCIDENTES AMPARADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA Y LAS INFECCIONES BACTERIANAS (SALVO INFECCIONES PROGÉNICAS QUE ACONTEZCAN COMO CONSECUENCIA DE UNA HERIDA ACCIDENTAL).
- MUERTE POR DEFECTOS FÍSICOS O MENTALES Y LAS ENFERMEDADES RECURRENTES, DE LAS CUALES, EL ASEGURADO ERA CONSCIENTE EN LA FECHA EN LA QUE, FUE SOLICITADA LA PÓLIZA Y QUE, NO HAYAN SIDO DECLARADAS POR EL MISMO Y ACEPTADAS EXPRESAMENTE POR ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.
- GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES Y OPERACIONES DE GUERRA (HAYA SIDO DECLARADA O NO), GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN, ASONADA, TERRORISMO, SUBVERSIÓN O ACTOS DELICTIVOS EN QUE EL ASEGURADO PARTICIPE DIRECTAMENTE.
- LOS ACCIDENTES OCASIONADOS POR ATAQUES CARDIACOS O EPILEPTICOS, SÍNCOPES, RUPTURA DE ANEURISMAS Y LOS QUE SE PRODUZCAN MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE DROGAS TÓXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS, CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO ORDENADA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
- COMPLICACIONES INHERENTES DEL EMBARAZO, ABORTO Y/O ALUMBRAMIENTO, O LAS LESIONES QUE SOBREVENGAN COMO CONSECUENCIA DE ESTOS.

- MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE SIRVIENDO EN LABORES MILITARES EN LAS FUERZAS ARMADAS O DE POLICÍA DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD NACIONAL O INTERNACIONAL.
- LOS ACCIDENTES OCURRIDOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON ANTERIORIDAD A LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
- INCAPACIDADES NO OTORGADAS POR EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL COLOMBIANO.

2.9 AUXILIO DE CANASTA EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO

EN EL EVENTO DE PRESENTARSE EL FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA DEL ASEGURADO, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA RECONOCERÁ HASTA LA SUMA ASEGURADA, INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA POR CADA AUXILIO CONTRATADO, REALIZANDO UN PAGO ÚNICO POR TODOS LOS AUXILIOS CONTRATADOS DESTINADOS A CUBRIR LOS GASTOS RELACIONADOS CON:

2.9.1 AUXILIO PARA GASTOS DEL HOGAR.

2.9.2 AUXILIO ECONÓMICO PARA EL PAGO DE GASTOS EDUCATIVOS PARA ASEGURADOS CON HIJOS MENORES DE 25 AÑOS

2.9.3 AUXILIO ECONÓMICO PARA EL PAGO DE SERVICIOS PÚBLICOS.

2.9.4 EDADES AUXILIO DE CANASTA POR FALLECIMIENTO

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO DE AUXILIO DE CANASTA POR FALLECIMIENTO MODALIDAD DE SEGURO VIDA GRUPO CONTRIBUTIVO Y NO CONTRIBUTIVO.

COBERTURA	EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA
AUXILIO DE CANASTA POR FALLECIMIENTO	14 años	75 años y 364 días	INDEFINIDA O HASTA LA FECHA EN QUE DEJE DE PERTENECER AL GRUPO ASEGURADO

2.9.1 EXCLUSIONES DEL AMPARO DE CANASTA POR FALLECIMIENTO

APLICARÁN LAS EXCLUSIONES INDICADAS PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE, DESCRITAS EN EL PRESENTE CLAUSULADO.

2.10 AUXILIO DE CANASTA EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO

EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA RECONOCERÁ HASTA LA SUMA ASEGURADA, INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA POR CADA AUXILIO CONTRATADO, REALIZANDO UN PAGO ÚNICO POR TODOS LOS AUXILIOS CONTRATADOS DESTINADOS A CUBRIR LOS GASTOS RELACIONADOS CON:

2.10.1 AUXILIO PARA GASTOS DEL HOGAR.

2.10.2 AUXILIO ECONÓMICO PARA EL PAGO DE GASTOS EDUCATIVOS PARA ASEGURADOS CON HIJOS MENORES DE 25 AÑOS.

2.10.3 AUXILIO ECONÓMICO PARA EL PAGO DE SERVICIOS PÚBLICOS.

2.10.4 AUXILIO ECONÓMICO PARA LA ADECUACIÓN DEL VEHÍCULO.

2.10.5 AUXILIO ECONÓMICO PARA LA ADECUACIÓN DE LA VIVIENDA.

2.10.6 EDADES AUXILIOS DE CANASTA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

COBERTURA	EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA
AUXILIO DE CANASTA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	14 años	64 años y 364 días	65 años y 364 días

2.10.7 EDADES AUXILIOS DE CANASTA POR FALLECIMIENTO Y/O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL GRUPO FAMILIAR

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO DE CANASTA PARA EL GRUPO FAMILIAR MODALIDAD DE SEGURO VIDA GRUPO CONTRIBUTIVO Y NO CONTRIBUTIVO.

PARENTESCO/AMPARO	EDAD MINIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO Todas las edades son más 364 días	EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA Todas las edades son más 364 días
CONYUGE	Las mismas del Asegurado Principal	Las mismas del Asegurado Principal	Las mismas del Asegurado Principal
HIJOS, HIJASTROS Y HERMANOS	2 años	35 años	39 años
PROGENITORES	35 años	69 años	74 años

2.10.8 EXCLUSIONES DEL AMPARO DE CANASTA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

APLICARÁN LAS EXCLUSIONES INDICADAS PARA EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, DESCRITAS EN EL PRESENTE CLAUSULADO.

2.11 AUXILIO POR MATERNIDAD O PATERNIDAD

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, PAGARÁ A LOS(AS) ASEGURADOS(AS) PRINCIPALES EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA COMO AUXILIO ÚNICO DE MATERNIDAD Y/O PATERNIDAD, POR UN HIJO O VARIOS HIJOS (PARTO MÚLTIPLE) NACIDOS VIVOS O UN HIJO ADOPTADO O ADOPCIÓN MÚLTIPLE, SIEMPRE Y CUANDO LA CONCEPCIÓN DEL EMBARAZO O LA FORMALIZACIÓN LEGAL DE LA ADOPCIÓN SE HAYA DADO TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS DESDE LA FECHA DE INCLUSIÓN DEL ASEGURADO(A) AL PRESENTE AMPARO Y SE EFECTÚE EL PARTO O LA ADOPCIÓN LEGAL DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO.

EN CASO QUE EL NEONATO FALLEZCA EN EL MOMENTO DEL PARTO O NAZCA SIN VIDA, SE EXTENDERÁ ESTE AMPARO ÚNICAMENTE RESPECTO DE LA MADRE ASEGURADA, OTORGANDO EL AUXILIO DE MATERNIDAD, SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA CULMINADO EL PERIODO DE GESTACIÓN (MÍNIMO 36 SEMANAS).

ESTA COBERTURA APLICA POR UNA ÚNICA VEZ, POR ASEGURADO, POR VIGENCIA.

2.11.1 EDADES

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO DE AUXILIO POR MATERNIDAD O PATERNIDAD MODALIDAD DE SEGURO VIDA GRUPO CONTRIBUTIVO Y NO CONTRIBUTIVO.

COBERTURA	EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA
AUXILIO POR MATERNIDAD O PATERNIDAD	14 años	59 años y 364 días	65 años y 364 días

2.11.2 EDADES DEL GRUPO FAMILIAR

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO DE AUXILIO POR MATERNIDAD O PATERNIDAD PARA EL CONYUGE DEL GRUPO FAMILIAR MODALIDAD DE SEGURO VIDA GRUPO CONTRIBUTIVO Y NO CONTRIBUTIVO.

PARENTESCO/AMPARO	EDAD MINIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO Todas las edades son más 364 días	EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA Todas las edades son más 364 días
CONYUGE	Las mismas del Asegurado Principal	Las mismas del Asegurado Principal	Las mismas del Asegurado Principal

2.11.3 EXCLUSIONES DEL AMPARO AUXILIO POR MATERNIDAD O PATERNIDAD

EL PRESENTE AMPARO SE OTORGA SIN EXCLUSIONES.

2.12 AUXILIO DE REPATRIACIÓN

EL EVENTO EN QUE EL ASEGURADO FALLEZCA EN UN PAÍS DIFERENTE A SU PAÍS DE ORIGEN, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PAGARÁ LA INDEMNIZACIÓN A QUIEN DEMUESTRE HABER SUFRAGADO LOS GASTOS DE LA REPATRIACIÓN EN LOS QUE SE HAYA INCURRIDO, DENTRO DEL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO CONTRATADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA COMO AUXILIO POR REPATRIACIÓN, SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA SURTIDO EL TRÁMITE DE REPATRIACIÓN DEL CUERPO O DE CENIZAS; NO OBSTANTE, LA COMPAÑÍA NO ASUMIRÁ LOS GASTOS RELACIONADOS CON LA CREMACIÓN DEL CUERPO, NI LA RESPONSABILIDAD EN LA ATENCIÓN DEL SERVICIO DE REPATRIACIÓN.

2.12.1 EDADES

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO DE AUXILIO DE REPATRIACIÓN MODALIDAD DE SEGURO VIDA GRUPO CONTRIBUTIVO Y NO CONTRIBUTIVO.

COBERTURA	EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA
AUXILIO DE REPATRIACIÓN	14 años	75 años y 364 días	INDEFINIDA O HASTA LA FECHA EN QUE DEJE DE PERTENECER AL GRUPO ASEGURADO

2.12.2 EDADES DEL GRUPO FAMILIAR

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO DE AUXILIO DE REPATRIACIÓN PARA EL CONYUGE DEL GRUPO FAMILIAR MODALIDAD DE SEGURO VIDA GRUPO CONTRIBUTIVO Y NO CONTRIBUTIVO.

PARENTESCO/AMPARO	EDAD MINIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO Todas las edades son más 364 días	EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA Todas las edades son más 364 días
CONYUGE	Las mismas del Asegurado Principal	Las mismas del Asegurado Principal	Las mismas del Asegurado Principal

2.12.3 EXCLUSIONES DEL AMPARO AUXILIO DE REPATRIACIÓN

SEGÚN SEA EL CASO, APLICARAN LAS EXCLUSIONES INDICADAS PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE.

2.13 AUXILIO DE TRASLADO DEL CUERPO

EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, RECONOCERÁ UN AUXILIO PARA EL TRASLADO DEL CUERPO, DENTRO DEL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO CONTRATADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, COMO AUXILIO POR TRASLADO DEL CUERPO, HASTA EL SITIO HABITUAL DE RESIDENCIA DENTRO DEL TERRITORIO COLOMBIANO, SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA SURTIDO ESTE TRÁMITE; NO OBSTANTE, LA COMPAÑÍA NO ASUME RESPONSABILIDAD EN LA ATENCIÓN DEL SERVICIO DEL TRASLADO DEL CUERPO.

2.13.1 EDADES

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO DE TRASLADO DEL CUERPO MODALIDAD DE SEGURO VIDA GRUPO CONTRIBUTIVO Y NO CONTRIBUTIVO.

COBERTURA	EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA
AUXILIO DE TRASLADO DEL CUERPO	14 años	75 años y 364 días	INDEFINIDA O HASTA LA FECHA EN QUE DEJE DE PERTENECER AL GRUPO ASEGURADO

2.13.2 EDADES DEL GRUPO FAMILIAR

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO DE TRASLADO DEL CUERPO PARA EL CONYUGE DEL GRUPO FAMILIAR MODALIDAD DE SEGURO VIDA GRUPO CONTRIBUTIVO Y NO CONTRIBUTIVO.

PARENTESCO/AMPARO	EDAD MINIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO Todas las edades son más 364 días	EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA Todas las edades son más 364 días
CONYUGE	Las mismas del Asegurado Principal	Las mismas del Asegurado Principal	Las mismas del Asegurado Principal

2.13.3 EXCLUSIONES DEL AMPARO TRASLADO DEL CUERPO

SEGÚN SEA EL CASO, APLICARÁN LAS EXCLUSIONES INDICADAS PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE.

2.14 AMPARO FAMILIAR

EL PRESENTE AMPARO TIENE POR OBJETO OTORGAR COBERTURA A LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR DEL ASEGURADO PRINCIPAL, DE LA SIGUIENTE MANERA:

	CÓNYUGE	HIJOS, HIJASTROS Y HERMANOS	PROGENITORES
(MUERTE POR CUALQUIER CAUSA), AUXILIOS DE CANASTA	MÁXIMO 100% DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO PRINCIPAL	MÁXIMO 25% DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO PRINCIPAL	MÁXIMO 25% DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO PRINCIPAL
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	MÁXIMO 100% DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO PRINCIPAL	N.A.	N.A.
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL	MÁXIMO 100% DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO PRINCIPAL	MÁXIMO 25% DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO PRINCIPAL	MÁXIMO 25% DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO PRINCIPAL
DESMEMBRACIÓN Y/O INHABILITACIÓN ACCIDENTAL	MÁXIMO 100% DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO PRINCIPAL	MÁXIMO 25% DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO PRINCIPAL	MÁXIMO 25% DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO PRINCIPAL
AUXILIO FUNERARIO	MÁXIMO 100% DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO PRINCIPAL	MÁXIMO 50% DEL AMPARO BASICO	MÁXIMO 50% DEL AMPARO BASICO
GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE	MÁXIMO 100% DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO PRINCIPAL	N.A.	N.A.
ENFERMEDADES GRAVES, RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN, UCI, TRATAMIENTO MÉDICO Y PARTO / CESARIA	MÁXIMO 50% DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO PRINCIPAL	MÁXIMO 50% DEL AMPARO BASICO	MÁXIMO 50% DEL AMPARO BASICO
POST HOSPITALARIO	MÁXIMO 100% DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO PRINCIPAL	N.A.	N.A.
RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE	N.A.	N.A.	N.A.
AUXILIO POR MATERNIDAD, AUXILIO DE REPATRIACIÓN, AUXILIO DE TRASLADO DEL CUERPO	MÁXIMO 100% DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO PRINCIPAL	N.A.	N.A.

2.14.1 EXCLUSIONES

LAS EXCLUSIONES PARA ESTOS AMPAROS SON LAS MISMAS INDICADAS EN EL PRESENTE CLAUSULADO GENERAL NUMERALES 1 Y 2.

CLAUSULA SEGUNDA. DEFINICIONES

3. DEFINICIONES

PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO Y DONDE QUIERA QUE SE UTILICEN, LAS SIGUIENTES EXPRESIONES SIGNIFICARÁN:

1. SECTOR FINANCIERO:

EL SISTEMA FINANCIERO COLOMBIANO ESTÁ CONFORMADO POR UN CONJUNTO DE ORGANISMOS E INSTITUCIONES, TANTO PÚBLICAS COMO PRIVADAS, POR MEDIO DE LAS CUALES SE CAPTAN, ADMINISTRAN, REGULAN Y DIRIGEN LOS RECURSOS FINANCIEROS QUE SE NEGOCIAN ENTRE LOS DIVERSOS AGENTES ECONÓMICOS LLÁMENSE EMPRESAS, ESTADO Y/O SECTOR PÚBLICO. ESTÁ INTEGRADO POR LOS ESTABLECIMIENTOS DE CRÉDITO, LAS SOCIEDADES DE SERVICIOS FINANCIEROS Y OTROS ESTABLECIMIENTOS FINANCIEROS QUE AGRUPAN LAS DIFERENTES LÍNEAS DE NEGOCIO DEL SECTOR Y ESTÁN VIGILADOS POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA.

2. ASEGURADOR

COMPAÑÍA ASEGURADORA (ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA., ENTIDAD COOPERATIVA).

3. TOMADOR

ES LA PERSONA JURÍDICA QUE, POR TENER INTERÉS ASEGURABLE, CONTRATA UN SEGURO POR CUENTA DE TERCEROS PARA ASEGURAR UN NÚMERO DETERMINADO DE PERSONAS. EL TOMADOR, ES EL RESPONSABLE DEL PAGO DE LA TOTALIDAD DE LAS PRIMAS CAUSADAS A TRAVÉS DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

4. GRUPO ASEGURABLE

CONJUNTO DE PERSONAS NATURALES, NO SIENDO ESTE GRUPO INFERIOR A 10 PERSONAS, CON POTENCIALIDAD DE CONVERTIRSE EN UN GRUPO ASEGURADO, VINCULADOS BAJO UNA MISMA PERSONERÍA JURÍDICA, EN VIRTUD DE UNA SITUACIÓN LEGAL O REGLAMENTARIA, O QUE TENGAN CON UNA TERCERA PERSONA (TOMADOR) RELACIONES ESTABLES DE LA MISMA NATURALEZA Y CUYO VINCULO NO SE PRESENTE CON EL PROPÓSITO DE CONTRATAR EL SEGURO DE VIDA.

5. GRUPO ASEGURADO

CONJUNTO DE MIEMBROS DEL GRUPO ASEGURABLE CUYA VIDA SE ASEGURA DESDE LA FECHA EN QUE CUMPLEN CON LOS REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD, POR LAS SUMAS Y EN LOS TÉRMINOS ESPECIFICADOS EN ESTA PÓLIZA.

6. ASEGURADO

ES CADA UNA DE LAS PERSONAS DEL GRUPO ASEGURADO.

7. VALOR ASEGURADO

VALOR DE LAS COBERTURAS CONTRATADAS Y QUE DETERMINA LA MÁXIMA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE AFECTACIÓN DE UNA O VARIAS DE LAS COBERTURAS CONTRATADAS.

8. ENFERMEDAD

ALTERACIÓN DE LA SALUD EN DETRIMENTO DE UNA PERSONA COMO RESULTADO DE LA ACCIÓN DE MÚLTIPLES FACTORES QUE MENOSCABAN LA CAPACIDAD PERSONAL, LABORAL, FAMILIAR Y SOCIAL DE QUIEN LA PADECE Y QUE REQUIERE DE ATENCIÓN MÉDICA O QUIRÚRGICA.

9. ACCIDENTE

ES EL SUCESO IMPREVISTO, VIOLENTO, VISIBLE, DE ORIGEN EXTERNO, QUE NO DEPENDE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO Y QUE EN FORMA DIRECTA PRODUCE LESIONES CORPORALES VISIBLES O LESIONES INTERNAS MÉDICAMENTE COMPROBABLES.

10. TRATAMIENTO

CONJUNTO DE MEDIOS PREVISTOS PARA LA CURACIÓN O ALIVIO DE UNA ENFERMEDAD O UNA LESIÓN POR ACCIDENTE.

11. MÉDICO

ES LA PERSONA NATURAL QUE, CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS LEGALES, ESTÁ AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN EN EL ÁREA CLÍNICA, QUIRÚRGICA O DE APOYO DIAGNÓSTICO O ASISTENCIAL.

12. CENTRO HOSPITALARIO

ESTABLECIMIENTO LEGALMENTE REGISTRADO Y AUTORIZADO POR LA LEGISLACIÓN COLOMBIANA QUE REÚNE LAS CONDICIONES EXIGIDAS PARA ATENDER A LOS ENFERMOS. NO SE CONSIDERAN CENTROS HOSPITALARIOS PARA EFECTOS DE ESTA PÓLIZA LOS SIGUIENTES ESTABLECIMIENTOS:

- A. INSTITUCIONES PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES SIQUIÁTRICAS Y MENTALES.
- B. LUGARES DE REPOSO, CONVALECENCIA O DESCANSO PARA ANCIANOS, DROGADICTOS O ALCOHÓLICOS.
- C. LUGARES DONDE SE PROPORCIONAN TRATAMIENTOS NATURISTAS.

13. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ES EL LUGAR DE CUIDADO ESPECIALIZADO UBICADO EN UN CENTRO HOSPITALARIO DOTADO CON RECURSOS HUMANOS Y EQUIPOS ESPECIALES, DONDE SE PRESTA ATENCIÓN PERMANENTE AL PACIENTE CRÍTICO.

14. DIAGNÓSTICO

ES TODA IDENTIFICACIÓN DE UNA ENFERMEDAD FUNDÁNDOSE EN LOS SÍNTOMAS MANIFESTADOS POR EL ENFERMO, CONFIRMADAS POR EVIDENCIAS CLÍNICAS Y PARACLÍNICAS.

15. ENFERMEDAD PREEXISTENTE

ES CUALQUIER PATOLOGÍA, AFECCIÓN O CONDICIÓN MÉDICA, DIAGNOSTICADA O MANIFESTADA CON ANTERIORIDAD A LA ENTRADA EN VIGENCIA DE LA PÓLIZA O LA FECHA DE INGRESO DE CADA ASEGURADO, SEAN ESTAS AGUDAS O CRÓNICAS, QUEDARÁN EXCLUIDAS DE LAS COBERTURAS OTORGADAS BAJO EL CONTRATO DE SEGURO QUE SE CELEBRE, SALVO MANIFESTACIÓN EXPRESA EN CONTRARIO DE LA ASEGURADORA. CUANDO LA PATOLOGÍA PRINCIPAL SEA PREEXISTENTE, QUEDARÁN ADEMÁS EXCLUIDAS TODAS AQUELLAS PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON ELLA

16. DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

RETICENCIA QUIERE DECIR OMISIÓN, AUSENCIA DE EXPRESIÓN, AUSENCIA DE MANIFESTACIÓN DE COSAS QUE DEBEN SER DECLARADAS. EXPRESIÓN INCOMPLETA, DISTORSIONADA O CONFUSA DE HECHOS CIERTOS. DECLARACIÓN INEXACTA, O ERRÓNEA; CONTRARIA A LA VERDAD, O A LA REALIDAD FÍSICA DE LOS HECHOS, BIEN SEA POR OMISIÓN O POR OCULTAMIENTO DE SITUACIONES QUE PUDIERAN LLEGAR A AGRAVAR EL RIESGO. RESPECTO A LO ANTERIOR 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 O AÚN, CUANDO ESTE NO LES HAYA SIDO APLICADO DE ACUERDO A LAS CONDICIONES DE LA POLIZA.

LA RETICENCIA O INEXACTITUD SOBRE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE, CONOCIDOS POR ASEGURADORA SOLIDARIA, LA HUBIEREN RETRAÍDO DE CELEBRAR EL CONTRATO O INDUCIRLO A ESTIPULAR CONDICIONES MÁS ONEROSAS, PRODUCEN LA NULIDAD RELATIVA DEL PRESENTE CONTRATO O DE SUS CERTIFICADOS.

17. PERIODO DE HOSPITALIZACIÓN

COMPRENDE TODAS LAS HOSPITALIZACIONES CONTINUAS O DISCONTINUAS QUE REQUIERA CUALQUIERA DE LOS ASEGURADOS, DEBIDAS A UNA MISMA CAUSA O RELACIONADAS ENTRE SÍ.

18. BENEFICIOS

SON LOS LÍMITES MÁXIMOS QUE POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIÓN RECONOCE LA COMPAÑÍA, DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES QUE SE ESTABLECEN EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN SUS ANEXOS.

19. EVENTO

ACTO O HECHO IMPREVISTO, NO INTENCIONAL, IDENTIFICABLE EN UN MOMENTO Y LUGAR, ORIGINADO POR UNA CAUSA VIOLENTA, SÚBITA, EXTERNA E INVOLUNTARIA, EL CUAL PRODUCE DAÑOS O DESTRUCCIÓN DE COSAS O LESIONES, INCAPACIDAD O MUERTE EN LAS PERSONAS.

20. PERIODO DE CARENCIA

TIEMPO QUE DEBE TRANSCURRIR ENTRE EL MOMENTO EN QUE SE FORMALIZA EL CONTRATO DE SEGURO E INICIA SU VIGENCIA, Y DURANTE EL CUAL NO HAY COBERTURA.

21. USO DE RED

ES EL CANAL MEDIANTE EL CUAL PERMITE A LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS COMERCIALIZAR, PROMOVER Y GESTIONAR PRODUCTOS HACIENDO USO DE LA RED DE LAS ENTIDADES VIGILADAS POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA.

22. SUPERACIÓN DE LA ENFERMEDAD

DESDE LA PERSPECTIVA ONCOLÓGICA, EL TÉRMINO "SUPERACIÓN DE LA ENFERMEDAD" NO CORRESPONDE A UNA CATEGORÍA CLÍNICA FORMAL UNIVERSALMENTE DEFINIDA. NO OBSTANTE, SU INTERPRETACIÓN PUEDE ALINEARSE CON CONCEPTOS ESTANDARIZADOS COMO LA REMISIÓN COMPLETA (COMPLETE REMISSION) Y LA AUSENCIA DE EVIDENCIA DE ENFERMEDAD (NO EVIDENCE OF DISEASE – NED), LOS CUALES DESCRIBEN LA DESAPARICIÓN DE TODA MANIFESTACIÓN CLÍNICA, RADIOLÓGICA O BIOQUÍMICA DE LA NEOPLASIA TRAS TRATAMIENTO CON INTENCIÓN CURATIVA.

23. RECAIDA

DESDE EL PUNTO DE VISTA CLÍNICO, LA RECAÍDA O RECURRENCIA SE DEFINE COMO LA REAPARICIÓN DEL MISMO CÁNCER TRAS UN PERIODO DE REMISIÓN, PUDIENDO PRESENTARSE A NIVEL LOCAL, REGIONAL O A DISTANCIA. ES IMPORTANTE DIFERENCIAR LA RECAÍDA DE LA APARICIÓN DE UNA SEGUNDA NEOPLASIA PRIMARIA, LA CUAL CORRESPONDE A UN TUMOR INDEPENDIENTE DE LA INICIAL Y CON COMPORTAMIENTO BIOLÓGICO DISTINTO. EN CUANTO AL TIEMPO NECESARIO PARA CONSIDERAR QUE EL RIESGO DE RECAÍDA ES COMPARABLE AL DE LA POBLACIÓN GENERAL, NO EXISTE UN UMBRAL UNIVERSAL APLICABLE A TODOS LOS TIPOS DE CÁNCER. SI BIEN EN MÚLTIPLES NEOPLASIAS EL RIESGO DISMINUYE SIGNIFICATIVAMENTE DESPUÉS DE CINCO AÑOS LIBRES DE ENFERMEDAD, EN OTRAS PERSISTE DURANTE PERIODOS MÁS PROLONGADOS. EN CONSECUENCIA, LOS PLAZOS ESTABLECIDOS POR LA LEY 2475 DE 2025 DEBEN ENTENDERSE COMO DEFINICIONES NORMATIVAS CON FINES DE POLÍTICA PÚBLICA, Y NO COMO EQUIVALENTES EXACTOS DEL RIESGO BIOLÓGICO INDIVIDUAL.

Referencia Bibliográfica: Aplica para numerales 22 y 23:

1. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Cancer Survivorship Definitions and Care Models. J Clin Oncol. 2014
2. European Society for Medical Oncology (ESMO). Survivorship Guidelines. Ann Oncol. 2026
3. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Clinical Practice Guidelines in Oncology. 2026
4. Eisenhauer EA et al. New response evaluation criteria in solid tumours: Revised RECIST guideline (version 1.1). Eur J Cancer. 2009.
5. Mariotto AB et al. Cancer cure: models and estimation. J Natl Cancer Inst. 2011
6. Oeffinger KC et al. American Cancer Society survivorship care guidelines. CA Cancer J Clin. 2015.
7. Pan H et al. 20-Year Risks of Breast-Cancer Recurrence after Stopping Endocrine Therapy. N Engl J Med. 2017.
8. Sung H et al. Global cancer statistics. CA Cancer J Clin. 2022
9. Miller KD et al. Cancer treatment and survivorship statistics. CA Cancer J Clin. 2022

10. National Cancer Institute (NCI). Dictionary of Cancer Terms.
11. ESMO Guidelines Committee. Long-term survivorship recommendations. 2017
12. NCCN Survivorship Guidelines. Version 2.2026

4. DEDUCCIONES

UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE, EL SEGURO DE VIDA GRUPO TERMINARÁ.

SI ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, REALIZA UN PAGO POR DESMEMBRACIÓN, ÉSTE SE DEDUCE DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE. EN CONSECUENCIA, CUANDO SE RECONOZCA UNA INDEMNIZACIÓN POR ESTE AMPARO EQUIVALENTE AL 100% DEL VALOR ASEGURADO, QUEDARÁ CANCELADO EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE Y EL SEGURO TERMINARÁ.

EN CASO TAL QUE LA PÓLIZA TENGA EL AMPARO OPCIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES, CUALQUIER INDEMNIZACIÓN POR ESTE CONCEPTO NO ES ACUMULABLE AL AMPARO BÁSICO DE FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA Y, POR LO TANTO, UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR DICHO AMPARO, ESTE PAGO SERÁ DEDUCIDO DEL QUE PUEDA CORRESPONDER POR EL AMPARO BÁSICO, ASÍ COMO POR EL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

5. COEXISTENCIAS DE AMPAROS

SI COMO CONSECUENCIA DE UN MISMO EVENTO, SE DA LA AFECTACIÓN DE DOS O MAS AMPAROS ADICIONALES, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA PAGARÁ LA INDEMNIZACIÓN DEL AMPARO CON MAYOR BENEFICIO PARA EL ASEGURADO, SALVO SOLICITUD EN CONTRA DE ESTE.

CLAUSULA TERCERA. MODALIDADES DEL SEGURO

DE ACUERDO CON LO INDICADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA EL SEGURO PUEDE CORRESPONDER A UNA DE LAS SIGUIENTES MODALIDADES.

- **SEGURO DE GRUPO CONTRIBUTIVO**
ES AQUEL CUYA PRIMA ES SUFRAGADA, EN SU TOTALIDAD O EN PARTE, POR LOS INTEGRANTES DEL GRUPO ASEGURADO.
- **SEGURO DE GRUPO NO CONTRIBUTIVO**
ES AQUEL CUYA PRIMA ES SUFRAGADA EN SU TOTALIDAD POR EL TOMADOR DEL SEGURO.

CLAUSULA CUARTA. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

TODOS LOS ASEGURADOS, DEPENDIENDO DEL VALOR ASEGURADO Y EDAD, QUE INGRESEN A FORMAR PARTE DEL GRUPO ASEGURADO, DEBEN CUMPLIR CON LOS SIGUIENTES REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD:

REQUISITOS:

EDADES	VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL	REQUISITOS
	Hasta \$200.000.000	Solicitud Individual (declaración de asegurabilidad)
	De \$200.000.001 a \$350.000.000	Solicitud Individual Examen Médico General (Forma SV-03) Análisis de Orina Completo Electrocardiograma en reposo
	Superior a \$350.000.001	Solicitud Individual Examen Médico General (Forma SV-03) Análisis de Orina Completo

Hasta 69 años + 364 días		<i>Electrocardiograma en reposo</i> <i>Análisis de sangre (completo)</i> • Hemograma • Glicemia • Creatinina • Colesterol • Triglicéridos • Transaminasas • Prueba Elisa
De 70 años a 75 años + 364 días	<i>Hasta \$50.000.000</i>	<i>Solicitud Individual (declaración de asegurabilidad)</i>
	<i>De \$50.000.001 a \$100.000.000</i>	<i>Solicitud Individual</i> <i>Examen Médico General (Forma SV-03)</i> <i>Análisis de Orina Completo</i> <i>Electrocardiograma en reposo</i>
	<i>De \$100.000.001 a \$250.000.000</i>	<i>Solicitud Individual</i> <i>Examen Médico General (Forma SV-03)</i> <i>Análisis de Orina Completo</i> <i>Electrocardiograma en reposo</i> <i>Análisis de sangre (completo)</i> • Hemograma • Glicemia • Creatinina • Colesterol • Triglicéridos • Transaminasas • Prueba Elisa)

NOTAS:

CADA ASEGURADO DEBE DILIGENCIAR PERSONALMENTE LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD. CUANDO EL ASEGURADO EN LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD CONTESTE AFIRMATIVAMENTE QUE HA SUFRIDO UNA ENFERMEDAD, DEBE ENVIAR EL INFORME DEL MÉDICO TRATANTE Y/O EL RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA, DONDE CONSTE LA FECHA DE DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES DECLARADAS Y SU EVOLUCIÓN HASTA LA FECHA.

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, SE RESERVA EL DERECHO A EXTRAPRIMAR, NO OTORGAR COBERTURA, APLAZAR O RECHAZAR LOS RIESGOS QUE ESTIME CONVENIENTES Y SE RESERVA EL DERECHO A SOLICITAR PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.

SE ENTIENDE POR EXTRAPRIMADO, EL SOLICITANTE QUE POR LA AGRAVACIÓN DE SU ESTADO DE SALUD O POR SU ACTIVIDAD HABITUAL, AFICIÓN O HÁBITOS, PAGA UNA SUMA ADICIONAL DE DINERO PARA EQUILIBRAR EL VALOR DE LA PRIMA CON LOS RIESGOS QUE NO PRESENTAN ESTE TIPO DE AGRAVACIONES.

CLAUSULA QUINTA. VIGENCIA DE LOS AMPAROS INDIVIDUALES

LOS AMPAROS INDIVIDUALMENTE CONSIDERADOS, SÓLO ENTRARÁN EN VIGOR A PARTIR DE LA FECHA EN QUE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA COMUNIQUE POR ESCRITO SU APROBACIÓN AL TOMADOR.

INDEPENDIENTEMENTE DEL MOMENTO EN QUE LA PERSONA INGRESE A FORMAR PARTE DEL GRUPO ASEGURADO, LA PRESENTE PÓLIZA VENCE EN LA MISMA FECHA, PARA TODO EL GRUPO ASEGURADO.

CLÁUSULA SEXTA. TERMINACIÓN UNILATERAL DEL SEGURO

LA PÓLIZA DE SEGURO PODRÁ SER REVOCADA POR EL TOMADOR EN CUALQUIER MOMENTO.

EL SEGURO DE CUALQUIERA DE LAS PERSONAS AMPARADAS POR LA PRESENTE PÓLIZA Y SUS AMPAROS ADICIONALES TERMINARÁ POR LAS SIGUIENTES CAUSAS:

- A. POR EL NO PAGO DE LA PRIMA DE PARTE DEL TOMADOR, VENCIDO EL PERIODO DE GRACIA.
- B. AL VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA SI ÉSTA NO SE RENUEVA.
- C. CUANDO EL ASEGURADO, POR ESCRITO, SOLICITA SU EXCLUSIÓN DE LA PÓLIZA
- D. POR CUMPLIR EL ASEGURADO O MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA INDICADA EN CADA AMPARO.
- E. POR REVOCACIÓN
- F. CUANDO AL MOMENTO DE RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, EL GRUPO ASEGURADO SEA INFERIOR A DIEZ (10) ASEGURADOS PRINCIPALES
- G. CUANDO EL ASEGURADO DEJE DE PERTENECER AL GRUPO ASEGURADO.
- H. PARA LOS FAMILIARES, CUANDO EL ASEGURADO PRINCIPAL DEJE DE PERTENECER AL GRUPO ASEGURADO.
- I. EN LOS EVENTOS DE MUERTE O CALIFICACIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO PRINCIPAL; EL SEGURO PARA LOS FAMILIARES ASEGURADOS TERMINARÁ AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA ESTIPULADA EN LA PÓLIZA O EN SUS ANEXOS DE RENOVACIÓN.

PARÁGRAFO. EN EL CASO DE LAS CAUSALES DE TERMINACIÓN PREVISTAS EN LOS LITERALES D, F, G, H, I ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, NOTIFICARÁ PREVIAMENTE DICHA CAUSAL AL ASEGURADO.

CLAUSULA SEPTIMA. RENOVACION

LA PRESENTE PÓLIZA ES RENOVABLE ANUALMENTE A VOLUNTAD DE LAS PARTES CONTRATANTES. SI LAS PARTES CON UNA ANTICIPACIÓN NO MENOR DE UN MES A LA FECHA DE SU VENCIMIENTO NO MANIFIESTEN LO CONTRARIO, EL CONTRATO SE ENTENDERÁ RENOVADO AUTOMÁTICAMENTE POR UN PERIODO IGUAL AL PACTADO, SIN PERJUICIO DE LO PACTADO EN LA CONDICIÓN SÉPTIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

CLAUSULA OCTAVA. SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL

EL VALOR ASEGURADO ES EL SEÑALADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL PARA CADA COBERTURA Y ACORDADO CON LA EMPRESA TOMADORA DEL SEGURO, EL CUAL SERÁ EL INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, O EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, O SUS RENOVACIONES.

CLAUSULA NOVENA. PAGO DE PRIMAS

EL PAGO DE LA PRIMERA PRIMA, ES CONDICIÓN INDISPENSABLE PARA LA VIGENCIA DEL SEGURO. PARA EL PAGO DE LAS DEMÁS PRIMAS, SEAN SEMESTRALES, TRIMESTRALES O MENSUALES, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, CONCEDE UN PLAZO DE GRACIA DE UN (1) MES CALENDARIO, A PARTIR DE LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO. DURANTE DICHO PLAZO SE CONSIDERA EL SEGURO EN VIGOR Y POR CONSIGUIENTE SI, OCURRE ALGÚN SINIESTRO, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, TENDRÁ LA OBLIGACIÓN DE PAGAR HASTA EL VALOR ASEGURADO CORRESPONDIENTE, PREVIA DEDUCCIÓN DE LAS PRIMAS O FRACCIONES CAUSADAS Y PENDIENTES DE PAGO POR PARTE DEL TOMADOR, HASTA COMPLETAR LA VIGENCIA RESPECTIVA.

SI LAS PRIMAS POSTERIORES A LA PRIMERA NO FUEREN PAGADAS ANTES DE VENCERSE EL PLAZO DE GRACIA, SE PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA QUEDARÁ LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD POR SINIESTROS OCURRIDOS DESPUÉS DE LA EXPIRACIÓN DE DICHO PLAZO.

CLAUSULA DÉCIMA. BENEFICIARIO

EL BENEFICIARIO PODRÁ SER NOMBRADO A TÍTULO GRATUITO O A TÍTULO ONEROSO, SERÁ BENEFICIARIO A TÍTULO GRATUITO, AQUEL CUYA DESIGNACIÓN TIENE POR CAUSA LA MERA LIBERALIDAD DEL TOMADOR O DEL ASEGURADO. EN LOS DEMÁS CASOS, EL BENEFICIARIO SERÁ A TÍTULO ONEROSO.

EN DEFECTO DE ESTIPULACIÓN EXPRESA EN LA PÓLIZA, SE PRESUMIRÁ QUE, EL BENEFICIARIO HA SIDO DESIGNADO A TÍTULO GRATUITO.

EL ASEGURADO, SALVO EN EL SEGURO DE VIDA DEUDORES, PODRÁ CAMBIAR DE BENEFICIARIO EN CUALQUIER MOMENTO, PERO TAL CAMBIO SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA FECHA DE NOTIFICACIÓN POR ESCRITO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA.

EL TOMADOR NO PODRÁ INTERVENIR EN LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS NI FIGURAR COMO TAL, SALVO QUE SEA A TÍTULO ONEROSO EN LOS SEGUROS DE VIDA DE GRUPO DEUDORES.

EN EL EVENTO EN QUE EL BENEFICIARIO SEA A TÍTULO GRATUITO Y OCURRA EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO, SIN QUE SE HAYA DESIGNADO BENEFICIARIO, O LA DESIGNACIÓN SE HICIERE INEFICAZ O QUEDARE SIN EFECTO POR CUALQUIER CAUSA, O FALLECIERA SIMULTÁNEAMENTE CON EL ASEGURADO O SE IGNORE CUÁL DE LOS DOS HA MUERTO PRIMERO, SERÁN BENEFICIARIOS LOS DE LEY, CONFORME AL ARTICULO 1142 DEL CÓDIGO DE COMERCIO

CLAUSULA DÉCIMA PRIMERA. AVISO DE SINIESTRO

EN CASO DE SINIESTRO QUE PUEDA DAR LUGAR A RECLAMACIÓN BAJO LA PÓLIZA, SUS AMPAROS ADICIONALES, O ANEXOS EL TOMADOR O EL BENEFICIARIO, SEGÚN EL CASO, DEBERÁN DAR AVISO DEL SINIESTRO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, DENTRO DE LOS TRES (3) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE HAYA CONOCIDO, O DEBIDO CONOCER SU OCURRENCIA, EN CASO DE MUERTE, EL AVISO SE DARÁ DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS COMUNES SIGUIENTES A AQUEL EN QUE HAYA CONOCIDO O DEBIDO CONOCER SU OCURRENCIA, ASI COMO FACILITAR A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, LA INVESTIGACIÓN DEL SINIESTRO.

PARÁGRAFO.

SISTEMA SIMPLIFICADO PARA ATENCIÓN DE SINIESTROS

EL PLAZO DE SOLUCIÓN DE RECLAMACIONES ES DE 20 DÍAS CALENDARIO, CONTADOS DESDE LA FORMALIZACIÓN DE RECLAMO EN LOS TÉRMINOS DEL ART. 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, DICHO PLAZO SOLO APLICA PARA LAS PÓLIZAS QUE SE COMERCIALIZEN A TRAVÉS DEL CANAL USO DE RED.

CLAUSULA DÉCIMA SEGUNDA. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

SIN PERJUICIO DE LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL TOMADOR, ASEGURADO Y/O LOS BENEFICIARIOS PRESENTARÁN LAS PRUEBAS IDÓNEAS, PERTINENTES, FEHACIENTES Y SUFICIENTES QUE DETERMINEN LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO. DICHAS PRUEBAS DE MANERA ORIENTATIVA, SE SUGIEREN DE ACUERDO CON EL ALCANCE DE CADA UNA DE LAS COBERTURAS:

DE LO ANTERIOR, EN CASO DE RECLAMACIÓN, SE RECOMIENDAN APORTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

MUERTE, AUXILIO EXEQUIAL, AUXILIO CANASTA POR FALLECIMIENTO

- SOLICITUD INDIVIDUAL SEGURO DE VIDA (DE ACUERDO A CONDICIONES)
- FOTOCOPIA DE LA CÉDULA, EN CASO DE SER MENOR DE EDAD TARJETA DE IDENTIDAD O REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO
- REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN
- CERTIFICADO MÉDICO PRUEBA DE DEFUNCIÓN Y/O HISTORIA CLÍNICA COMPLETA, SÍ LA MUERTE FUE NATURAL, DONDE SE ESTABLEZCA LA ENFERMEDAD, FECHA DE DIAGNOSTICO
- ACTA DE LEVANTAMIENTO DE CADÁVER Y/O INFORME DE LA FISCALÍA EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL.
- DOCUMENTOS QUE ACREDITEN LA IDENTIDAD DE LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS Y EL PARENTESCO.
- EN CASO DE BENEFICIARIOS DE LEY, 2 DECLARACIONES EXTRA PROCESO QUE INDIQUEN LA EXISTENCIA CON MEJOR O IGUAL DERECHOS ADQUIRIDOS

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, AUXILIO CANASTA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

- SOLICITUD INDIVIDUAL SEGURO DE VIDA (DE ACUERDO A CONDICIONES)
- CALIFICACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, EMITIDA POR LA ENTIDAD COMPETENTE (JUNTA DE CALIFICACIÓN) DE ACUERDO CON LA LEY 100 DE 1993 Y SUS DECRETOS REGLAMENTARIOS Y/O HISTORIA CLÍNICA COMPLETA QUE PERMITA ESTABLECER LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL.
- FORMULARIO DE RECLAMACIÓN Y/O SOLICITUD FORMAL DE RECLAMACIÓN SUSCRITA POR EL ASEGURADO
- FOTOCOPIA DE LA CÉDULA, EN CASO DE SER MENOR DE EDAD TARJETA DE IDENTIDAD O REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO

INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACION

- HISTORIA CLÍNICA COMPLETA DEL ASEGURADO (ANTES DE INGRESAR A LA PÓLIZA Y EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE, SÍ ES EL CASO).
- FOTOCOPIA DE LA CÉDULA, EN CASO DE SER MENOR DE EDAD TARJETA DE IDENTIDAD O REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO
- DICTAMEN DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE LA EPS O DE LA JUNTA CALIFICADORA REGIONAL

ENFERMEDADES GRAVES

- SOLICITUD INDIVIDUAL SEGURO DE VIDA (DE ACUERDO A CONDICIONES)
- FOTOCOPIA DE LA CÉDULA, EN CASO DE SER MENOR DE EDAD TARJETA DE IDENTIDAD O REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO
- HISTORIA CLÍNICA Y/O INFORME MÉDICO QUE PERMITA ESTABLECER LA EXISTENCIA DE LA ENFERMEDAD, TIEMPO ESTIMADO DEL PADECIMIENTO DE LA MISMA, FECHA DE DIAGNÓSTICO TRATAMIENTO REQUERIDO
- FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN, RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL

- SOLICITUD INDIVIDUAL SEGURO DE VIDA (DE ACUERDO A CONDICIONES)
- HISTORIA CLÍNICA COMPLETA DEL ASEGURADO
- CERTIFICADO DEL NÚMERO DE DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN DE LA CLÍNICA Y/O INCAPACIDAD, ACOMPAÑADO DEL RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA DE LA ATENCIÓN.
- FOTOCOPIA DE LA CÉDULA, EN CASO DE SER MENOR DE EDAD TARJETA DE IDENTIDAD O REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO
- FORMULARIO DE RECLAMACIÓN.

GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE

- HISTORIA CLÍNICA COMPLETA DEL ASEGURADO
- FOTOCOPIA DE LA CÉDULA, EN CASO DE SER MENOR DE EDAD TARJETA DE IDENTIDAD O REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO
- FORMULARIO DE RECLAMACIÓN
- EL ASEGURADO PUEDE ACUDIR AL CENTRO MÉDICO DE SU PREFERENCIA Y LOS GASTOS CAUSADOS SERÁN REEMBOLSADOS A QUIEN DEMUESTRE HABER EFECTUADO EL PAGO POR MEDIO DE FÓRMULAS MÉDICAS Y FACTURAS DEBIDAMENTE ELABORADAS DE ACUERDO A NORMAS DIAN Y CÓDIGO DE COMERCIO, SIEMPRE Y CUANDO CUMPLA LAS CONDICIONES DEL CLAUSULADO GENERAL.

AUXILIO POR MATERNIDAD

- FOTOCOPIA DE LA CÉDULA, EN CASO DE SER MENOR DE EDAD TARJETA DE IDENTIDAD O REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO
- EN CASO DE NACIDO NO VIVO, APORTAR HISTORIA CLINICA

AUXILIO REPATRIACIÓN, AUXILIO TRASLADO DEL CUERPO

- FOTOCOPIA DE LA CÉDULA, EN CASO DE SER MENOR DE EDAD TARJETA DE IDENTIDAD O REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO

- REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN
- EN CASO DE REPATRIACIÓN O TRASLADO DEL CUERPO, SE DEBE REMITIR FACTURA ORIGINAL DEBIDAMENTE CANCELADA, RECLAMACIÓN FORMAL POR PARTE DE QUIEN SUFRAGÓ LOS GASTOS.

LO ANTERIOR, SIN PERJUICIO DE LA FACULTAD DE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR CUALQUIER OTRA PRUEBA O DOCUMENTO QUE ESTIME CONVENIENTE Y GUARDE RELACIÓN CON LA RECLAMACIÓN, Y DE FACULTAD DEL BENEFICIARIO DE ACREDITAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO POR CUALQUIER MEDIO PROBATORIO RECONOCIDO POR LA LEY.

CLAUSULA DÉCIMA TERCERA. PAGO DEL SINIESTRO

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ESTARÁ OBLIGADA A EFECTUAR EL PAGO HASTA EL VALOR ASEGURADO ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA PARA LO CUAL LA COMPAÑÍA, SOLICITARÁ EL DOCUMENTO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE - FUCC, DENTRO DEL MES SIGUIENTE, A LA FECHA EN QUE EL(OS) BENEFICIARIO(S) ACREDITEN LA OCURRENCIA Y CUANTIA, AÚN EXTRAJUDICIALMENTE, SU DERECHO ANTE LA COMPAÑÍA, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

CLAUSULA DÉCIMA CUARTA. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

EL ASEGURADO O BENEFICIARIO, SEGÚN CORRESPONDA, QUEDARÁ PRIVADO DE TODO DERECHO DERIVADO DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUANDO LA RECLAMACIÓN PRESENTADA, FUERE DE CUALQUIER MANERA FRAUDULENTO, O SI, EN APOYO A ELLA SE HICIEREN O UTILIZAREN DECLARACIONES FALSAS O SE EMPLEAREN OTROS MEDIOS O DOCUMENTOS ENGAÑOSOS O DOLOSOS.

CLAUSULA DÉCIMA QUINTA. ADHESIÓN

SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO SE PRESENTAN MODIFICACIONES A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, LEGALMENTE APROBADAS, QUE REPRESENTEN UN BENEFICIO EN FAVOR DEL ASEGURADO, TALES MODIFICACIONES SE CONSIDERARÁN AUTOMÁTICAMENTE INCORPORADAS A LA PÓLIZA, SIEMPRE QUE EL CAMBIO NO IMPLIQUE UN AUMENTO A LA PRIMA ORIGINALMENTE PACTADA Y LAS MISMAS HAYAN SIDO INFORMADAS Y SUMINISTRADAS AL CONSUMIDOR FINANCIERO.

CLAUSULA DÉCIMA SEXTA. MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO

EL PRESENTE CONTRATO SE CELEBRA, CON BASE EN LOS DATOS FACILITADOS POR EL TOMADOR Y ASEGURADO DE LA POLIZA; SU DECLARACIÓN SOBRE SU ESTADO DE SALUD, DOMICILIO, PROFESIÓN, OCUPACIÓN Y DEMÁS DATOS CONTENIDOS EN LOS CUESTIONARIOS PRESENTADOS POR ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, TODO LO CUAL, HA DETERMINADO LA ACEPTACIÓN DEL RIESGO Y EL CÁLCULO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE. SOLAMENTE RESPECTO DE LOS AMPAROS ADICIONALES, EL ASEGURADO O EL TOMADOR ESTÁ OBLIGADO A COMUNICAR A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, CUALQUIER MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

EN TAL VIRTUD, TANTO EL TOMADOR COMO EL ASEGURADO SE ENCUENTRAN OBLIGADOS A NOTIFICAR POR ESCRITO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS NO PREVISIBLES QUE SOBREVENGAN CON POSTERIORIDAD A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO Y QUE SIGNIFIQUEN AGRAVACIÓN DEL RIESGO. LA NOTIFICACIÓN DEBE HACERSE CON UNA ANTELACIÓN NO MENOR DE DIEZ (10) DÍAS HÁBILES A LA FECHA DE LA MODIFICACIÓN DEL RIESGO, SI ÉSTA DEPENDE DEL ARBITRIO DEL TOMADOR O ASEGURADO, O ES CONOCIDA POR ALGUNO DE ELLOS.

DEPENDIENDO DE LA MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, PODRÁ MODIFICAR LAS CONDICIONES TÉCNICAS Y ECONÓMICAS DEL PRESENTE CONTRATO A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE TENGA CONOCIMIENTO, DE DICHA MODIFICACIÓN POR PARTE DE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA.

CLAUSULA DÉCIMA SEPTIMA. DECLARACIÓN DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO SOBRE EL ESTADO DE RIESGO

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO ESTÁN OBLIGADOS A DECLARAR LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINEN EL ESTADO DE RIESGO, SEGÚN EL CUESTIONARIO QUE LE SEA PROPUESTO POR ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. LA RETICENCIA O LA INEXACTITUD SOBRE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE, CONOCIDOS POR ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, LA HUBIEREN RETRAÍDO DE CELEBRAR EL CONTRATO, O INDUCIDO A ESTIPULAR CONDICIONES MÁS ONEROSAS, PRODUCEN LA NULIDAD RELATIVA DEL SEGURO.

SI LA DECLARACIÓN NO SE HACE CON SUJECCIÓN A UN CUESTIONARIO DETERMINADO, LA RETICENCIA O LA INEXACTITUD PRODUCEN IGUAL EFECTO SI EL TOMADOR Y/O ASEGURADO A ENCUBIERTO POR CULPA, HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE, IMPLIQUEN AGRAVACIÓN OBJETIVA DEL ESTADO DEL RIESGO. SI LA INEXACTITUD O LA RETICENCIA PROVIENEN DE ERROR INCULPABLE DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO, EL CONTRATO NO SERÁ NULO, PERO ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, SÓLO 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 REPRESENTA, RESPECTO DE LA TARIFA O LA PRIMA ADECUADA AL VERDADERO ESTADO DEL RIESGO, EXCEPTO LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1160 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

ESTA SANCIÓN NO SE APLICA SI, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, ANTES DE CELEBRARSE EL CONTRATO, HA CONOCIDO O DEBIDO CONOCER LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS SOBRE LOS QUE VERSAN LOS VICIOS DE LA DECLARACIÓN, O SI, YA CELEBRADO EL CONTRATO, SE ALLANA A SUBSANARLOS O LOS ACEPTA EXPRESA O TÁCITAMENTE.

AUNQUE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PRESCINDA DEL EXÁMEN MÉDICO, EL ASEGURADO NO PODRÁ CONSIDERARSE EXENTO DE LAS OBLIGACIONES A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 1058 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, NI DE LAS SANCIONES A QUE SU INFRACCIÓN DÉ LUGAR.

CLAUSULA DÉCIMA OCTAVA. PRESCRIPCIÓN

LA PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL PRESENTE CONTRATO SE REGIRÁ DE CONFORMIDAD CON LOS TÉRMINOS CONSAGRADOS EN EL ARTÍCULO 1081 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

CLAUSULA DÉCIMA NOVENA. AMPAROS Y EXCLUSIONES

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, CON ESTRUCTURA SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y LÍMITES DE SUMA ASEGURADA, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES DEL TOMADOR Y DE LOS ASEGURADOS INDIVIDUALES, CONSIGNADAS EN LA PRESENTE PÓLIZA O SUS ANEXOS Y EN SUS SOLICITUDES, LAS CUALES SE INCORPORAN A ESTE CONTRATO DE SEGURO, CUBRE LOS RIESGOS RELACIONADOS, OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO, SALVO LAS EXCLUSIONES CONSIGNADAS EN CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES. IGUALMENTE, FORMAN PARTE DEL CONTRATO, TODAS LAS DECLARACIONES DE ASEGURABILIDAD, LOS CERTIFICADOS MÉDICOS Y CUALQUIER OTRO DOCUMENTO, ESCRITO Y ACEPTADO POR LAS PARTES, QUE GUARDE RELACIÓN CON EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.

CLAUSULA VIGÉSIMA. CONTINUIDAD DE COBERTURA

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, OTORGA AL GRUPO ASEGURADO VIGENTE AL MOMENTO DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA CONTINUIDAD DE COBERTURA QUE TUVIERAN CON OTRA ASEGURADORA, LO CUAL IMPLICA QUE SE AMPARAN LAS COBERTURAS CONTRATADAS Y HASTA POR EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO, ACEPTANDO DICHOS RIESGOS EN EL ESTADO EN QUE SE ENCUENTREN Y EN IGUALES CONDICIONES DE EDAD, ESTADO DE SALUD, CALIFICACIÓN DE EXTRAPRIMAS, PORCENTAJES, LIMITACIONES DE COBERTURA Y CAUSAS.

EN ESTA CLÁUSULA SE APLICARÁN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES, ALCANCES DE COBERTURA Y CLÁUSULAS DEFINIDAS POR ASEGURADORA SOLIDARIA, EN EL PRESENTE CONDICIONADO Y CONDICIONES PARTICULARES, INCLUYENDO, PERO, NO LIMITADO A LAS EDADES DE PERMANENCIA

PARA EFECTOS DE LAS PREEXISTENCIAS SE CUBREN LAS QUE SE HAYAN ADMITIDO EN LA PÓLIZA ANTERIOR, EXCEPTO PARA EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, TODA VEZ QUE SU COBERTURA Y POR CONSIGUIENTE LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA SE VA A ESTABLECER CON BASE EN LA FECHA DEL EVENTO GENERADOR Y FECHA ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD.

EN VIRTUD DE ESTA CLÁUSULA, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, SE SUBROGA EN LOS MISMOS DERECHOS Y OBLIGACIONES QUE PODRÍAN HABER ASISTIDO A LA ASEGURADORA QUE TENÍA EL RIESGO EN LA VIGENCIA INMEDIATAMENTE ANTERIOR, PARA TAL EFECTO SE DEJA CONSIGNADA LA OBLIGACIÓN DEL TOMADOR CONSISTENTE EN SUMINISTRAR A LA ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA; ENTIDAD COOPERATIVA RELACIÓN DE LAS PERSONAS ASEGURADAS EN LA COMPAÑÍA ANTERIOR CON LA SIGUIENTE INFORMACIÓN: NOMBRES, APELLIDOS, NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD, FECHA DE NACIMIENTO, FECHA DE INGRESO A LA PÓLIZA ANTERIOR, SUMA ASEGURADA, COBERTURAS CONTRATADAS, LIMITACIÓN DE COBERTURA; ANOTANDO SI EXISTE ALGÚN TIPO DE EXTRA PRIMA POR SALUD U OCUPACIÓN, SU RESPECTIVO PORCENTAJE Y CAUSA Y SUMINISTRO DE LA SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO DILIGENCIADA POR CADA ASEGURADO DEPENDIENDO DE LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD PACTADOS EN LA COMPAÑÍA ANTERIOR; LAS PERSONAS QUE SUPEREN LOS LÍMITES ESTABLECIDOS EN ESTA CLÁUSULA DEBERÁN CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD QUE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA; ENTIDAD COOPERATIVA, ESTIME CONVENIENTES.

CLAUSULA VIGÉSIMA PRIMERA. GARANTÍA DEL TOMADOR

SE OTORGA LA CONTINUIDAD DE AMPARO DESCRITA EN EL PUNTO ANTERIOR, BAJO LA GARANTÍA SUMINISTRADA POR EL TOMADOR DE INFORMAR LOS RIESGOS QUE HAN SIDO EXTRAPRIMADOS POR LA ASEGURADORA ANTERIOR, A FIN DE APLICAR ESTAS MISMAS EXTRA PRIMAS EN EL COBRO DE LA NUEVA PÓLIZA.

ASÍ MISMO, LA CONTINUIDAD DE AMPAROS QUEDA CONDICIONADA A QUE EL TOMADOR NOS INFORME POR ESCRITO SI TIENE CONOCIMIENTO DE QUE HAYA ASEGURADOS A LOS CUALES YA SE LES HUBIERE DIAGNOSTICADO ENFERMEDADES DE CARÁCTER TERMINAL.

CLAUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA. AMPARO AUTOMÁTICO

ES UNA FACILIDAD DE MANEJO ADMINISTRATIVO PARA UN GRUPO DE ASEGURADOS QUE CUMPLA UN TIEMPO DE ENTREGA DEL CERTIFICADO DE ASEGURABILIDAD, EDAD MÁXIMA DE INGRESO Y UN MONTO ESTIPULADO EN LA PÓLIZA, CON EL ÁNIMO QUE EL TOMADOR HAGA UN SÓLO REPORTE MENSUAL CON LOS INGRESOS DE ASEGURADOS QUE SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO DE SALUD, ADJUNTANDO AL REPORTE LAS DECLARACIONES DE ASEGURABILIDAD DEBIDAMENTE DILIGENCIADAS. LA CLÁUSULA DE AMPARO AUTOMÁTICO NO LIBERA AL ASEGURADO DEL DILIGENCIAMIENTO DE LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, DONDE EL MISMO, DEBE ENCONTRARSE EN BUEN ESTADO DE SALUD.

UNA VEZ SE RECIBAN LAS DECLARACIONES Y PREVIO ANÁLISIS DEL EL MÉDICO SUScriptor, LA COMPAÑÍA PODRÁ: AUTORIZAR EL INGRESO EN CONDICIONES NORMALES, APLICAR UN RECARGO, SOLICITAR INFORME MÉDICO TRATANTE O PRUEBAS MÉDICAS COMPLEMENTARIAS, CONDICIONAR COBERTURAS O NO ACEPTAR EL INGRESO. ESTA CONDICIÓN ES ACEPTADA POR EL TOMADOR.

CLAUSULA VIGÉSIMA TERCERA. AMPARO AUTOMÁTICO SIN DECLARACION DE ASEGURABILIDAD.

CON SUJECCIÓN A LO ESTIPULADO EN EL CÓDIGO DE COMERCIO Y EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, PODRÁ OTORGAR AL GRUPO ASEGURADO COBERTURA, SIN EL DILIGENCIAMIENTO DE LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, ESTABLECIENDO UNA EDAD MÁXIMA DE INGRESO Y UN VALOR ASEGURADO MÁXIMO, LOS DEMÁS ASEGURADOS QUE SUPEREN LA EDAD Y EL VALOR ASEGURADO DEBEN DILIGENCIAR LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

CON SUJECCIÓN A LO ESTIPULADO EN EL PÁRRAFO ANTERIOR, SE RATIFICA QUE PARA LOS VALORES ASEGURADOS QUE SEAN DESEMBOLSADOS BAJO ESTA CONDICIÓN, SE CUBRIRÁN LAS ENFERMEDADES PREEXISTENTES EN EL AMPARO BÁSICO DE VIDA (MUERTE POR CUALQUIER CAUSA).

RESPECTO A LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, PARA QUE EXISTA COBERTURA, EL EVENTO GENERADOR DEBE HABERSE DADO POSTERIOR AL INICIO DEL INGRESO COMO ASEGURADO, Y SE TOMARÁ COMO FECHA DE SINIESTRO LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA MISMA

CLAUSULA VIGÉSIMA CUARTA. NOTIFICACIONES

CUALQUIER ACLARACIÓN QUE DEBA SURTIRSE LAS PARTES EN RELACIÓN CON ESTE CONTRATO, DEBERÁ HACERSE POR ESCRITO (SI ASÍ LO EXIGE LA LEY) ENVIANDO A LA ÚLTIMA DIRECCIÓN REGISTRADA POR ELLAS, INCLUYENDO LA ELECTRÓNICA (EMAIL).

CLAUSULA VIGÉSIMA QUINTA. DISPOSICIONES LEGALES

LAS ANTERIORES CONDICIONES DE AMPAROS DEFINIDOS Y EXCLUSIONES APLICAN SÍ Y SOLO SÍ, SON CONTRATADOS POR EL TOMADOR E INDICADOS EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA

LA PRESENTE PÓLIZA ES LEY PARA LAS PARTES. EN LAS MATERIAS Y PUNTOS NO PREVISTOS NI RESUELTOS EN ESTE CONTRATO, TENDRÁN APLICACIÓN LAS DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LAS LEYES DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, AL IGUAL QUE LO ESTIPULADO EN EL CÓDIGO DE COMERCIO Y DEMÁS NORMAS CONCORDANTES Y COMPLEMENTARIAS.

CLAUSULA VIGÉSIMA SEXTA. IRREDUCTIBILIDAD

TRANSCURRIDOS DOS (2) AÑOS EN VIDA DEL ASEGURADO, DESDE LA FECHA DE PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO Y SIEMPRE Y CUANDO SE ENCUENTRE EN VIGOR, EL VALOR DEL SEGURO NO PODRÁ SER REDUCIDO POR CAUSA DE ERROR EN LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, SIN PERJUICIO DE LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1161 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

CLAUSULA VIGÉSIMA SEPTIMA. INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE EDAD

SI RESPECTO A LA EDAD DEL ASEGURADO SE COMPROBASE INEXACTITUD EN LA SOLICITUD O DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, SE APLICARÁN LAS SIGUIENTES NORMAS:

- SI LA EDAD VERDADERA ESTÁ FUERA DE LOS LÍMITES AUTORIZADOS POR LA TARIFA DE LA COMPAÑÍA, EL CONTRATO QUEDARÁ SUJETO A SANCIÓN PREVISTA EN EL ARTÍCULO 1058 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.
- 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
- SI ES MENOR, EL VALOR ASEGURADO SE AUMENTARÁ EN LA MISMA PROPORCIÓN ESTABLECIDA EN EL NUMERAL ANTERIOR.

CLAUSULA VIGÉSIMA OCTAVA. ACUERDO DE SERVICIO

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, CUMPLE CON LA OBLIGACIÓN ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 1046 DEL CÓDIGO DE COMERCIO AL IGUAL QUE EL ARTICULO 3 LITERAL C DEL ESTATUTO DEL CONSUMIDOR FINANCIERO CON LA ENTREGA AL TOMADOR DE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DEL SEGURO, POR LO CUAL SE ESTABLECE ENTRE LA COMPAÑÍA Y EL TOMADOR EL ACUERDO DE SERVICIO DOCUMENTADO EN EL CUAL SE INDICA LA DISPOSICIÓN AL ASEGURADO DE LA INFORMACIÓN TRANSPARENTE, PRECISA, CLARA, VERAZ, OPORTUNA Y VERIFICABLE, SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS PROPIAS DEL SEGURO OFRECIDO Y/O CONTRATADO.

CLAUSULA VIGÉSIMA NOVENA. DOMICILIO

SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS CON EL PRESENTE CONTRATO SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS PARTES EL ANOTADO EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

CLAUSULA TRIGÉSIMA. PREVENCIÓN Y CONTROL DEL RIESGO DE LAFT

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA, SOBRE EL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO SARLAFT; EL TOMADOR, EL (LOS) ASEGURADOS Y EL BENEFICIARIO SE OBLIGAN PARA CON LA ASEGURADORA A DILIGENCIAR EL FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE (FUCC) DE ACUERDO CON SUS POLÍTICAS PREVIO A LA VINCULACIÓN Y AL MOMENTO DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

LA ASEGURADORA ACTUALIZA LOS DATOS DE LOS CLIENTES DE FORMA ANUAL ATENDIENDO LAS POLÍTICAS DEFINIDAS AL INTERIOR DE LA MISMA.

SE ENCUENTRAN EXCLUIDAS DE ASEGURAMIENTO TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN EN LAS LISTAS INTERNACIONALES VINCULANTES PARA COLOMBIA, DE CONFORMIDAD CON EL DERECHO INTERNACIONAL; PERSONAS QUE SE ENCUENTREN EN LA LISTA DE LA OFICINA DE CONTROL DE ACTIVOS EXTRANJEROS (OFFICE OF FOREIGN ASSETS CONTROL OFAC DEL DEPARTAMENTO DEL TESORO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMÉRICA (U.S. DEPARTMENT OF THE TREASURY). ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA HARÁ USO DE SUS FACULTADES Y REVOCARÁ UNILATERALMENTE EL CONTRATO DE SEGUROS, EN LOS CASOS EN QUE A ELLO HUBIERE LUGAR.

CLAUSULA TRIGÉSIMA PRIMERA. AUTORIZACIÓN PARA CENTRALES DE RIESGO

EL(LOS) ASEGURADO(S) AUTORIZA(N) DE MANERA EXPRESA Y VOLUNTARIA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, O A QUIEN REPRESENTA SUS DERECHOS A CONSULTAR, ALMACENAR, ADMINISTRAR, TRANSFERIR, PROCESAR Y REPORTAR MI INFORMACIÓN A LAS CENTRALES DE INFORMACIÓN O BASES DE DATOS DEBIDAMENTE CONSTITUIDAS RESPECTO AL COMPORTAMIENTO CREDITICIO FINANCIERO Y COMERCIAL.

CLAUSULA TRIGÉSIMA SEGUNDA. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

EL(LOS) ASEGURADO(S) DECLARA(N) QUE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA LE(S) HA INFORMADO: 1) QUE LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS Y EL MANUAL DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES SE ENCUENTRAN EN LA PÁGINA WEB: [HTTPS://WWW.ASEGURADORASOLIDARIA.COM.CO](https://www.aseguradorasolidaria.com.co); 2) QUE SON FACULTATIVAS LAS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS SOBRE DATOS DE NIÑAS, NIÑOS, ADOLESCENTES Y AQUELLAS QUE VERSEN SOBRE DATOS SENSIBLES Y EN CONSECUENCIA NO HE SIDO OBLIGADO A RESPONDERLAS; 3) QUE COMO TITULAR DE LA INFORMACIÓN, ME ASISTEN LOS DERECHOS PREVISTOS EN LAS LEYES 1266 DE 2008 Y 1581 DE 2012. EN ESPECIAL, ME ASISTE EL DERECHO A CONOCER, ACTUALIZAR, RECTIFICAR, REVOCAR Y SUSPENDER LAS INFORMACIONES QUE SE HAYAN RECOGIDO SOBRE MÍ, DERECHO QUE SE PUEDE EJERCER A TRAVÉS DE LA LÍNEA DE PROTECCIÓN DE DATOS ESTABLECIDA EN LA PÁGINA WEB Y EL CORREO ELECTRÓNICO TRATAMIENTODATOS@SOLIDARIA.COM.CO.

AUTORIZA(N) DE MANERA PREVIA, EXPRESA E INFORMADA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA Y/O CUALQUIER SOCIEDAD CONTROLADA, DIRECTAMENTE O INDIRECTAMENTE, QUE TENGAN PARTICIPACIÓN ACCIONARIA O SEAN ASOCIADOS, DOMICILIADAS EN COLOMBIA Y/O EN EL EXTERIOR, TERCEROS CONTRATADOS POR ESTA O A QUIEN LA REPRESENTA, EN ADELANTE LA ASEGURADORA, QUE ACTUARÁ COMO RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO Y EN TAL VIRTUD PODRÁ RECOLECTAR, SOLICITAR, CONSULTAR, VERIFICAR, ALMACENAR, COMPARTIR, ENVIAR, REPORTAR, MODIFICAR, TRANSFERIR, TRANSMITIR, ACTUALIZAR, USAR, GRABAR Y CONSERVAR MIS DATOS PERSONALES, INCLUYENDO DATOS FINANCIEROS, CREDITICIOS, SENSIBLES Y DE MENORES EN CALIDAD DE SU REPRESENTANTE LEGAL, PARA LAS SIGUIENTES FINALIDADES:

I) EL TRÁMITE DE MI SOLICITUD DE VINCULACIÓN COMO CONSUMIDOR FINANCIERO, DEUDOR, CONTRAPARTE CONTRACTUAL Y/O PROVEEDOR II) EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN DE CONTRATOS CON LA ASEGURADORA, INCLUYENDO LA DETERMINACIÓN DE PRIMAS, LA SELECCIÓN DE RIESGOS Y TODA LA FASE PRECONTRACTUAL III) LA EJECUCIÓN Y EL CUMPLIMIENTO DE LOS CONTRATOS QUE CELEBRE. IV) EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DEL FRAUDE. V) LA LIQUIDACIÓN Y PAGO DE SINIESTROS. VI) TODO LO

QUE INVOLUCRÉ LA GESTIÓN INTEGRAL DEL SEGURO CONTRATADO, INCLUIDA LA GESTIÓN Y COBRO DE CARTERA. VII) CONTROLAR EL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS PARA ACCEDER AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL VIII) LA ELABORACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICO-ACTUARIALES, ESTADÍSTICAS, ENCUESTAS, ANÁLISIS DE TENDENCIAS DEL MERCADO Y, EN GENERAL, ESTUDIOS DE TÉCNICA ASEGURADORA. IX) ENVÍO DE INFORMACIÓN RELATIVA A LA EDUCACIÓN FINANCIERA, ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE CLIENTES Y OFERTAS COMERCIALES DE SEGUROS, ASÍ COMO DE OTROS SERVICIOS INHERENTES A LA ACTIVIDAD ASEGURADORA. X) REALIZACIÓN DE ENCUESTAS SOBRE SATISFACCIÓN EN LOS SERVICIOS PRESTADOS POR LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, XI) INTERCAMBIO O REMISIÓN DE INFORMACIÓN EN VIRTUD DE TRATADOS Y ACUERDOS INTERNACIONALES E INTERGUBERNAMENTALES SUSCRITOS POR COLOMBIA, XII) LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL LAVADO DE ACTIVOS Y LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO. XIII) RECOLECTAR MIS DATOS PERSONALES SENSIBLES COMO: DATOS BIOMÉTRICOS, LAS HUELLAS DACTILARES, LA HISTORIA CLÍNICA Y DATOS SOBRE MI ESTADO DE SALUD, AÚN DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO, ENTENDIÉNDOSE LA POSIBILIDAD DE OBTENER COPIA DE MI HISTORIA CLÍNICA, SIEMPRE Y CUANDO SE CUMPLA CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 6 DE LA LEY 1581 DE 2012. AUTORIZO A LA ASEGURADORA PARA ACCEDER Y TRATAR LA INFORMACIÓN MÉDICA ESTRICTAMENTE NECESARIA PARA LA VALORACIÓN DEL RIESGO Y EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE SEGURO EN LOS TÉRMINOS PERMITIDOS POR LA LEGISLACIÓN APLICABLE, INCLUIDA LA LEY 2475 DE 2025 (LEY DE OLVIDO ONCOLÓGICO) XIV) TRANSFERIR MIS DATOS PERSONALES A TERCEROS PAÍSES SIEMPRE QUE SE REQUIERA CUMPLIR LAS FINALIDADES DESCRITAS O SE ENCUENTRE ESTIPULADA POR EL ARTÍCULO 26 DE LA LEY 1581 DE 2012. XV) RECOLECTAR LOS DATOS PERSONALES DE MIS HIJOS MENORES DE EDAD EN MI CALIDAD DE SU REPRESENTANTE LEGAL, SIEMPRE Y CUANDO SE CUMPLA CON EL INTERÉS PREVALENTE DEL MENOR CONFORME AL ARTÍCULO 12 DEL DECRETO 1377 DE 2013.

EL TRATAMIENTO PODRÁ SER REALIZADO DIRECTAMENTE POR LA ASEGURADORA O POR LO ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO QUE ELLA CONSIDERE NECESARIOS.

QUE LOS DATOS PODRÁN SER COMPARTIDOS, TRANSMITIDOS, ENTREGADOS, TRANSFERIDOS O DIVULGADOS PARA LAS FINALIDADES MENCIONADAS, A: I) LAS PERSONAS JURÍDICAS QUE TIENEN LA CALIDAD DE FILIALES, SUBSIDIARIAS O VINCULADAS, O DE MATRIZ DE LA ASEGURADORA. II) LOS OPERADORES NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE DERECHOS Y OBLIGACIONES DERIVADOS DE LOS CONTRATOS CELEBRADOS CON LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, TALES COMO: AJUSTADORES, CALL CENTERS, INVESTIGADORES, COMPAÑÍAS DE ASISTENCIA, ABOGADOS EXTERNOS, ENTRE OTROS. III) LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS QUE INTERVENGAN EN EL PROCESO DE CELEBRACIÓN, EJECUCIÓN Y TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO. IV) LAS PERSONAS CON LAS CUALES LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS ADELANTE GESTIONES PARA EFECTOS DE CELEBRAR CONTRATOS DE COASEGURO O REASEGURO. V) FASECOLDA, INVERFAS S.A. Y EL INIF, PERSONAS JURÍDICAS QUE ADMINISTRAN BASES DE DATOS PARA EFECTOS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE FRAUDES, LA SELECCIÓN DE RIESGOS, Y CONTROL DE REQUISITOS PARA ACCEDER AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL, ASÍ COMO LA ELABORACIÓN DE ESTUDIOS ESTADÍSTICOS ACTUARIALES RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: QUE EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN ES LA ASEGURADORA. EN TODO CASO, LOS ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LOS DATOS QUE SE COMPARTAN, TRANSFIERAN, TRANSMITAN, ENTREGUEN O DIVULGUEN, EN DESARROLLO DE LO PREVISTO EN EL LITERAL V) DEL PÁRRAFO ANTERIOR, SERÁN ENTRE OTROS:

A) FASECOLDA CUYA DIRECCIÓN ES CARRERA 7 NO. 26 - 20 PISOS 11 Y 12, EMAIL: FASECOLDA@FASECOLDA.COM TEL. 3443080 DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.
B) INVERFAS S.A. CUYA DIRECCIÓN ES CARRERA 7 NO. 26 - 20 PISO 11, EMAIL: INVERFAS@FASECOLDA.COM TEL. 3443080 DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.
C) INIF - INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN Y PREVENCIÓN DEL FRAUDE AL SEGURO CUYA DIRECCIÓN ES CARRERA 13 NO. 37-43, PISO 8, EMAIL: DIRECTOROPERATIVO@INIF.COM.CO TEL. 2320105 DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.

CON LO ANTERIOR, DE MANERA EXPRESA AUTORIZA(N) EL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES, INCLUIDOS LOS SENSIBLES Y DE MENORES EN CALIDAD DE SU REPRESENTANTE LEGAL, Y AUTORIZO, DE SER NECESARIO, LA TRANSFERENCIA NACIONAL E INTERNACIONAL DE LOS MISMOS, POR LAS

PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN ESTE DOCUMENTO.

CANALES AUTORIZADOS

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: DECLARA(N) CONOCER Y ESTAR INFORMADO QUE LOS CANALES QUE A CONTINUACIÓN SE RELACIONAN, PUEDEN SER UTILIZADOS POR LA ASEGURADORA PARA REALIZAR GESTIONES DE COBRANZA, ASÍ COMO PARA EL ENVÍO DE MENSAJES PUBLICITARIOS A TRAVÉS DE MENSAJES CORTOS DE TEXTO (SMS), MENSAJERÍA POR APLICACIONES WEB, CORREOS ELECTRÓNICOS Y LLAMADAS TELEFÓNICAS DE CARÁCTER COMERCIAL O PUBLICITARIO, TODO DENTRO DEL MARCO LEGAL APLICABLE. DE ESTA MANERA, AUTORIZO EXPRESAMENTE PARA SER CONTACTADO POR LA ASEGURADORA Y/O SUS GESTORES COMERCIALES, DE COBRANZA E INTERMEDIARIOS, PARA LOS FINES MENCIONADOS EN LA PRESENTE DECLARACIÓN, MEDIANTE LOS CANALES: PRESENCIAL, TELEFÓNICO, CORREO ELECTRÓNICO, EN ALGUNOS CASOS MENSAJES DE TEXTO Y WHATSAPP POR MEDIO DE GESTIÓN AUTOMÁTICA Y CUALQUIER OTRO QUE EN ADELANTE PUEDA SURGIR. EN CASO QUE VOLUNTARIAMENTE DESEÉ CAMBIAR EL CANAL DE CONTACTO O TENER UN CANAL EXCLUSIVO PARA LA GESTIÓN DE COBRANZA Y/O PARA FINES COMERCIALES A TRAVÉS DEL WHATSAPP "CAMI" 3142034106 OPCIÓN 4 DE INFORMACIÓN GENERAL.

