

**CONDICIONES GENERALES**

LA **PREVISORA S.A.** COMPAÑÍA DE SEGUROS, DENOMINADA EN ADELANTE **PREVISORA** Y EL **TOMADOR**, HAN CONVENIDO EN CONTRATAR EL PRESENTE SEGURO, CONFORME LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES QUE SE DETALLAN EN EL PRESENTE CLAUSULADO GENERAL Y CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES PARTICULARES QUE SE CONSIGNEN EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS ANEXOS Y/O ENDOSOS, Y EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES DEL TOMADOR Y DE CADA UNO DE LOS ASEGURADOS, LAS CUALES SE ENTIENDEN INCORPORADAS A ESTE CONTRATO.

FRENTE A CUALQUIER CONTRADICCIÓN ENTRE LAS CONDICIONES PARTICULARES Y LAS CONDICIONES GENERALES, SE DEBERÁN TOMAR COMO PREVALENTES LAS PARTICULARES.

TODAS LAS INDEMNIZACIONES QUE PUEDAN LLEGAR A GENERARSE COMO CONSECUENCIA DE UN SINIESTRO AMPARADO POR CUALQUIERA DE LAS COBERTURAS DE ESTA PÓLIZA, ESTÁN SUJETAS A LOS LÍMITES DE VALOR ASEGURADO Y A EL (LOS) DEDUCIBLE(S) ESTIPULADOS E INDICADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES PARTICULARES.

CON RELACIÓN AL PRODUCTO "COMPENSACIÓN SEGURA", PREVISORA PODRÁ SUGERIR AL TOMADOR Y/O ASEGURADO, EL VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL DE ACUERDO CON LA SITUACIÓN PERSONAL DE CADA ASEGURADO Y CAPACIDAD DE LA ASEGURADORA; EN TODO CASO, ESTE VALOR SERÁ ACORDADO POR LAS PARTES Y LA RESPONSABILIDAD DE PREVISORA SE LIMITARÁ A DICHO VALOR.

LOS TÉRMINOS Y/O PALABRAS QUE SE ENCUENTRAN EN NEGRILLA A LO LARGO DE LA PÓLIZA ESTÁN DEFINIDOS, DENTRO DEL TEXTO QUE DESCRIBE CADA COBERTURA O EN LA CLÁUSULA TERCERA DE ESTA PÓLIZA Y DEBEN SER ENTENDIDAS DE ACUERDO CON SU DEFINICIÓN.

FORMAN PARTE DE ESTE CONTRATO, LAS CLÁUSULAS ADICIONALES, LAS DECLARACIONES DE ASEGURABILIDAD, LOS CERTIFICADOS MÉDICOS Y CUALQUIER OTRO DOCUMENTO ESCRITO Y ACEPTADO POR LAS PARTES, QUE GUARDE RELACIÓN CON EL PRESENTE SEGURO.

**1 CLÁUSULA PRIMERA. - AMPAROS**

**1.1 AMPARO BÁSICO**

EN CASO DE MUERTE DEL ASEGURADO POR CUALQUIER CAUSA QUE NO SE ENCUENTRE EXPRESAMENTE EXCLUIDA EN LOS DOCUMENTOS QUE HACEN PARTE INTEGRAL DE ESTA PÓLIZA, **PREVISORA** RECONOCERÁ AL **BENEFICIARIO O BENEFICIARIOS** LA SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL, LA CUAL SE ENCUENTRA FIJADA EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL SEGURO Y/O CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, SEGÚN CORRESPONDA PARA CADA AMPARO.

ESTA PÓLIZA CUBRIRÁ LA MUERTE DEL ASEGURADO POR SUICIDIO U HOMICIDIO. LAS PARTES, A TRAVÉS DE LAS CONDICIONES PARTICULARES, PODRÁN INCLUIR OTRAS CAUSAS A SER CUBIERTAS POR LA PÓLIZA, O LIMITAR LAS YA CUBIERTAS.

ESTA COBERTURA NO ES ACUMULABLE CON EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

**1.2 AMPAROS OPCIONALES**

EN ADICIÓN AL AMPARO PREVISTO EN EL NUMERAL 1.1 ANTERIOR, EL **TOMADOR** PODRÁ CONTRATAR SI LO DESEA TODOS O ALGUNO(S) DE LO(S) SIGUIENTE(S) AMPARO(S) Y DEBERÁN QUEDAR EXPRESAMENTE INDICADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

**1.2.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

ANTE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO, QUE SE ESTRUCTURE DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO, **PREVISORA** RECONOCERÁ EL 100% DEL LÍMITE DEL VALOR INDIVIDUAL ASEGURADO INDICADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO Y/O CONDICIONES PARTICULARES PARA ESTE AMPARO, PREVIA DEDUCCIÓN DE CUALQUIER SUMA QUE HAYA SIDO PAGADA O DEBA SER PAGADA DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LA CLÁUSULA VIGÉSIMA (REGLAS PARA EL PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES) DE ESTA PÓLIZA.

PARA EFECTOS DE ESTE AMPARO, LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO SE ENTENDERÁ CONFIGURADA CUANDO, COMO RESULTADO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD, ESTE SUFRA LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES INCURABLES, QUE LE IMPIDAN DESEMPEÑAR CUALQUIERA DE LAS OCUPACIONES O EMPLEO REMUNERABLES PARA LOS CUALES ESTÁ RAZONABLEMENTE CALIFICADO POR RAZONES DE SU EDUCACIÓN, ENTRENAMIENTO O EXPERIENCIA, SIEMPRE QUE SE CUMPLAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

1. QUE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL DEL ASEGURADO HAYA SIDO CALIFICADA IGUAL O SUPERIOR AL 50%, CONFORME A LAS REGLAS DEL MANUAL ÚNICO PARA LA CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL - DECRETO 1507 DE 2014, O LAS NORMAS QUE LO SUSTITUYAN

O MODIFIQUEN, POR ENTIDAD COMPETENTE, DE ACUERDO CON LA NORMATIVA VIGENTE. EN TODO CASO, LA PREVISORA PODRÁ SOLICITAR LA REVISIÓN DE LA CALIFICACIÓN POR PARTE DE LA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, O DE LA JUNTA NACIONAL.

2. QUE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE ESTRUCTURE DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO. LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN SE ENTIENDE COMO LA FECHA SEÑALADA PARA TAL EFECTO EN EL DICTAMEN DE CALIFICACIÓN.

3. QUE EL PERIODO DE INCAPACIDAD PERSISTA POR UN PERIODO NO MENOR A 6 MESES CONSECUTIVOS.

SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE EN LOS TÉRMINOS ANTES INDICADOS, SE CONSIDERA COMO TAL: LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS, LA AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS O DE AMBOS PIES O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE, EVENTOS EN LOS CUALES NO SE REQUERIRÁ QUE TRANSCURRA EL PERIODO CONTINUO DE SEIS MESES CONSECUTIVOS DE INCAPACIDAD.

PARA LOS EFECTOS DE ESTE AMPARO APLICAN LAS SIGUIENTES DEFINICIONES RESPECTO A LOS ÓRGANOS O MIEMBROS QUE SE MENCIONAN:

1. AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS: LA AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA Y/O PÉRDIDA FUNCIONAL A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN RADIOCARPIANA.

2. AMPUTACIÓN DE AMBOS PIES: LA AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA Y/O PÉRDIDA FUNCIONAL A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN TIBIOTARSIANA.

EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO EN EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE NO ES ACUMULABLE CON EL AMPARO BÁSICO DE VIDA Y, POR LO TANTO, UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, EL SEGURO DE VIDA GRUPO TERMINARÁ PARA EL **ASEGURADO** RESPECTIVO.

### **1.2.2 ENFERMEDADES GRAVES COMO ANTICIPO**

SI AL ASEGURADO LE ES DIAGNOSTICADA POR PRIMERA VEZ, POR UN **MÉDICO** AUTORIZADO ESPECIALISTA EN LA PATOLOGÍA, Y DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO, LA PRESENCIA DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES GRAVES, **PREVISORA** RECONOCERÁ AL **ASEGURADO** COMO ANTICIPO DEL AMPARO BÁSICO DE VIDA EL VALOR INDIVIDUAL ASEGURADO EQUIVALENTE AL PORCENTAJE SEÑALADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO Y/O CONDICIONES PARTICULARES.

1. CÁNCER.
2. ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR.
3. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y FALLOTOTAL CRÓNICO E IRREVERSIBLE DE AMBOS RIÑONES.
4. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.
5. TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES.
6. ENFERMEDAD CORONARIA.
7. ALZHEIMER.
8. ESTADO DE COMA.
9. ANEMIA APLÁSTICA.
10. PARKINSON.
11. GRAN QUEMADO.
12. ESCLEROSIS MÚLTIPLES
13. DEMÁS ENFERMEDADES QUE, DE ACUERDO CON EL ANÁLISIS DEL RIESGO, SE ESTABLEZCAN BAJO CONDICIÓN PARTICULAR

ESTE AMPARO TIENE PERIODO DE CARENCIA DE 90 DÍAS, POR TANTO, SI CUALQUIERA DE LAS ENFERMEDADES QUE SE ENCUENTRAN CUBIERTAS SE DIAGNOSTICAN DENTRO DE LOS PRIMEROS 90 DÍAS DE COBERTURA, NO HABRÁ LUGAR A INDEMNIZACIÓN.

ESTE AMPARO ES EXCLUYENTE DEL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES COMO CAPITAL ADICIONAL Y EN CONSECUENCIA SÓLO SE PAGARÁ UNO DE ELLOS.

### **1.2.3 ENFERMEDADES GRAVES COMO CAPITAL ADICIONAL**

SI AL ASEGURADO LE ES DIAGNOSTICADA POR PRIMERA VEZ, POR UN **MÉDICO** AUTORIZADO ESPECIALISTA EN LA PATOLOGÍA, Y DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO, LA PRESENCIA DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES GRAVES, **PREVISORA** RECONOCERÁ AL **ASEGURADO** COMO CAPITAL ADICIONAL DEL AMPARO

BÁSICO DE VIDA, EL VALOR ASEGURADO EQUIVALENTE AL PORCENTAJE SEÑALADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO Y/O CONDICIONES PARTICULARES:

1. CÁNCER.
2. ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR.
3. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y FALLOTOTAL CRÓNICO E IRREVERSIBLE DE AMBOS RIÑONES.
4. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.
5. TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES.
6. ENFERMEDAD CORONARIA.
7. ALZHEIMER.
8. ESTADO DE COMA.
9. ANEMIA APLÁSTICA.
10. PARKINSON.
11. GRAN QUEMADO.
12. ESCLEROSIS MÚLTIPLES
13. DEMÁS ENFERMEDADES QUE, DE ACUERDO CON EL ANÁLISIS DEL RIESGO, SE ESTABLEZCAN BAJO CONDICIÓN PARTICULAR

ESTE AMPARO TIENE PERIODO DE CARENIA DE 90 DÍAS, POR TANTO, SI CUALQUIERA DE LAS ENFERMEDADES QUE CUBIERTAS SE DIAGNOSTICAN DENTRO DE LOS PRIMEROS 90 DÍAS DE COBERTURA, NO HABRÁ LUGAR A INDEMNIZACIÓN.

ESTE AMPARO ES EXCLUYENTE DEL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES COMO ANTICIPO Y EN CONSECUENCIA SÓLO SE PAGARÁ UNO DE ELLOS.

### **1.2.4 INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL**

PREVISORA RECONOCERÁ AL BENEFICIARIO O BENEFICIARIOS LA SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL ESTABLECIDA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O EN SUS CONDICIONES PARTICULARES, SI COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE AMPARADO SOBREVIENE LA MUERTE DEL ASEGURADO, SIEMPRE Y CUANDO ESTA OCURRA DENTRO DE LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DEL ACCIDENTE

PARA EFECTOS DE ESTE AMPARO, SE ENTIENDE POR ACCIDENTE TODO SUCESO EXTERNO, VIOLENTO, IMPREVISTO, REPENTINO E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL **ASEGURADO**, QUE CAUSE MUERTE, Y ESTA SE ENCUENTRE CUBIERTA POR EL AMPARO BÁSICO DE ESTA PÓLIZA.

#### **PARÁGRAFO: PERIODO EXTENDIDO DEL AMPARO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL**

PREVISORA OTORGARÁ COBERTURA BAJO EL AMPARO DE "INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL" A LA MUERTE ACCIDENTAL QUE SOBREVenga COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO EN VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO SE PRESENTE DENTRO DE LOS 365 DÍAS SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE AMPARADO Y AUN SI, LA PRESENTE PÓLIZA NO ESTUVIERE VIGENTE AL MOMENTO DE LA MUERTE.

EN CASO DE QUE, EL FALLECIMIENTO SE PRESENTE TERMINADA LA VIGENCIA CON PREVISORA, SE TENDRÁ COMO FECHA DEL SINIESTRO, LA FECHA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE.

### **1.2.5 DESMEMBRACIÓN E INCAPACIDAD FUNCIONAL PERMANENTE A CAUSA DE ACCIDENTE**

SI COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR ESTA PÓLIZA, EL ASEGURADO SUFRE UNA PÉRDIDA FUNCIONAL O ANATÓMICA DE UNO DE SUS MIEMBROS U ÓRGANOS, O AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA, PREVISORA RECONOCERÁ AL ASEGURADO HASTA EL LÍMITE DE VALOR INDIVIDUAL ASEGURADO DE CONFORMIDAD CON LA TABLA DE INDEMNIZACIONES QUE SE INDICA EN EL NUMERAL 6 DE LA CLÁUSULA TERCERA (DEFINICIONES), SIEMPRE QUE EL EVENTO OCURRA DENTRO DE LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DEL ACCIDENTE AMPARADO.

SE ENTIENDE POR ACCIDENTE TODO SUCESO EXTERNO, VIOLENTO, IMPREVISTO, REPENTINO E INDEPENDIENTE

DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO, QUE CAUSE LESIÓN.

PARA LOS EFECTOS DE ESTE AMPARO SE ENTENDERÁ POR PÉRDIDA FUNCIONAL O ANATÓMICA:

A. AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS: LA AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA Y/O PERDIDA FUNCIONAL A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN RADIOCARPIANA.

B. AMPUTACIÓN DE AMBOS PIES: LA AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA Y/O PERDIDA FUNCIONAL A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN TIBIOTARSIANA.

C. OJOS: LA PÉRDIDA O EL DAÑO TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN.

ESTE AMPARO ES EXCLUYENTE DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE Y EN CONSECUENCIA SÓLO SE PAGARÁ UNO DE ELLOS.

**PARÁGRAFO: PERIODO EXTENDIDO DEL AMPARO DE DESMEMBRACIÓN E INCAPACIDAD FUNCIONAL PERMANENTE A CAUSA DE ACCIDENTE**

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO, PREVISORA OTORGARÁ COBERTURA BAJO EL AMPARO DE "DESMEMBRACIÓN E INCAPACIDAD FUNCIONAL PERMANENTE A CAUSA DE ACCIDENTE" A LA DESMEMBRACIÓN E INCAPACIDAD FUNCIONAL PERMANENTE ACCIDENTAL QUE SOBREVenga COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO EN VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO SE PRESENTE DENTRO DE LOS 365 DÍAS SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE AMPARADO Y AÚN SI LA PRESENTE PÓLIZA NO ESTUVIERE VIGENTE AL MOMENTO DE LA MUERTE.

EN CASO DE QUE, LA DESMEMBRACIÓN E INCAPACIDAD FUNCIONAL PERMANENTE AMPARADA SE PRESENTE TERMINADA LA VIGENCIA CON PREVISORA, SE TENDRÁ COMO FECHA DEL SINIESTRO LA FECHA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE.

**1.2.6 AUXILIO FUNERARIO**

PREVISORA RECONOCERÁ AL **BENEFICIARIO** O **BENEFICIARIOS** EN CASO DE MUERTE DEL **ASEGURADO** AMPARADO POR ESTE SEGURO, EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO INDICADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO Y/O CONDICIONES PARTICULARES PARA EL RESPECTIVO AMPARO, PREVIA DEMOSTRACIÓN DEL FALLECIMIENTO, SIEMPRE Y CUANDO LA MUERTE HAYA SIDO ORIGINADA POR UN HECHO AMPARADO POR ESTE SEGURO.

ESTE AMPARO ES EXCLUYENTE DEL AMPARO DE GASTOS FUNERARIOS Y EN CONSECUENCIA SÓLO SE PAGARÁ UNO DE ELLOS.

**1.2.7 GASTOS FUNERARIOS**

EN CASO DE MUERTE DEL **ASEGURADO**, PREVISORA REEMBOLSARÁ HASTA EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO INDICADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO Y/O CONDICIONES PARTICULARES PARA ESTE AMPARO, A LA PERSONA QUE DEMUESTRE HABER SUFRAGADO LOS GASTOS FUNERARIOS DEL **ASEGURADO** FALLECIDO, SIEMPRE Y CUANDO LA MUERTE HAYA SIDO ORIGINADA POR UN HECHO AMPARADO POR ESTE SEGURO.

ESTE AMPARO ES EXCLUYENTE DEL AMPARO DE AUXILIO FUNERARIO Y EN CONSECUENCIA SÓLO SE PAGARÁ UNO DE ELLOS.

**1.2.8 GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE**

SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO BAJO ESTA PÓLIZA, EL ASEGURADO REQUIERE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, ATENCIÓN MÉDICA, QUIRÚRGICA, HOSPITALARIA, FARMACÉUTICA, ODONTOLÓGICA Y DEMAS PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS, DENTRO DE LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES DE LA OCURRENCIA DEL EVENTO, PREVISORA LE REEMBOLSARÁ LOS GASTOS EN QUE INCURRA PARA EL RESTABLECIMIENTO DE SU SALUD PREVISORA PODRÁ PRESTAR TODOS O ALGUNOS DE LOS SERVICIOS MÉDICOS REQUERIDOS A TRAVÉS DE IPS CON LAS CUALES TENGA ACUERDOS EN TODO CASO SIN EXCEDER EL VALOR INDIVIDUAL ASEGURADO INDICADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO Y/O CONDICIONES PARTICULARES PARA ESTE AMPARO.

PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO, ACCIDENTE SIGNIFICA TODO SUCESO EXTERNO, VIOLENTO, IMPREVISTO, REPENTINO E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO, QUE CAUSE LESIONES CORPORALES EVIDENCIADAS POR CONTUSIONES, HERIDAS, LESIONES INTERNAS MÉDICAMENTE COMPROBADAS.

CUANDO SE TRATE DE UN ACCIDENTE DE TRÁNSITO, ESTE AMPARO OPERARÁ UNA VEZ SE CERTIFIQUE EL AGOTAMIENTO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA SOAT.

**PARÁGRAFO: PERIODO EXTENDIDO DEL AMPARO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE**

PREVISORA OTORGARÁ COBERTURA BAJO EL AMPARO DE "GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE" A LOS GASTOS QUE SOBREVENGAN COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO EN VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO SE PRESENTEN DENTRO DE LOS 365 DÍAS SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE AMPARADO Y AÚN SI LA PRESENTE PÓLIZA NO ESTUVIERE VIGENTE AL MOMENTO DE LA MUERTE.

EN CASO DE QUE, LOS GASTOS AMPARADOS SE PRESENTEN TERMINADA LA VIGENCIA CON PREVISORA, SE TENDRÁ COMO FECHA DEL SINIESTRO LA FECHA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE

**1.2.9 RENTA MENSUAL POR MUERTE DEL ASEGURADO**

SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD AMPARADA BAJO ESTA PÓLIZA, OCURRE LA MUERTE DEL ASEGURADO, PREVISORA RECONOCERÁ AL **BENEFICIARIO** O **BENEFICIARIOS** LA RENTA MENSUAL SEÑALADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CONDICIONES PARTICULARES, SIN QUE, EN NINGÚN CASO, LA INDEMNIZACIÓN PUEDA EXCEDER UN PERIODO MÁXIMO DE DOCE (12) MESES Y EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO, CONTADO DESDE EL MOMENTO EN EL QUE SE LIQUIDA LA SUMA CORRESPONDIENTE AL AMPARO BÁSICO DE MUERTE.

**1.2.10 RENTA CLÍNICA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE**

SI, COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO AMPARADO BAJO ESTA PÓLIZA, EL ASEGURADO SE ENCUENTRA RECLUIDO EN LA **INSTITUCIÓN HOSPITALARIA O CLÍNICA**, EN CONDICIÓN DE HOSPITALIZACIÓN POR MÁS DE 24 HORAS BAJO EL CUIDADO DE UN **MÉDICO**, LA **PREVISORA** RECONOCERÁ AL **ASEGURADO** EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CONDICIONES PARTICULARES PARA EL RESPECTIVO AMPARO, UNA SUMA DIARIA POR CADA DÍA QUE EL **ASEGURADO** ESTÉ HOSPITALIZADO.

ES CONDICIÓN PARA LA PROCEDENCIA DE ESTE AMPARO QUE, LA ENFERMEDAD O LESIONES QUE HAYAN DADO LUGAR A LA HOSPITALIZACIÓN EN INSTITUCIÓN MÉDICA DE QUE TRATA EL PÁRRAFO PRIMERO ANTERIOR, SE HAYAN PRODUCIDO DESPUES DE TRANSCURRIDOS TREINTA 30 DÍAS CALENDARIO CONTINUOS, CONTADOS DESDE EL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

LA RENTA DIARIA PREVISTA EN ESTE AMPARO SE PAGARÁ DESDE EL SEGUNDO DÍA DE HOSPITALIZACIÓN Y CUBRIRÁ HASTA UN MÁXIMO DE NOVENTA (90) DÍAS CONTINUOS O DISCONTINUOS POR EVENTO Y LIMITADO A TRES EVENTOS POR AÑO.

**1.2.11 RENTA CLÍNICA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA**

SI, COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO AMPARADO BAJO ESTA PÓLIZA, EL ASEGURADO SE ENCUENTRA RECLUIDO EN CONDICIÓN DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA POR MÁS DE 24 HORAS, LA **PREVISORA** RECONOCERÁ AL **ASEGURADO**, EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CONDICIONES PARA ESTE AMPARO.

CUANDO SE TRATE DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA, EL **ASEGURADO** DEBERÁ PERMANECER EN SU LUGAR DE DOMICILIO CON APARATOS MÉDICOS QUE LA INSTITUCIÓN MÉDICA LE INSTALE Y CON REGISTRO DE VISITAS DIARIAS CERTIFICADAS DEL **MÉDICO** TRATANTE Y ENFERMERAS, SI ES EL CASO. LAS ANTERIORES CONDICIONES SE DEBEN DAR POR SITUACIONES ESPECÍFICAS TALES COMO, LA NO EXISTENCIA DE SUFICIENTES CAMAS EN EL HOSPITAL PARA ATENDER LA DEMANDA Y/O QUE, LAS CONDICIONES PSICOLÓGICAS O MENTALES DEL PACIENTE REQUIEREN QUE SU RECUPERACIÓN SE LLEVE A CABO EN CASA, Y/O QUE EL PACIENTE HAYA SIDO DADO DE ALTA DE MANERA TEMPRANA PARA SU PROTECCIÓN.

ES CONDICIÓN PARA LA PROCEDENCIA DE ESTE AMPARO QUE LA ENFERMEDAD O LESIONES QUE HAYAN DADO LUGAR A LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA DE QUE TRATA EL PÁRRAFO PRIMERO ANTERIOR, SE HAYAN PRODUCIDO DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS TREINTA 30 DÍAS CALENDARIO CONTINUOS, CONTADOS DESDE EL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

LA RENTA DIARIA PREVISTA EN ESTE AMPARO SE PAGARÁ, DESDE EL SEGUNDO DÍA DE HOSPITALIZACIÓN Y CUBRIRÁ HASTA UN MÁXIMO DE NOVENTA (90) DÍAS CONTINUOS O DISCONTINUOS POR EVENTO Y LIMITADO A

TRES EVENTOS POR AÑO.

**1.2.12 RENTA CLÍNICA DIARIA POR INTERNAMIENTO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

SI POR CUALQUIER CAUSA NO EXCLUIDA, EL ASEGURADO SE ENCUENTRA INTERNADO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UNA **CLÍNICA** O **INSTITUCIÓN HOSPITALARIA**, **PREVISORA** RECONOCERÁ AL **ASEGURADO** EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA Y/O CONDICIONES PARTICULARES PARA EL RESPECTIVO AMPARO, POR CADA DÍA DE INTERNACIÓN, HASTA UN MÁXIMO DE SESENTA (60) DÍAS CALENDARIO CONTINUOS O DISCONTINUOS.

ES CONDICIÓN PARA LA PROCEDENCIA DE ESTE AMPARO QUE, LA ENFERMEDAD O LESIONES QUE HAYAN DADO LUGAR A LA COBERTURA SE HAYAN PRODUCIDO DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS TREINTA 30 DÍAS CALENDARIO CONTINUOS, DESDE EL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

**1.2.13 RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL**

SI COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO CUBIERTO BAJO ESTA PÓLIZA, EL ASEGURADO PRESENTA UNA INCAPACIDAD TEMPORAL, DEBIDAMENTE CERTIFICADA POR MÉDICO ADSCRITO A LA EPS, ARL, O A LA MEDICINA PREPAGADA A LA QUE SE ENCUENTRE AFILIADO, **PREVISORA** RECONOCERÁ HASTA EL LÍMITE DE VALOR INDIVIDUAL ASEGURADO ESTIPULADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO Y/O CONDICIONES PARTICULARES PARA EL RESPECTIVO AMPARO, POR CADA DÍA QUE DICHO **ASEGURADO** SE ENCUENTRE INCAPACITADO TEMPORALMENTE, YA SEA RECLUIDO EN UNA **INSTITUCIÓN HOSPITALARIA** O **CLÍNICA**, O EN SU PROPIO DOMICILIO, LOS CUALES FUNCIONARAN DE LA SIGUIENTE MANERA:

1. A PARTIR DEL DÍA 4 DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD NO PROFESIONAL
2. A PARTIR DEL DÍA 3 DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD PROFESIONAL.

EL VALOR ASEGURADO NO EXCEDERÁ DE LA TERCERA (1/3) PARTE DEL VALOR DIARIO DEL ÚLTIMO INGRESO BASE DE COTIZACIÓN REPORTADO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, EN EL MOMENTO DE PRESENTARSE LA INCAPACIDAD TEMPORAL Y EL VALOR DIARIO A PAGAR RESULTARÁ DE DIVIDIR EL INGRESO BASE DE COTIZACIÓN MENSUAL EN 30 DÍAS Y ESTE RESULTADO SE DIVIDIRÁ EN LA TERCERA PARTE.

COMO VALOR ADICIONAL OPCIONAL AL ANTERIOR ENUNCIADO Y SEGÚN LO INDIQUE EN LA SOLICITUD DE SEGURO, EL **ASEGURADO** PODRÁ OPTAR POR AUMENTAR SU INGRESO BASE DE COTIZACIÓN HASTA UN 30% POR CIENTO, SOBRE EL CUAL SE INDEMNIZARÁ EL VALOR DIARIO QUE RESULTE DE APLICAR LA FÓRMULA DEL PRIMER INCISO.

LA INDEMNIZACIÓN BAJO EL PRESENTE AMPARO SE PRODUCIRÁ SIEMPRE Y CUANDO LA ENFERMEDAD O LESIONES QUE LA HAYAN OCASIONADO SE HAYAN PRODUCIDO, DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE INGRESO DEL **ASEGURADO** A LA PÓLIZA.

ESTE AMPARO CUBRIRÁ HASTA UN MÁXIMO DE CIENTO VEINTE (120) DÍAS DE INCAPACIDAD, CONTINUOS O DISCONTINUOS POR EVENTO Y MÁXIMO TRES (3) EVENTOS POR AÑO.

PARA EFECTOS DE ESTE AMPARO, SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TEMPORAL AQUELLA INCAPACIDAD OCASIONAL QUE PRODUCE TEMPORALMENTE ALTERACIONES ORGÁNICAS Y FUNCIONALES QUE IMPIDEN DESEMPEÑAR TODAS Y CADA UNA DE LAS ACTIVIDADES DIARIAS PROPIAS DE SU TRABAJO U OCUPACIÓN COTIDIANA, DEBIDAMENTE CERTIFICADA POR MÉDICO TRATANTE.

**1.2.14 INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL POR ORIGEN LABORAL**

SI EL ASEGURADO PRESENTA UNA INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL DE ORIGEN LABORAL, ENTENDIDA ESTA COMO LA CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL ENTRE EL 5% Y EL 49.99%, QUE SE ESTRUCTURE DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, **PREVISORA** RECONOCERÁ AL ASEGURADO HASTA EL LÍMITE DEL VALOR INDIVIDUAL ASEGURADO INDICADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO Y/O CONDICIONES PARTICULARES PARA ESTE AMPARO, DE CONFORMIDAD CON LA TABLA DE EQUIVALENCIAS QUE SE INDICA EN EL NUMERAL 10 DE LA CLÁUSULA TERCERA (DEFINICIONES), SIEMPRE Y CUANDO SE DEN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

1. LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL DEL ASEGURADO HAYA SIDO CALIFICADA CONFORME A LAS REGLAS DEL MANUAL ÚNICO PARA LA CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL - DECRETO 1507 DE 2014, O LAS NORMAS QUE LO SUSTITUYAN O MODIFIQUEN, POR ENTIDAD

COMPETENTE, DE ACUERDO CON LA NORMATIVA VIGENTE, Y APORTE EL CERTIFICADO DE FIRMEZA DEL DICTAMEN EXPEDIDO POR LA ENTIDAD CALIFICADORA. EN TODO CASO, **LA PREVISORA** PODRÁ SOLICITAR LA REVISIÓN DE LA CALIFICACIÓN POR PARTE DE LA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, O DE LA JUNTA NACIONAL.

2. LA INCAPACIDAD PERSISTA POR UN PERIODO DE SEIS (6) MESES CONSECUTIVOS.

### **1.2.15 RENTA DIARIA POST-HOSPITALARIA**

**PREVISORA** RECONOCERÁ AL **ASEGURADO** HASTA EL LÍMITE DE VALOR INDIVIDUAL ASEGURADO ESTIPULADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO Y/O CONDICIONES PARTICULARES PARA EL RESPECTIVO AMPARO, POR CADA DÍA QUE DICHO **ASEGURADO** SE ENCUENTRE RECLUIDO EN SU DOMICILIO BAJO ORDEN DEL **MÉDICO** TRATANTE TRAS HABER PERMANECIDO HOSPITALIZADO POR MÁS DE 24 HORAS EN UNA **INSTITUCIÓN HOSPITALARIA O CLÍNICA**.

ES CONDICIÓN PARA LA PROCEDENCIA DE ESTE AMPARO QUE, LA ENFERMEDAD O LESIONES QUE HAYAN DADO LUGAR A LA PERMANENCIA EN EL DOMICILIO, SE ORDENE MÉDICAMENTE, CON POSTERIORIDAD A HABER ESTADO HOSPITALIZADO POR MÁS DE 24 HORAS EN UNA **CLÍNICA** U HOSPITAL, Y QUE, SE HAYAN PRODUCIDO TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS, DESDE EL INGRESO DEL **ASEGURADO** A LA PÓLIZA.

LA INDEMNIZACIÓN SE OTORGARÁ DESDE EL PRIMER DÍA Y POR UN PERÍODO MÁXIMO, IGUAL A LOS DÍAS QUE PERMANECIÓ RECLUIDO EN LA **INSTITUCIÓN HOSPITALARIA** CON DERECHO A INDEMNIZACIÓN POR EL AMPARO DE RENTA DIARIA HOSPITALARIA, SIN EXCEDER DEL PERIODO DE INCAPACIDAD ORDENADO POR EL **MÉDICO** TRATANTE.

### **1.2.16 AUXILIO POR TRATAMIENTO AMBULATORIO O CIRUGÍA AMBULATORIA**

SI EL ASEGURADO ES SOMETIDO A UNA CIRUGÍA AMBULATORIA O PEQUEÑA CIRUGÍA, **PREVISORA** RECONOCERÁ AL **ASEGURADO** HASTA EL LÍMITE DE VALOR INDIVIDUAL ASEGURADO ESTIPULADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO Y/O CONDICIONES PARTICULARES PARA EL RESPECTIVO AMPARO, SIEMPRE QUE EL PROCEDIMIENTO HAYA SIDO REALIZADO EN UN CENTRO MÉDICO O CENTRO DE CIRUGÍA QUE CUMPLA CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS PARA TAL FIN, BAJO EL CUIDADO Y SUPERVISIÓN DE UN **MÉDICO** QUE DEBE POSEER LICENCIA PERMANENTE Y VÁLIDA PARA PRACTICAR LA MEDICINA EN COLOMBIA.

EL PAGO SE PRODUCIRÁ SIEMPRE Y CUANDO LA ENFERMEDAD O LESIONES QUE LA HAYAN OCASIONADO SE HAYAN PRODUCIDO UNA VEZ TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS DESPUÉS DESDE EL INGRESO DEL **ASEGURADO** A LA PÓLIZA. ESTE AMPARO TENDRÁ, ADICIONALMENTE, UN LÍMITE DE MÁXIMO DE 3 EVENTOS POR VIGENCIA.

## **2 CLÁUSULA SEGUNDA. - EXCLUSIONES**

### **2.1 EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS**

**PREVISORA** NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR NINGUNA SUMA DEL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES PARTICULARES PARA CUALQUIERA DE LOS AMPAROS CONTRATADOS, CUANDO LA MUERTE, LESIONES Y HOSPITALIZACIÓN OCURRAN COMO CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

- A. LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DEL ASEGURADO EN GUERRA, INVASIÓN, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, INSURRECCIÓN, PODER MILITAR USURPADO, LEY MARCIAL, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL O ACTIVIDADES TERRORISTAS.
- B. PANDEMIAS Y EPIDEMIAS DE ACUERDO CON LA DEFINICIÓN QUE DE ESTAS ESTABLEZCAN LOS ORGANISMOS NACIONALES O INTERNACIONALES PERTINENTES O CON CAPACIDAD PARA HACER DICHA DECLARACIÓN.
- C. REACCIÓN NUCLEAR, RADIACIÓN NUCLEAR O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA, CUALQUIERA QUE SEA LA CAUSA DE LOS MISMOS O DE CUALQUIER ASOCIACIÓN O POOL FORMADO CON EL FIN DE AMPARAR RIESGOS ATÓMICOS O DE ENERGÍA NUCLEAR.
- D. PRÁCTICA HABITUAL DE PRUEBAS DE RESISTENCIA Y/O DEPORTES PELIGROSOS, TALES COMO PARACAIDISMO, ALTA DELTA, ULTRALIVIANO, PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN CARRERAS DE AUTOMOVILISMO O CARRERAS DE MOTOCICLETAS O CARRERAS DE BOTES A MOTOR, SNOW

BOARDING, DOWNHILL, ALPINISMO, MONTAÑISMO, ESCALADA VERTICAL EN ROCA, BUNGEE JUMPING, RAFTING, INMERSIÓN LIBRE, REGATAS, CANOTAJE, HÍPICA, SKI.

- E. ACTIVIDADES TERRORISTAS "NBQR", ES DECIR, ACTIVIDADES TERRORISTAS PRODUCIDAS POR MATERIAL NUCLEAR, BIOLÓGICO, QUÍMICO Y RADIOACTIVO.
- F. TEMBLORES DE TIERRA, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, INUNDACIONES, RAYO, MAREJADA, O CUALQUIER OTRO FENÓMENO DE LA NATURALEZA O CONVULSIÓN DE LA NATURALEZA. ESTA EXCLUSIÓN NO APLICARÁ AL AMPARO BÁSICO DE ESTA PÓLIZA

**2.2 EXCLUSIONES, ENFERMEDADES GRAVES COMO ANTICIPO Y ENFERMEDADES GRAVES COMO CAPITAL ADICIONAL PREVISTAS EN LOS NUMERALES 1.2.2 Y 1.2.3 DEL NUMERAL 1.2 (AMPAROS OPCIONALES) DE LA CLÁUSULA PRIMERA (AMPAROS)**

EN ADICIÓN A LAS EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS, NO SE AMPARA EL PADECIMIENTO O DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES O PADECIMIENTOS INDICADAS A CONTINUACIÓN, COMO CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

- A. INFECCIÓN Y ENFERMEDAD ASOCIADA POR VIH Y/O EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), TAL COMO ESTA DEFINIDO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD O CUALQUIER SÍNDROME O ENFERMEDAD DE TIPO SIMILAR BAJO CUALQUIER NOMBRE, QUE TENGA Y QUE SEA DIAGNOSTICADO POR UN MÉDICO AUTORIZADO, CON LA RESPECTIVA PRUEBA DE LABORATORIO CONFIRMATORIA QUE ESTÉ VIGENTE.
- B. TUMORES DE LA PIEL SALVO QUE SE TRATE DE MELANOMAS.
- C. DIABETES MELLITUS Y SUS COMPLICACIONES.
- D. EL INFARTO SILENCIOSO Y LA ANGINA DE PECHO SIN INFARTO.
- E. ISQUEMIAS CEREBRALES TRANSITORIAS.
- F. TRATAMIENTO CON LÁSER U OTROS MÉTODOS NO INVASIVOS DE LAS ARTERIAS CORONARIAS (RADIOFRECUENCIA, GAMMA KNIFE X KNIFE, FÁRMACOS TROMBOLÍTICOS), OPERACIONES DE VÁLVULAS CARDÍACAS, OPERACIONES POR TUMORACIÓN INTRACARDIACA O ALTERACIÓN CONGÉNITA DEL CORAZÓN.
- G. ENFERMEDADES ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS O ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS CON ANTERIORIDAD AL INGRESO DEL **ASEGURADO** A LA PÓLIZA.
- H. ENFERMEDADES GRAVES O INVALIDEZ, CAUSADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR ADICCIÓN AL ALCOHOL O A LAS DROGAS.
- I. LESIONES PREMALIGNAS, **CÁNCER** INSITU.

**2.3 EXCLUSIONES AMPARO DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL PREVISTO EN EL NUMERAL 1.2.4 DEL NUMERAL 1.2 (AMPAROS OPCIONALES) DE LA CLÁUSULA PRIMERA (AMPAROS)**

EN ADICIÓN A LAS EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS, NO PAGARÁ LA SUMA PREVISTA COMO VALOR ASEGURADO PARA EL AMPARO LA MUERTE ACCIDENTAL, CUANDO ESTA SEA A CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

- A. CUALQUIER CLASE DE ENFERMEDAD.
- B. LOS ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL **ASEGURADO** DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X, CHOQUES ELÉCTRICOS, ETC., SALVO QUE DICHOS TRATAMIENTOS SE ESTÉN REALIZANDO PARA LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO POR EL PRESENTE AMPARO.
- C. SUICIDIO, LESIONES CORPORALES INFLIGIDAS A SI MISMA POR LA PERSONA, BIEN SEA EN ESTADO DE CORDURA O DE DEMENCIA O BAJO EL INFLUJO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS.
- D. ACCIDENTES QUE SUFRA EL **ASEGURADO** COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER CLASE DE

PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE AVIACIÓN O RELACIONADOS CON ESTA, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.

- E. ACCIDENTES OCURRIDOS COMO CONSECUENCIA DE, ENCONTRARSE EL **ASEGURADO** POR CUALQUIER CAUSA, BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, DE DROGAS TÓXICAS O HERÓICAS O ALUCINÓGENAS.
- F. ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE EL DESARROLLO DE CUALQUIER SERVICIO O ACTIVIDAD, MILITAR, NAVAL, FUERZA AÉREA O DE POLICÍA.
- G. PARTICIPACIÓN DEL **ASEGURADO** EN ACTIVIDADES ILÍCITAS O POR LA CONTRAVENCIÓN DE NORMAS LEGALES, SALVO LO RELACIONADO CUANDO EL **ASEGURADO** DESATIENDA LAS SEÑALES REGLAMENTARIAS DE TRÁNSITO, NO ACATE LA SEÑAL ROJA DE LOS SEMÁFOROS, CONDUZCA A UNA VELOCIDAD QUE EXCEDA DE LA PERMITIDA, CAREZCA DE LICENCIA PARA CONDUCIR VEHÍCULOS DE LA CLASE.

**2.4 EXCLUSIONES AMPARO DESMEMBRACIÓN E INCAPACIDAD FUNCIONAL PERMANENTE A CAUSA DE ACCIDENTE PREVISTO EN EL NUMERAL 1.2.5 DEL NUMERAL 1.2 (AMPAROS OPCIONALES) DE LA CLÁUSULA PRIMERA (AMPAROS)**

EN ADICIÓN A LAS EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS, PREVISORA NO PAGARÁ SUMA ALGUNA, CUANDO EL ACCIDENTE QUE DE LUGAR A LA DESMEMBRACIÓN E INCAPACIDAD FUNCIONAL PERMANENTE SEA CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

- A. CUALQUIER CLASE DE ENFERMEDAD.
- B. LOS ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL **ASEGURADO** DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X, CHOQUES ELÉCTRICOS, ETC., SALVO QUE DICHOS TRATAMIENTOS SE ESTÉN REALIZANDO PARA LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO POR EL PRESENTE AMPARO.
- C. A CAUSA DE UN INTENTO SUICIDIO, LESIONES CORPORALES INFLIGIDAS A SI MISMA POR LA PERSONA, BIEN SEA EN ESTADO DE CORDURA O DE DEMENCIA O BAJO EL INFLUJO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS.
- D. CUALQUIER CLASE DE PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE AVIACIÓN O RELACIONADAS CON ESTA, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.
- E. ENCONTRARSE EL **ASEGURADO** POR CUALQUIER CAUSA, BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, DE DROGAS TÓXICAS O HERÓICAS O ALUCINÓGENAS, SIEMPRE Y CUANDO TAL INFLUENCIA TENGA RELACIÓN CAUSAL CON EL ACCIDENTE.
- F. EL DESARROLLO DE CUALQUIER SERVICIO O ACTIVIDAD MILITAR, NAVAL, FUERZA AÉREA O DE POLICÍA.
- G. PARTICIPACIÓN DEL **ASEGURADO** EN ACTIVIDADES ILÍCITAS O POR LA CONTRAVENCIÓN DE NORMAS LEGALES, SALVO LO RELACIONADO CUANDO EL **ASEGURADO** DESATIENDA LAS SEÑALES REGLAMENTARIAS DE TRÁNSITO, NO ACATE LA SEÑAL ROJA DE LOS SEMÁFOROS, CONDUZCA A UNA VELOCIDAD QUE EXCEDA DE LA PERMITIDA, CAREZCA DE LICENCIA PARA CONDUCIR VEHÍCULOS DE LA CLASE.
- H. SE EXCLUYE LAS RECLAMACIONES SUPERIORES AL 100% DEL VALOR ASEGURADO EN CASO DE QUE EN EL MISMO EVENTO Y/O EN LA MISMA VIGENCIA, SE PRESENTEN VARIAS PÉRDIDAS.

**2.5 EXCLUSIONES AMPARO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE PREVISTO EN EL NUMERAL 1.2.8 DEL NUMERAL 1.2 (AMPAROS OPCIONALES) DE LA CLÁUSULA PRIMERA (AMPAROS)**

EN ADICIÓN A LAS EXCLUSIONES PARA TODOS LOS AMPAROS, **PREVISORA** NO PAGARÁ LOS GASTOS MÉDICOS, QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

- A. CUALQUIER CLASE DE ENFERMEDAD.
- B. ASISTENCIA MÉDICA, QUIRÚRGICA, HOSPITALARIA U ODONTOLÓGICA, QUE NO SEA COMO

CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE.

- C. LESIONES CORPORALES INFLIGIDAS A SI MISMA POR LA PERSONA, O INTENTO DE SUICIDIO, BIEN SEA EN ESTADO DE CORDURA O DE DEMENCIA O BAJO EL INFLUJO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS.
- D. LOS ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE EL DESARROLLO DE CUALQUIER SERVICIO O ACTIVIDAD MILITAR, NAVAL, FUERZA AÉREA O DE POLICIA.
- E. VIOLACIÓN, POR PARTE DEL **ASEGURADO**, DE CUALQUIER NORMA DE CARÁCTER PENAL
- F. LOS GASTOS MÉDICOS QUE DEBEN SER ASUMIDOS POR LA ARL CORRESPONDIENTE DEL ASEGURADO.
  
- G. ENCONTRARSE EL **ASEGURADO** POR CUALQUIER CAUSA BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, DE DROGAS TÓXICAS O HERÓICAS O ALUCINÓGENAS, SIEMPRE Y CUANDO TAL INFLUENCIA TENGA RELACIÓN CAUSAL CON EL ACCIDENTE.
- H. LA PRÁCTICA DE EXÁMENES MÉDICOS DE RUTINA.

**2.6 EXCLUSIONES AMPAROS RENTA CLÍNICA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE, RENTA CLÍNICA DIARIA POR INTERNAMIENTO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, RENTA POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL, RENTA DIARIA POST-HOSPITALARIA, AUXILIO POR TRATAMIENTO AMBULATORIO O CIRUGÍA AMBULATORIA PREVISTAS EN LOS NUMERALES 1.2.10, 1.2.11, 1.2.12, 1.2.13, Y 1.2.14 DEL NUMERAL 1.2 (AMPAROS OPCIONALES) DE LA CLÁUSULA PRIMERA (AMPAROS)**

EN ADICIÓN A LAS EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS, PREVISORA NO PAGARÁ SUMA ALGUNA POR RENTA O AUXILIO CUANDO LA ENFERMEDAD, ACCIDENTE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL O ESTADÍA POSTOPERATORIA SE PRODUZCAN COMO CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

- A. LA PRÁCTICA DE EXÁMENES MÉDICOS DE RUTINA.
- B. LESIONES CORPORALES INFLIGIDAS A SI MISMA POR LA PERSONA, O INTENTO DE SUICIDIO, BIEN SEA EN ESTADO DE CORDURA O DE DEMENCIA O BAJO EL INFLUJO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS.
- C. CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO, A MENOS QUE SEAN COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO Y SE TRATE DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA. EN GENERAL, SE EXCLUYE TODA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA QUE TENGA POR FINALIDAD CORREGIR DEFORMACIONES, MALFORMACIONES, IMPERFECCIONES Y ANOMALÍAS CONGÉNITAS.
- D. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), O TODO LO RELACIONADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON ÉSTE.
- E. ENFERMEDADES CONGÉNITAS O LESIONES, DEFECTOS FÍSICOS Y ENFERMEDADES ORIGINADAS O ADQUIRIDAS ANTES DE LA CONTRATACIÓN DE LA COBERTURA.
- F. TRATAMIENTO NO RECONOCIDOS CIENTÍFICAMENTE POR LAS AUTORIDADES DE SALUD.
- G. TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD, ESTERILIDAD Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR.
- H. **CÁNCER** Y SU TRATAMIENTO.
- I. CIRUGÍAS EFECTUADAS EN UN ESTABLECIMIENTO QUE NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS DESCRITOS EN LAS CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA O QUE EL **ASEGURADO** NO SE ENCUENTRE BAJO LA ATENCIÓN Y CUIDADO DE UN **MÉDICO** AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, EN COLOMBIA.
- J. RECLUSIÓN PARA CHEQUEOS DE CONTROL O PRÁCTICA DE EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO
- K. ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS.
- L. CAUTERIZACIONES DE CUALQUIER TIPO, EXTRACCIÓN DE VERRUGAS, LUNARES, UÑAS

ENCARNADAS, LIPOMAS Y QUISTES SEBÁCEOS.

M. TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS.

N. EL ESTUDIO O USO, ASÍ COMO SUS CONSECUENCIAS, DE MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS **MÉDICO** QUIRÚRGICOS PARA EL CRECIMIENTO, ENVEJECIMIENTO, OBESIDAD, ADELGAZAMIENTO, O EL CONTROL DE PESO.

### **3 CLÁUSULA TERCERA – DEFINICIONES**

Para los efectos de las coberturas y exclusiones de esta póliza se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

#### **3.1 TOMADOR**

Es la persona natural o jurídica que, actuando por cuenta ajena conforme a lo previsto por el artículo 1039 del Código de Comercio, contrata esta póliza para asegurar un número determinado de personas y es el obligado al pago de la prima.

#### **3.2 GRUPO ASEGURABLE**

Son todas las personas naturales, agrupadas bajo un mismo tomador (persona jurídica), en virtud de una situación legal o reglamentaria. También constituirá grupo asegurable, el que se tenga entre personas con relaciones estables de la misma naturaleza, cuyo vínculo no tenga relación con el propósito de contratar este seguro.

También podrá otorgarse el seguro a aquellos conjuntos de personas que, por sus condiciones, aunque no tengan personería jurídica, pueden tener la condición de **grupo asegurable**.

#### **3.3 BENEFICIARIOS**

Son las personas naturales o jurídicas, cuando así se estipule en las condiciones particulares de la póliza, designadas por escrito por el **asegurado** y notificadas expresamente por el **asegurado** a Previsora o a la entidad **tomadora**, de manera previa a la ocurrencia del siniestro, quienes tienen derecho a percibir la indemnización derivada de esta póliza.

Cuando no se hubiere designado **beneficiario**, o la designación fuere ineficaz o quedare sin efecto por cualquier causa, serán **beneficiarios** aquellos que la ley estipule.

Para los efectos del amparo de gastos funerarios previsto en el numeral 1.2.7, del numeral 1.2 (amparos opcionales) de la cláusula primera (amparos), el **beneficiario** será la persona que demuestre haber sufragado los gastos funerarios del **asegurado** fallecido.

#### **3.4 ASEGURADO**

Se entiende por **asegurado**, la persona natural designada en la carátula de la póliza o en sus anexos, sobre la cual puede recaer la realización del riesgo amparado.

#### **3.5 DEFINICIÓN DE ENFERMEDADES**

Para los efectos de las enfermedades indicadas en los amparos y exclusiones de esta póliza se tendrán en cuenta las siguientes definiciones especiales:

**3.5.1. Cáncer:** Se entiende por cáncer la presencia de uno o más tumores malignos, incluyendo leucemia no linfocíticas crónicas, linfomas y enfermedad de Hodgkin, caracterizados por la destrucción de tejidos normales por el crecimiento anormal celular y la diseminación loco-regional o a distancia de células malignas o invasión a otros órganos. Se excluyen los tumores benignos, pre-malignos o de potencial maligno, así como cualquier tipo de Cáncer In Situ, cáncer de piel excepto el melanoma y la Micosis Fungoide que no sean definidos como In Situ (deben ser Estadío II o mayor).

Se entiende también como Cáncer la diseminación fuera del tejido o capa donde se inició, y crece en otros tejidos o partes del cuerpo. El diagnóstico debe ser respaldado por un médico oncólogo y demostrado por resultado de anatomía patológica e historia clínica.

**3.5.2. Accidente Cerebrovascular:** Es todo déficit o padecimiento cerebro vascular tratado en un hospital que produzca secuelas neurológicas que duren más de 48 horas. Debe existir una destrucción del tejido cerebral causada por trombosis, hemorragia o embolia de fuente extracraneal, así como pruebas de disfunción neurológica permanente. El diagnóstico y estas pruebas deberán ser realizadas por un neurólogo después de transcurridas seis semanas, como mínimo del accidente cerebro vascular. Se encuentran excluidas: Accidente isquémico transitorio (AIT), ACV secundario a un accidente o lesión, ACV asintomática silenciosa como hallazgo en un estudio de imagen y Anormalidades en la materia blanca del cerebro en estudios de neuro imagen también conocidas como leucoaraiosis.

**3.5.3. Insuficiencia Renal Crónica y fallo total crónico e irreversible de ambos riñones:** Etapa final de la insuficiencia renal por fallo funcional crónico e irreversible de ambos riñones, motivo por el cual requiere diálisis renal o se realiza trasplante renal. La necesidad de diálisis deberá estar certificada por un informe nefrológico. Se excluye la Insuficiencia Renal Aguda, aún si es tratada con diálisis temporal.

**3.5.4. Infarto Agudo de Miocardio:** Muerte de una parte del músculo miocárdico como consecuencia de abastecimiento sanguíneo inadecuado, tratado en un centro hospitalario, diagnosticado por:

- A. alteraciones recientes del electrocardiograma
- B. aumento de las enzimas cardiacas y proteínas contráctiles (TROPONINA)
- C. Si lo anterior no es suficiente debe demostrarse por examen de diagnóstico de alta complejidad

Se excluye de la definición de infarto agudo al miocardio, La lesión miocárdica que no es consecuencia directa de un aporte sanguíneo inadecuado o resulta de cualquier otra enfermedad o traumatismo directo al corazón y cardiomiopatía de Takotsubo.

**3.5.5. Cirugía de Revascularización Coronaria Enfermedad** Cirugía a corazón abierto para corregir la estrechez o bloqueo de una o más arterias coronarias a través de la colocación de injerto(s) de derivación o Bypass, por recomendación de un especialista y evidenciadas por el resultado de una angiografía. El resultado de la angiografía, junto con el informe médico estará a disposición de **PREVISORA**.

**3.5.6. Trasplante de Órganos Vitales:** Es la implantación de un órgano extraído de un donante humano, en el organismo del asegurado, con restablecimiento de las conexiones arteriales y venosas. Los órganos cuyo trasplante está cubierto por esta póliza son los siguientes: Corazón, Hígado, Páncreas y Pulmón.

**3.5.7. Esclerosis Múltiples:** Se define como una enfermedad inflamatoria con lesiones desmielinizantes crónicas, que deben ser confirmadas por un neurólogo y apoyado con exámenes neurológicos y estudios de imagen clínicamente aceptados al momento de la reclamación. También debe existir déficit neurológico permanente y objetivo, evidente al examen físico y con duración mayor a 3 meses. Se excluye: la Esclerosis Múltiple Recurrente Remitente sin signos neurológicos permanentes, Síndrome de Devic y Todas las otras enfermedades desmielinizantes que no confirmen la Esclerosis Múltiple.

**3.5.8. Gran Quemado:** Lesiones de los tejidos producidos por la energía térmica transmitida por radiación, productos químicos o contacto eléctrico clasificadas como de tercer grado de profundidad y que comprometen más del 30% del área de superficie corporal.

**3.5.9. Alzheimer:** Diagnóstico clínico inequívoco de Enfermedad de Alzheimer, confirmado por un especialista y evidenciado por hallazgos típicos en exámenes neurológicos y cognitivos (por ejemplo, TAC, Resonancia Nuclear Magnética, PET de cerebro). La enfermedad debe producir como resultado una incapacidad permanente de realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.

**3.5.10. Parkinson:** Diagnóstico inequívoco de Enfermedad de **Parkinson** primaria o idiopática (todas las otras formas de Parkinsonismo están excluidas) confirmado por un especialista en neurología. La enfermedad debe provocar incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.

**3.5.11. Estado de Coma:** Estado de inconsciencia sin reacciones o respuestas a estímulos externos o necesidades internas, persistiendo continuamente con el uso de sistemas de soporte de la vida por un periodo de al menos 96 horas y resultando en un déficit neurológico permanente. El diagnóstico debe ser confirmado

por especialista y el déficit neurológico debe ser documentado por lo menos durante 3 meses.

**3.5.12. Anemia Aplástica:** Diagnóstico inequívoco de falla de la médula ósea confirmado por especialista y evidenciado por los resultados de biopsia de médula ósea. La enfermedad debe ocasionar anemia, neutropenia y trombocitopenia, que requieran al menos uno de los siguientes tratamientos:

- A. Transfusión de productos de sangre.
- B. Estimulantes de la médula ósea.
- C. Agentes inmunosupresores.
- D. Trasplante de médula ósea.

**3.5.13. 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), Capacidad de alimentarse por sí mismo, 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.

**3.6. TABLA DE INDEMNIZACIONES: Para efectos de lo indicado en el amparo de Desmembración e incapacidad funcional permanente a causa de accidente de la cláusula primera, se establece la siguiente tabla:**

CLASE DE PÉRDIDA	% A PAGAR
Enajenación mental incurable con impotencia funcional absoluta	100%
Parálisis o Invalidez Total y Permanente	100%
Ceguera completa en ambos ojos	100%
Pérdida total e irreparable de ambos pies o ambas manos	100%
Sordera total bilateral	100%
Pérdida del habla	100%
Pérdida o inutilización del brazo o de la mano derecha	60%
Pérdida completa de la visión de un ojo	50%
Sordera total unilateral	50%
Pérdida o inutilización del brazo o de la mano izquierda	50%
Pérdida o inutilización de una pierna por encima de la rodilla	50%
Pérdida o inutilización de un pie	40%
Pérdida completa o inutilización del uso de la cadera	30%
Fractura no consolidada de una pierna	30%
Pérdida o inutilización del dedo pulgar derecho	25%
Pérdida total o inutilización de tres dedos de la mano derecha o el pulgar y otro dedo que sea el índice	25%
Pérdida completa del uso del hombro derecho	25%
Como máxima indemnización por trastornos en la masticación y habla	25%
Pérdida o inutilización del dedo pulgar izquierdo	20%
Pérdida total o inutilización de tres dedos de la mano izquierda o el pulgar y otro dedo que no sea el índice	20%
Pérdida completa del uso de la muñeca o del codo derecho	20%
Pérdida completa del uso de alguna rodilla	20%
Fractura no consolidada de una rodilla	20%
Pérdida o inutilización del dedo índice derecho	15%
Pérdida completa del uso de la muñeca o del codo izquierdo	15%
Pérdida completa del uso del tobillo	15%
Pérdida o inutilización del dedo índice izquierdo	12%
Pérdida o inutilización del dedo gordo en alguno de los pies	12%
Pérdida del dedo anular derecho	10%
Pérdida del dedo medio derecho	10%
Pérdida del dedo anular izquierdo	8%

Pérdida del dedo medio izquierdo	8%
Pérdida del dedo gordo de alguno de los pies	8%
Pérdida del dedo meñique derecho	7%
Pérdida del dedo meñique izquierdo	5%
Pérdida de una falange de cualquier dedo	5%

**PARÁGRAFO**

- a. Para todos los efectos de la presente condición, se entiende por pérdida de la mano, la amputación que se verifique a la altura de la muñeca o por encima de ella, y por pérdida del pie, la amputación que se verifique a la altura del tobillo o por encima de él.
- b. También se entiende por pérdida, la inhabilitación funcional total y permanente del órgano o miembro lesionado.
- c. Cuando el Asegurado sufra dos o más pérdidas de las especificadas en la tabla, el valor total del pago no podrá exceder el 100% del Valor Asegurado en este amparo.
- d. Las indemnizaciones pagadas por la pérdida de dedos, se deducirán de cualquier pago que se hiciese por concepto de la pérdida de la mano o el pie respectivo.

**La tabla contenida en este numeral aplica para personas diestras, en caso de asegurado zurdo se aplica en los mismos porcentajes indicados en sentido inverso.**

**3.7. MÉDICO**

Persona legalmente autorizada para ejercer la medicina, y que por su especialidad está cualificada para aplicar el tratamiento médico correspondiente, adscrito a la EPS o medicina prepagada donde se encuentre afiliado el **Asegurado**.

**3.8. INSTITUCIÓN HOSPITALARIA O CLÍNICA**

Establecimiento legalmente registrado y autorizado de acuerdo con la legislación colombiana, para la atención y prestación de servicios médicos, hospitalarios y quirúrgicos.

**3.9. INCAPACIDAD TEMPORAL**

Aquella incapacidad ocasional que produce temporalmente alteraciones orgánicas y funcionales que impiden desempeñar todas y cada una de las actividades diarias propias de su trabajo u ocupación cotidiana, debidamente certificada por **médico** tratante.

**3.10. TABLA DE EQUIVALENCIA**

Para efectos de lo indicado en el amparo de Incapacidad Permanente Parcial por Origen Laboral NUMERAL 1.2.13 DEL NUMERAL 1.2 (AMPAROS OPCIONALES) DE LA CLÁUSULA PRIMERA (AMPAROS), se establece la siguiente tabla:

PCL: PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL  
 %: FACTOR PORCENTUAL A APLICAR SOBRE EL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO

PCL	%	PCL	%	PCL	%	PCL	%	PCL	%
Mayor o igual a 49 menor a 50	100	Mayor o igual a 38	77.08	Mayor o igual a 27	54.17	Mayor o igual a 16	31.25	Mayor o igual a 5	8.33
Mayor o igual a 48	97.92	Mayor o igual a 37	75.00	Mayor o igual a 26	52.08	Mayor o igual a 15	29.17		
Mayor o igual a 47	95.83	Mayor o igual a 36	72.92	Mayor o igual a 25	50.00	Mayor o igual a 14	27.08		
Mayor o igual a 46	93.75	Mayor o igual a 35	70.83	Mayor o igual a 24	47.92	Mayor o igual a 13	25.00		
Mayor o igual a 45	91.67	Mayor o igual a 34	68.75	Mayor o igual a 23	45.83	Mayor o igual a 12	22.92		
Mayor o igual a 44	89.58	Mayor o igual a 33	66.67	Mayor o igual a 22	43.75	Mayor o igual a 11	20.83		
Mayor o igual a 43	87.50	Mayor o igual a 32	64.58	Mayor o igual a 21	41.67	Mayor o igual a 10	18.75		
Mayor o igual a 42	85.42	Mayor o igual a 31	62.50	Mayor o igual a 20	39.58	Mayor o igual a 9	16.67		
Mayor o igual a 41	83.33	Mayor o igual a 30	60.42	Mayor o igual a 19	37.50	Mayor o igual a 8	14.58		
Mayor o igual a 40	81.25	Mayor o igual a 29	58.33	Mayor o igual a 18	35.42	Mayor o igual a 7	12.50		
Mayor o igual a 39	79.17	Mayor o igual a 28	56.25	Mayor o igual a 17	33.33	Mayor o igual a 6	10.42		

**3.11. CIRUGÍA AMBULATORIA O PEQUEÑA CIRUGÍA**

Procedimientos de cirugía que no requieren de uso de quirófano y que se realizan en salas de urgencias o en consultorio, tales como esguinces, fracturas óseas simples que requieran inmovilización y vendaje y cuya reducción no afecta el uso del quirófano.

**4 CLÁUSULA CUARTA. - MODALIDADES MEDIANTE LAS CUALES SE PUEDE CONTRATAR ESTE SEGURO**

Según se indique en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares este seguro tendrá una de las siguientes modalidades de contratación:

**SEGURO CONTRIBUTIVO:** Es aquel cuya prima es sufragada, en su totalidad o en parte por los miembros del **grupo asegurado**.

**SEGURO NO CONTRIBUTIVO:** Es aquel cuya prima es sufragada, en su totalidad por el tomador del seguro.

**5. CLÁUSULA QUINTA – VIGENCIA DEL SEGURO**

Corresponde al lapso comprendido entre las horas y fechas de inicio y finalización del seguro y sus amparos, conforme sea consignado en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares.

La vigencia de los amparos que corresponden a cada **asegurado** es la que se indica expresamente en la carátula de la póliza o en sus anexos, siempre y cuando se haya pagado la prima en el plazo acordado a través de las condiciones particulares, y el documento no haya sido rechazado por **PREVISORA** por diligenciamiento incorrecto o por cualquier otra circunstancia.

**6. CLÁUSULA SEXTA. - EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA**

Todo miembro del grupo asegurable podrá obtener los amparos a los que se refiere esta póliza, siempre y cuando cumplan con los siguientes requisitos:

- Edad Mínima de Ingreso para todos los Amparos: 12 años – Mujeres 14 años - Hombres

AMPARO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD DE PERMANENCIA
VIDA (BÁSICO)	75	100
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	70	80
BENEFICIOS POR DESMEMBRACION	70	80
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL	70	80
RENTA DIARIA POS HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE	65	75
ENFERMEDADES GRAVES COMO ANTICIPO	65	75
ENFERMEDADES GRAVES COMO CAPITAL ADICIONAL	65	75
INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL (IPP) DE ORIGEN LABORAL	62	65
RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL	62	65

**7. CLÁUSULA SÉPTIMA - SUMA ASEGURADA**

La suma asegurada para cada **asegurado** corresponde al valor indicado para cada uno de los amparos en el certificado individual de seguro y/o condiciones particulares.

**8. CLÁUSULA OCTAVA - PAGO DE LA PRIMA Y MORA**

El **tomador** del seguro está obligado al pago de la prima, por tanto, el pago de la prima en el plazo y forma acordada a través de las condiciones particulares, es condición indispensable para el inicio de la vigencia del seguro.

Cuando la presente Póliza de Vida Grupo tenga el carácter de seguro contributivo, es decir, que la totalidad de la prima es sufragada por los integrantes del **grupo asegurado**, le corresponde al **asegurado** proveer los recursos necesarios para que el **tomador** efectúe el pago de la prima a **PREVISORA**.

El no pago de las primas por parte del **tomador** dentro del mes siguiente a la fecha de cada vencimiento, producirá la terminación de la cobertura de dicho certificado específico. Por consiguiente, si ocurre algún siniestro, **PREVISORA** tendrá la obligación de pagar la suma asegurada correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas y pendientes de pago por parte del **tomador**, hasta completar la anualidad respectiva.

**PREVISORA**, previo a la fecha de vencimiento del plazo para el pago de la cuota de la prima, podrá, por solicitud del **asegurado** o por iniciativa propia, otorgar plazo adicional para el pago respectivo. Dicha decisión no modificará la vigencia de la póliza.

En caso de existir beneficiario oneroso, la decisión de la aseguradora será notificada al beneficiario oneroso en un plazo no superior a 30 días hábiles siguientes a la ampliación del plazo.

**9. CLÁUSULA NOVENA – DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE**

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1058 del Código de Comercio el **tomador** y el **asegurado** están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo, según el cuestionario que les sea propuesto por **PREVISORA**, cuando así se haga. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por **PREVISORA**, lo 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 sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el **tomador** o el **asegurado** han encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado de riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del **tomador** o del **asegurado**, el contrato no será nulo, pero **PREVISORA** 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 representan respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 del Código de Comercio.

Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si **PREVISORA**, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

En relación con el amparo de vida de esta póliza, aunque **PREVISORA** prescinda del examen médico, el **asegurado** no podrá considerarse exento de las obligaciones que se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción dé lugar.

**10. CLÁUSULA DÉCIMA - INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE EDAD**

De acuerdo con lo previsto en este clausulado, si respecto a la edad del **asegurado** se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, se aplicarán las siguientes reglas:

1. Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa de **PREVISORA**, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el Artículo 1058 del Código de Comercio tal como se indica en la cláusula anterior.
2. Si es mayor que la declarada el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por **PREVISORA**, y
3. Si es menor el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el ordinal segundo.

**11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA- IRREDUCTIBILIDAD O INCONTESTABILIDAD**

Si transcurridos dos (2) años en vida del **asegurado**, desde la fecha del perfeccionamiento del contrato, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad.

**12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO APLICABLE A LOS AMPAROS OPCIONALES DISTINTOS AL AMPARO BÁSICO DE VIDA**

De acuerdo con lo previsto por el inciso final del artículo 1060 del C. de Co. El **tomador** o el **Asegurado** en su caso están obligados a notificar por escrito a **PREVISORA** de cualquier cambio que se efectúe en la actividad, profesión u ocupación tanto del **tomador** como de cualquiera de los **asegurados**, durante la vigencia de esta póliza.

La notificación se hará con antelación no menor de diez (10) días a la fecha de la modificación del riesgo, si esta depende del arbitrio del **asegurado** o del **tomador**. Si le es extraña, dentro de los diez (10) días siguientes a aquel en que tengan conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta (30) días desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior, **PREVISORA** podrá revocar los amparos opcionales o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

La falta de notificación oportuna produce la terminación del amparo, pero sólo la mala fe del **asegurado** o del **tomador** dará derecho a **PREVISORA** para retener la prima no devengada.

Estas sanciones no son aplicables al amparo básico de vida.

**13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA- INAPLICACIÓN DE SANCIONES TRATÁNDOSE DE UN SEGURO COLECTIVO**

El contrato, así como los certificados individuales que se expidan con fundamento en esta póliza, subsistirán con todos sus efectos, con respecto a aquellas personas que fueran extrañas a las infracciones indicadas en las cláusulas Novena a Décima Primera anteriores.

Sin perjuicio de lo anterior, si entre las personas aseguradas, existe una comunidad tal, que permita considerarlas como un solo riesgo, a la luz de la técnica aseguradora, las sanciones de que tratan los artículos 1058 y 1060 del Código de Comercio inciden sobre todo el contrato.

**14. CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA- TERMINACIÓN DE LOS AMPAROS INDIVIDUALES**

Sin perjuicio de lo previsto en la cláusula vigésima (Reglas para el pago de las indemnizaciones) los amparos concedidos a cualquier **asegurado** por la presente póliza y sus anexos terminan por las siguientes causas:

- A. Por falta de pago de la prima individual, cuando corresponda.
- B. Una vez deje de pertenecer al **grupo asegurable** por cualquier causa.
- C. Cuando el **tomador** solicite por escrito la exclusión del **asegurado**.
- D. A la finalización de la vigencia de la póliza en curso al momento en que el **asegurado** cumpla la edad máxima de permanencia estipulada en la presente póliza y/o condiciones particulares.
- E. A la terminación de la vigencia de la póliza.
- F. Si se trata del seguro del cónyuge, compañero(a) permanente, padres, hermanos e hijos dependientes, cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado
- G. Tratándose de amparos opcionales, una vez se haya pagado el límite asegurado establecido en la carátula de la póliza y/o condiciones particulares.

**15. CLÁUSULA. - DÉCIMA QUINTA - REVOCACIÓN DE LOS AMPAROS OPCIONALES DISTINTOS AL AMPARO BÁSICO DE VIDA.**

**PREVISORA** no podrá revocar el amparo de vida.

Tratándose de los amparos opcionales y sus anexos, **PREVISORA** podrá revocarlos mediante aviso escrito al **tomador** enviado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación a la fecha de

revocación, contados a partir de la fecha del envío. En este caso, **PREVISORA** devolverá la parte proporcional de la prima no devengada desde la fecha de la revocación.

El **tomador** y los **asegurados** podrán revocar la póliza en cualquier momento, mediante aviso escrito remitido a **PREVISORA**.

Si el **tomador** da aviso por escrito a **PREVISORA** para que esta póliza sea revocada, será responsable de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de revocación.

**PREVISORA** devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas, desde la fecha de revocación. El importe de la prima devengada y de la devolución, se calculará tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

#### **16. CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA- CONVERTIBILIDAD**

Los asegurados menores de 70 años que por causa distinta de siniestro, dejen de pertenecer al grupo asegurado después de permanecer en él por lo menos durante un año continuo anterior a la solicitud de convertibilidad, tendrán derecho a ser asegurados sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo la póliza de vida grupo, pero sin beneficios adicionales.

Para tal efecto el asegurado deberá solicitar la aplicación de la cláusula de convertibilidad en el término de un mes contado a partir de su retiro del grupo. El seguro individual se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan y conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada del asegurado y su ocupación en la fecha de solicitud. En caso de haberse aceptado bajo la póliza riesgos subnormales se expedirán las pólizas individuales con la clasificación impuesta bajo la póliza de grupo y la extraprima que corresponda al seguro de vida individual. Si el Asegurado fallece dentro del trámite de expedición, conforme con lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que ella se hubiere expedido, sus beneficiarios tendrán derecho a la prestación asegurada bajo la póliza respectiva.

#### **17. CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA – DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS**

El **beneficiario** designado en esta póliza puede ser a título gratuito u oneroso. **PREVISORA** pone a disposición del asegurado el formulario de designación de beneficiarios.

El **asegurado** podrá cambiar el **beneficiario** en cualquier momento, sólo requerirá notificar oportunamente por escrito a **PREVISORA** cuando se trate de un **beneficiario** gratuito, pero si es oneroso, se requerirá el consentimiento del **beneficiario** para su cambio.

Cuando no se designe **beneficiario**, o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, de acuerdo con el Artículo 1142 del C. de C serán **beneficiarios** el cónyuge del **asegurado** en la mitad del seguro y los herederos del **asegurado** en la otra mitad. Igual regla se aplicará en el evento de que se designe genéricamente como **beneficiarios** a los herederos del **asegurado**.

En desarrollo de lo previsto por el artículo 1143 del C. de Co. cuando el **asegurado** y el **beneficiario** mueren simultáneamente o se ignora cuál de los dos ha muerto primero, tendrán derecho a la suma asegurada prevista, el cónyuge y los herederos del **asegurado**, en las proporciones indicadas en el artículo anterior, si el título de **beneficiario** es gratuito; si es oneroso, los herederos del **beneficiario**.

#### **18. CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA. - OBLIGACIONES EN CASO DE SINIESTRO**

En caso de siniestro que pudiera dar lugar a una afectación de esta póliza, el **asegurado** o el **beneficiario**, según corresponda, estarán obligados a cumplir con las siguientes obligaciones:

1. De acuerdo con lo previsto en artículo 1075 del Código de Comercio deberá darse aviso de siniestro dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a que se conoció o debió conocer la ocurrencia de este.
2. Para los amparos de carácter indemnizatorio, se debe declarar la existencia de seguros coexistentes.

El incumplimiento de obligación prevista en el numeral 1 anterior legitimará a **PREVISORA**, de acuerdo con lo previsto por el artículo 1078 del Código de Comercio para deducir del monto de la indemnización el valor de los perjuicios que dicho incumplimiento le hubiere causado.

El incumplimiento malicioso de la obligación de declarar seguros coexistentes para los amparos de carácter indemnizatorio conllevará la pérdida del derecho a ser indemnizado conforme lo preceptuado en el artículo 1076 del Código de Comercio.

**19. CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA. - PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN**

**PREVISORA** pagará al **beneficiario** cualquier monto debido bajo esta póliza dentro del mes siguiente a que se haya acreditado la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, en un todo, de acuerdo con lo previsto por los artículos 1077 y 1080 del Código de Comercio.

**20. CLÁUSULA VIGÉSIMA- PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN.**

El **Beneficiario** quedará privado de todo derecho procedente de la presente póliza, en los siguientes casos:

1. Cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta; si en apoyo de ella, se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o si se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos de acuerdo con lo previsto por el artículo 1078 del Código de Comercio.
2. Cuando al dar noticia del siniestro omiten maliciosamente informar de los seguros coexistentes respecto de amparos de carácter indemnizatorio, de acuerdo con lo previsto por el artículo 1076 del Código de Comercio.
3. Cuando el **beneficiario**, como autor o como cómplice, haya causado intencional e injustificadamente la muerte del **asegurado** o atentado gravemente contra su vida.

**21. CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA- DEDUCCIONES Y REGLAS PARA EL PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES**

En adición a lo previsto en la cláusula Décima Tercera de esta póliza Los límites y sublímites de cobertura de los amparos que se contraten se sujetarán a las siguientes reglas especiales:

1. El límite de valor asegurado en el amparo de Incapacidad Total y Permanente no es acumulable al amparo básico de vida y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por Incapacidad Total y Permanente, el Seguro de Vida Grupo terminará para el asegurado respectivo.
2. En caso de que se haya contratado el amparo de Desmembración e Incapacidad Funcional Permanente a causa de accidente cualquier pago por tal amparo se deduce del que pueda corresponder por el amparo de Incapacidad Total y Permanente.

En consecuencia, cuando se reconozca una indemnización por el amparo de Desmembración e Incapacidad Funcional Permanente a Causa de Accidente al 100% del Valor Asegurado, PREVISORA estará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere a este seguro.

3. En caso de que se haya contratado el amparo de Enfermedades Graves Como Anticipo cualquier indemnización por este concepto no es acumulable al amparo básico de vida y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicho amparo, este pago será deducido del que pueda corresponder por el amparo básico.
4. Si se contrata el amparo de Enfermedades Graves como Anticipo e Incapacidad Total y Permanente y en virtud del primero, **PREVISORA** ha efectuado algún pago, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por el amparo de Incapacidad total y permanente.

En caso de que se hayan contratado los amparos de Enfermedades Graves como Anticipo y Desmembración e Incapacidad Funcional Permanente a Causa de Accidente, y en virtud de cualquiera de ellos PREVISORA ha efectuado un pago, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por el otro amparo.

**22. CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - DERECHOS DE INSPECCIÓN**

**PREVISORA** se reserva el derecho de inspeccionar los libros y documentos del **tomador** que se refieran al manejo de esta póliza.

**23. CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA. – MODIFICACIONES A ESTE CONTRATO**

Cualquier modificación, acuerdo adicional, cambio o adición que se hagan a esta póliza, sólo tendrá valor probatorio cuando consten por escrito, con aceptación expresa de las partes.

**24. CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA - PRESCRIPCIÓN**

La prescripción de las acciones derivadas del presente contrato se regirá de acuerdo con lo establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio.

**25. CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA – AUTORIZACIÓN ESPECIAL**

Sin perjuicio de lo estipulado en Artículo 34 de la ley 23 de 1981, el **asegurado** autoriza expresamente a **PREVISORA**, para verificar y pedir ante cualquier **médico** o **institución hospitalaria** la información que sea necesaria incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de la historia clínica, aún después del fallecimiento.

**26. CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA. - LÍMITES TERRITORIALES**

Se refiere al área geográfica, respecto de la cual se otorgará cobertura en virtud de esta póliza, según se especifica en la carátula y/o sus condiciones particulares, a menos que se defina de otra manera.

En caso de que nada se diga en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares, se entenderá que los límites territoriales corresponden a una cobertura mundial.

**27. CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉPTIMA. - LEY Y JURISDICCIÓN APLICABLE**

Todos los términos y condiciones incluyendo cualquier cuestión relacionada con la celebración, validez, interpretación, desarrollo y aplicación de este seguro se rige por las leyes de la República de Colombia conforme lo dispone el artículo 869 del Código de Comercio.

Adicionalmente, cualquier desacuerdo entre el **asegurado** y **PREVISORA** con respecto a cualquier aspecto de este contrato se someterá a los tribunales de la República de Colombia, ya sea ante justicia ordinaria o la arbitral, en caso de que se pacte cláusula compromisoria en las condiciones particulares de esta póliza o se llegue a celebrar un compromiso de acuerdo con la ley.

**28. CLÁUSULA VIGÉSIMA OCTAVA. - DOMICILIO**

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

**29. CLÁUSULA VIGÉSIMA NOVENA. - CESIÓN**

Esta póliza y cualquier de los certificados o anexos que se expidan con base en ella no podrán ser objeto de cesión sin el previo consentimiento por escrito de **PREVISORA**.

**30. CLÁUSULA TRIGÉSIMA. - OBLIGACIONES EN MATERIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAVADO DE ACTIVOS Y/O FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO**

El **tomador** y/o **asegurado** se compromete a diligenciar íntegra y simultáneamente a la celebración contrato de seguro, el formulario de vinculación o conocimiento de clientes que le será entregado por **PREVISORA** y, que resulta, de obligatorio cumplimiento para satisfacer los requerimientos del Sistema de Administración de Riesgos de lavado de activos y la financiación del terrorismo- SARLAFT.

Si alguno de los datos contenidos en el citado formulario sufre modificación en lo que respecta al **tomador/asegurado**, durante la vigencia del seguro, este deberá informar tal circunstancia a **PREVISORA**, para lo cual diligenciará nuevamente el respectivo formato.

Es requisito para la renovación del seguro que, el **tomador** y/o **asegurado** diligencien nuevamente el formulario de vinculación o de conocimiento del cliente.

El tomador y/o asegurado declara que los recursos comprometidos para la ejecución del Contrato de seguro son propios y provienen de actividades lícitas y están ligados al desarrollo normal de sus actividades, y que, por lo tanto, los mismos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicione o modifique así como no estar incluido en ninguna lista restrictiva, para lo cual autoriza a la aseguradora para realizar la respectiva consulta en las mismas.

**PARÁGRAFO:** Cuando el **beneficiario** del seguro sea una persona diferente al **tomador** y/o **asegurado**, la información relativa al **beneficiario** deberá ser diligenciada por éste al momento de la presentación de la reclamación, conforme al formulario que **PREVISORA** suministrará para tal efecto.

**32 CLÁUSULA TRIGÉSIMA SEGUNDA. - PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL/ CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO**

El **tomador** y/o **asegurado** autoriza expresamente a **PREVISORA**, identificada con NIT. 860.002.400-2, a sus terceros vinculados y a sus proveedores, a realizar el tratamiento de incluir los datos de carácter personal que recopile en virtud y todos los datos posteriores, que estén relacionados con el cumplimiento de la solicitud presentada de forma física, telefónica y/o escrita, así como del presente contrato de seguro y los que surjan durante su desarrollo, ya sean estos de naturaleza pública, privada o semiprivada, incluyendo datos de identificación, datos de contacto y datos financieros, relacionados con el **tomador** y/o **asegurado**. Estos datos podrán ser almacenados en las bases de datos de **PREVISORA**, físicas y/o digitales, por las que es y será responsable, y en las de sus proveedores autorizados, durante el tiempo que se mantenga la relación que se regula por medio del presente contrato o aún después de finalizado, por el tiempo que **PREVISORA** lo requiera para dar cumplimiento a sus obligaciones legales, así como a las siguientes finalidades:

- A. La ejecución y cumplimiento de los fines contractuales que comprende la actividad aseguradora, así como todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado;
- B. Conocimiento al cliente y el control y la prevención de fraude;
- C. Realizar el trámite de la vinculación como consumidor financiero, deudor, y/o contraparte contractual de **PREVISORA**;
- D. Verificar la información entregada en cualquier momento antes o durante la relación contractual como **tomador/asegurado** con diferentes fuentes, sean estas públicas y/o privadas de considerarse pertinente con el fin de comprobar el cumplimiento de obligaciones pecuniarias y contractuales;
- E. Realizar contactos vía correo electrónico, correo postal, mensajes de texto mms/sms telefónicamente, o mediante plataformas de mensajería instantánea (como lo es WhatsApp) como actividad propia de la ejecución y/o cumplimiento de la relación contractual incluyendo actividades de localización y cobranza;
- F. Realizar la liquidación y pago de siniestros;
- G. Enviar correos electrónicos, correo postal, mensajes de texto mms/sms o contactarme telefónicamente o mediante plataformas de mensajería instantánea (como lo es WhatsApp) en desarrollo de actividades de mercadeo, con fines comerciales y/o para ofrecerme productos y servicios propios de **PREVISORA** y/o de otras empresas, aliadas de **PREVISORA**.
- H. La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora;
- I. 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 de **PREVISORA**;
- J. Envío de información de posibles sujetos de tributación en los estados unidos al Internar Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables;
- K. Cumplimiento de obligaciones legales de **PREVISORA** en su calidad de aseguradora;
- L. Atender requerimientos de autoridades competentes en ejercicio de sus funciones;
- M. Atender peticiones, quejas y reclamos;
- N. Conservarla para fines estadísticos e históricos y/o para dar cumplimiento a las obligaciones legales en cuanto a lo que a conservación de información y documentos se refiere;
- O. Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia.

Se autoriza a **PREVISORA** para que consulte en cualquier momento, en las centrales de información crediticia, todos los datos relevantes para conocer mi capacidad de pago, o para valorar el riesgo presente o futuro de celebrar contratos; así como para que reporte a las centrales de información crediticia datos sobre el cumplimiento oportuno o el incumplimiento, si lo hubiere, de las obligaciones o deberes legales de contenido patrimonial, derivados del presente contrato. Se autoriza para que las notificaciones o comunicaciones previas relacionadas con el reporte negativo de información financiera y crediticia sean remitidas de forma física, al correo electrónico, a través de mensajes de texto

## PÓLIZA DE VIDA GRUPO

VGP-002-013



SMS y/o a través de mensajes enviado mediante aplicaciones de mensajería instantánea, como lo es WhatsApp, todo esto tomando como insumo la información que se encuentra dentro de las bases de datos de **PREVISORA**.

El **tomador** y/o **asegurado** conoce el carácter facultativo que ostenta la entrega de datos personales de naturaleza sensible y autoriza expresamente el tratamiento de ellos para las mismas finalidades informadas mediante el presente contrato.

De igual forma, el **tomador** y/o **asegurado** aclara que por medio de este documento no hace entrega de datos personales de niños, niñas y/o adolescentes; sin embargo, en caso de que sea requerido para la correcta ejecución del contrato de seguro y el cumplimiento de las obligaciones de La **PREVISORA** como compañía aseguradora y demás finalidades anteriormente indicadas, los datos personales se solicitarán respetando el interés superior de los niños, niñas y adolescentes titulares de la información, y asegurando el respeto de sus derechos fundamentales.

Los datos personales recopilados por **PREVISORA** podrán ser compartidos, transmitidos, transferidos nacional e internacionalmente, para dar cumplimiento a las finalidades mencionadas en el presente contrato, con (i) los proveedores contratados para el efecto, tales como, sin limitarse, ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, administradores de cartera, entre otros. ii) las personas con las cuales **PREVISORA** adelanta gestiones para efectos de celebrar contratos de coaseguro o reaseguro. iii) Fasecolda, Inverfas S.A. y INIF, personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraude, la selección de riesgos, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales. iv) empresas aliadas de **PREVISORA** que requieran la información personal suministrada para hacer verificaciones y estudios de prevención del riesgo, fraude y lavado de activos de forma independiente con el fin de otorgar productos y servicios propios, sin que sea necesario realizar un trámite adicional ante dichas empresas.

El **tomador** y/o **asegurado** podrán hacer valer en todo momento los derechos de conocer el uso que se le da a sus datos personales, actualizarlos, rectificarlos, solicitar prueba y revocar su consentimiento, acceder gratuitamente a sus datos objeto de tratamiento por parte de **PREVISORA** al menos una vez al mes y/o solicitar la eliminación de cualquier dato que se encuentre en las bases de datos de **PREVISORA**, esto último que procederá únicamente en los casos en que no tenga una obligación legal o contractual vigente con **PREVISORA**, o la aseguradora no tenga una obligación legal de conservación de información, comunicándose al correo electrónico [contactenos@previsora.gov.co](mailto:contactenos@previsora.gov.co), enviando comunicación a la calle 57 # 9 - 07 en Bogotá, en el teléfono +1 3487555 o a través del sistema de atención de PQR disponible en la página [www.previsora.gov.co](http://www.previsora.gov.co), misma página web en la que podrá conocer su política de privacidad.

En el caso de que el **tomador** facilite a **PREVISORA** información relativa a asegurados o terceros, dicho suministro se hará bajo el entendido de que dichos asegurados y/o terceros han manifestado previamente su autorización al **tomador** para que sus datos personales le sean comunicados a PREVISORA con la finalidad de poder cumplir con el contrato de seguro.