

Allianz 

Condiciones Generales

Seguro de Vida Grupo

ALIANZ SECCION S.A.

VIGILADO POR SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE CHILE

La compañía en cumplimiento de su deber precontractual ha puesto a disposición del Tomador y de su grupo asegurado las condiciones generales del presente Contrato de Seguro, las cuales podrá encontrar en la página www.allianz.co.

Te invitamos a leerlas atentamente y verificar que tus expectativas están plenamente cubiertas. Somos fieles a nuestra promesa de asegurar el futuro, por eso nuestra prioridad es brindarte soluciones y coberturas que se ajusten a tus necesidades.

Recuerda que cuentas con todo el respaldo de Allianz para proteger tu vida y la de tu familia cuando más lo necesites.


Representante Legal
Allianz Seguros de Vida S.A.

PRELIMINAR

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

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1152 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, El no pago de las primas dentro del mes siguiente a la fecha de cada vencimiento producirá la terminación del contrato.

La compañía en cumplimiento de su deber precontractual ha puesto a consideración del tomador del presente seguro las condiciones generales de la póliza y le ha explicado directamente y/o a través del intermediario respectivo, el contenido de la cobertura (riesgos que el asegurador cubre), de las exclusiones (circunstancias en las cuales el asegurador no brinda cobertura) y de las garantías (promesas del asegurado relacionadas directa o indirectamente con el riesgo o afirmación o negación de una situación de hecho) allí contenidas, así como sobre su existencia, efectos y alcance. en todo caso de persistir cualquier inquietud el tomador podrá comunicarse a nuestras líneas de atención indicadas en este mismo condicionado.”

* Grandes contribuyentes, Régimen Común. No sujeto a Retención.

CONTENIDO

	página
CLÁUSULA 1ª EXCLUSIONES	5
CLÁUSULA 2ª AMPAROS	9
CLÁUSULA 3ª DEDUCCIONES	18
CLÁUSULA 4ª SUJETOS QUE INTERVIENEN EN EL CONTRATO	19
CLÁUSULA 5ª DATOS DE LA PÓLIZA	19
CLÁUSULA 6ª MODIFICACIONES	20
CLÁUSULA 7ª MODALIDADES DE SEGURO	20
CLÁUSULA 8ª EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA	21
CLÁUSULA 9ª REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD	21
CLÁUSULA 10ª LA PRIMA	21
CLÁUSULA 11ª TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL	22
CLÁUSULA 12ª MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO	22
CLÁUSULA 13ª DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE	23
CLÁUSULA 14ª IRREDUCTIBILIDAD DEL SEGURO	24
CLÁUSULA 15ª CONVERTIBILIDAD	24
CLÁUSULA 16ª REVOCACION DEL CONTRATO	24
CLÁUSULA 17ª SEGUROS COEXISTENTES	24
CLÁUSULA 18ª PÓLIZA DE VIDA GRUPO DEUDORES	25
CLÁUSULA 19ª SINIESTROS	25
CLÁUSULA 20ª CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	27
CLÁUSULA 21ª NOTIFICACIONES	27
CLÁUSULA 22ª DEFINICIONES	27

CONDICIONES GENERALES

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

CLÁUSULA 1ª EXCLUSIONES

En la siguiente tabla encontrarás las exclusiones que aplican a cada uno de los amparos descritos en la póliza:

AMPAROS	EXCLUSIONES															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Básico de vida Fallecimiento	✓	✓	✓	✓	✓											✓
Incapacidad Total y Permanente	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓								✓
Enfermedades Graves	✓	✓	✓	✓	✓				✓							✓
Trasplante de órganos	✓	✓	✓	✓	✓				✓	✓						✓
Indemnización adicional por muerte accidental	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓			✓	✓	✓	✓		✓
Beneficios por desmembración accidental	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓	✓	✓		✓
Renta Clínica Diaria por Enfermedad o Accidente	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓
Renta Diaria por Hospitalización en casa	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓
Renta Diaria Post Hospitalaria	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓
Renta Clínica Diaria en Unidad de Cuidados Intensivos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓
Auxilio por tratamiento o cirugía ambulatoria	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓
Auxilio Funerario	✓	✓	✓	✓	✓											✓
Auxilio para canasta familiar por muerte	✓	✓	✓	✓	✓											✓
Auxilio para canasta familiar por ITP	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓								✓

A continuación, hallarás la descripción de las exclusiones enumeradas en la tabla anterior:

No habrá lugar a pago alguno cuando la causa de la reclamación sea a consecuencia de, o esté en conexión directa o indirectamente con:

1. EVENTOS ACCIDENTALES CAUSADOS DIRECTAMENTE POR GUERRA INTERIOR O EXTERIOR, INVASIÓN, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, SEDICIÓN, ASONADA O ACTOS VIOLENTOS MOTIVADOS POR CONMOCIÓN CIVIL O POR APLICACIÓN DE LA LEY MARCIAL, REBELIÓN, INSURRECCIÓN, PODER MILITAR USURPADO, MOTÍN. NO ESTÁN EXCLUIDOS LOS EVENTOS ACCIDENTALES CAUSADOS, DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR TERRORISMO.

2. EVENTOS OCURRIDOS A CONSECUENCIA DE FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, RADIATIVIDAD O EL USO DE ARMAS ATÓMICAS, BACTERIOLÓGICAS O QUÍMICAS .
3. RECLAMACIONES QUE SEAN CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES, LESIONES, DEFECTOS FÍSICOS O LIMITACIONES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTES OCURRIDOS O ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS O MANIFIESTAS CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL O A LA INCLUSIÓN DE LOS AMPAROS ADICIONALES.
4. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN CUALQUIER COMPETENCIA DE VELOCIDAD O HABILIDAD CATALOGADA COMO DE ALTO RIESGO, PRÁCTICAS DEPORTIVAS TALES COMO AUTOMOVILISMO, BOXEO, PARACAIDISMO, MOTONÁUTICA, ALAS DELTA, MOTOCROSS, LADERISMO, KARTISMO, MOTOCICLISMO, PARAPENTE, TAUROMAQUIA, EQUITACIÓN, SALTO CON CUERDAS DESDE PUENTES O CONSTRUCCIONES Y EN CUALQUIER OTRO CONCURSO, COMPETENCIA, O SUS PREPARATIVOS, MONTAÑISMO, Y OTROS SIMILARES, SEA COMO MIEMBRO ACTIVO O EJECUTANTE.
5. PRÁCTICA, ENTRENAMIENTO O PARTICIPACIÓN EN DEPORTES O ACTIVIDADES TALES COMO ESPELEOLOGÍA, BUCEO, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, PLANEADORES, DEPORTES DE INVIERNO Y LA PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL.
6. LESIONES QUE HAYAN SIDO PROVOCADAS A SÍ MISMO POR EL ASEGURADO ESTANDO O NO EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES, ASÍ COMO EL INTENTO DE SUICIDIO.
7. RECLAMACIONES QUE SEAN CONSECUENCIA DE PADECIMIENTOS, ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS, SIEMPRE Y CUANDO SEAN CONOCIDOS POR EL ASEGURADO AL INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL O A LA INCLUSIÓN DE LOS AMPAROS ADICIONALES.
8. EL USO DE VEHÍCULOS O ARTEFACTOS AÉREOS EN CALIDAD DE PILOTO, ESTUDIANTE DE PILOTAJE, MECÁNICO DE AVIACIÓN O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN, SALVO CUANDO SEA PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS BAJO ITINERARIOS PREESTABLECIDOS.
9. LA COMPAÑÍA NO CUBRE LAS ENFERMEDADES INDICADAS A CONTINUACIÓN, NI LAS QUE SE DERIVEN DIRECTAMENTE O INDIRECTAMENTE DE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:
 - **SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)**, tal como fue reconocido por la Organización Mundial de la Salud o cualquier síndrome o enfermedad de tipo similar o producida por los mismos tipos de virus causantes del SIDA, que sea diagnosticada por un médico legalmente facultado para ejercer la profesión.
 - **ANGIOPLASTIA CON BALÓN, LÁSER U OTROS PROCEDIMIENTOS**, y cualquier otra intervención intra-arterial, operaciones de válvula, operaciones por tumoración intracardiaca o alteración congénita.
 - **ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES TRANSITORIAS ISQUÉMICAS**

- **ESTADO DE COMA** provocado por el abuso de alcohol, tóxico o drogas no prescritas por un médico.
 - **CUALQUIER ENFERMEDAD QUE NO SE ENCUENTRE EXPRESAMENTE ENUNCIADA DENTRO DE LA COBERTURA DEL AMPARO ADICIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES.**
 - **CUALQUIER TIPO DE CÁNCER IN SITU O TUMOR MALIGNO SIN EVIDENCIA DE INVASIÓN**, es decir el cáncer diagnosticado o todo tumor con clasificación clínica TNOM0. Asimismo, el 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.
 - **ADICCIÓN AL ALCOHOL O A DROGAS** que no hayan sido diagnosticadas por un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión
- 10.** CUALQUIER TRASPLANTE QUE NO SE ENCUENTRE EXPRESAMENTE ENUNCIADO DENTRO DE LA COBERTURA DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS.
- 11.** MUERTE CAUSADA POR LA ACCIÓN DIRECTA O INDIRECTA DE UNA PERSONA SOBRE EL ASEGURADO, MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE ARMA DE FUEGO, ARMA CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE, CON EXPLOSIVOS, O POR ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN, O CUALQUIER OTRA CAUSA DE MUERTE NO NATURAL DIFERENTE A LA MUERTE ACCIDENTAL DEFINIDA EN ESTA PÓLIZA.
- 12.** ACCIDENTES O ENFERMEDADES CAUSADAS, POR ENCONTRARSE EL ASEGURADO EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ (GRADO II O SUPERIORES) Y QUE CON ELLO SE EXPONGA DELIBERADAMENTE A PELIGROS, O BAJO LA INFLUENCIA DE DROGAS HEROICAS, TÓXICAS, PSICOTRÓPICAS O CUALQUIER DROGA CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO PRESCRITA POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN.
- 13.** LOS ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X O CHOQUES ELÉCTRICOS, SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO.
- 14.** ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO VIAJE COMO PASAJERO EN AERONAVES QUE NO PERTENEZCAN A UNA COMPAÑÍA DE TRANSPORTE AÉREO CON ITINERARIOS DEBIDAMENTE PUBLICADOS Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS POR LA AUTORIDAD GUBERNAMENTAL CONSTITUIDA Y CON JURISDICCIÓN SOBRE LA AVIACIÓN CIVIL DEL PAÍS DE SU REGISTRO.
- 15.** LA COMPAÑÍA NO CUBRE LOS SINIESTROS QUE SE DERIVEN DIRECTAMENTE O INDIRECTAMENTE DE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:
- CAUTERIZACIONES DE CUALQUIER TIPO, EXTRACCIÓN DE VERRUGAS, LUNARES, UÑAS ENCARNADAS, LIPOMAS Y QUISTES SEBÁCEOS.
 - TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS.

- ENFERMEDADES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) O SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).
- CUALQUIER CLASE DE HERNIAS Y VÁRICES.
- LA ESCLEROTERAPIA, SUTURAS Y TRATAMIENTOS CON CRIOTERAPIA
- EMBARAZO, MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SUS CONSECUENCIAS, ASÍ COMO EL DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO GENERAL O POR LAPAROSCOPIA PARA FERTILIZACIÓN Y ESTERILIDAD, INSEMINACIÓN ARTIFICIAL, DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y/O FRIGIDEZ, FECUNDACIÓN INVITRO, PRUEBAS GENÉTICAS Y TRATAMIENTOS ORIENTADOS AL FETO EN GENERAL O EL ABORTO PROVOCADO.
- TRATAMIENTOS MÉDICOS POR ENFERMEDADES O TRASTORNOS MENTALES DEL ASEGURADO, O POR LESIONES AUTOINFLINGIDAS DERIVADAS DE ESTADOS DE ENAJENACIÓN MENTAL O DE DEMENCIA, O POR EFECTOS DE TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS Y/O PSICOLÓGICOS. CURAS DE DESCANSO O DE REPOSO, TRATAMIENTO POR ADICCIÓN A LAS DROGAS O ALCOHOL. LESIONES O ENFERMEDADES DEBIDAS A LA INGESTIÓN DE DROGAS SOMNÍFERAS, BARBITÚRICOS, ALUCINÓGENAS, O POR ESTADO DE EMBRIAGUEZ.
- TRATAMIENTOS MÉDICOS, ESTÉTICOS O QUIRÚRGICOS PARA EL MANEJO DE LA OBESIDAD Y/O EL SOBREPESO, PTOSIS PALPEBRAL, BLEFAROCHALASIS, ARRUGAS Y CALVICIE Y PROCEDIMIENTOS DE USO COSMÉTICOS EN GENERAL. RECLUSIÓN PARA CHEQUEOS DE CONTROL O PRÁCTICA DE EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO. POLISOMNOGRAMAS Y CIRUGIAS PARA LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO.
- EL USO DE MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS MÉDICO QUIRÚRGICOS, ASÍ COMO SUS CONSECUENCIAS, PARA EL MANEJO DE TRASTORNOS DEL CRECIMIENTO, ENVEJECIMIENTO, TRASTORNOS DE LA MEMORIA, O EL USO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS TALES COMO: MESOTERAPIA, HIDROTERAPIA, CELULOTERAPIA, CÁMARA HIPERBÁRICA, ENTRE OTROS.
- LOS RECONOCIMIENTOS MÉDICOS O EXÁMENES DE CHEQUEO GENERAL O DE RUTINA, DE TAMIZAJE O PREVENTIVOS.
- CIRUGÍAS PARA DONACIÓN DE ÓRGANOS.
- CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS CON FINES DE EMBELLECIMIENTO

16. ALLIANZ NO OTORGARÁ COBERTURA NI SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR NINGÚN SINIESTRO U OTORGAR NINGÚN BENEFICIO EN LA MEDIDA EN QUE (I) EL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA (II) EL PAGO DE LA RECLAMACIÓN O (III) EL OTORGAMIENTO DE TAL BENEFICIO EXPONGAN A LA COMPAÑÍA A CUALQUIER SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONTEMPLADA EN LAS RESOLUCIONES, LEYES, DIRECTIVAS, REGLAMENTOS, DECISIONES O CUALQUIER NORMA DE LAS NACIONES UNIDAS, LA UNIÓN EUROPEA, EL REINO UNIDO DE GRAN BRETAÑA E IRLANDA DEL NORTE, LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA O CUALQUIER OTRA LEY NACIONAL O REGULACIÓN APLICABLE.

CLÁUSULA 2ª. AMPAROS

Tenga en cuenta que, de los amparos relacionados en las condiciones generales únicamente aplicarán aquellos que fueron pactados en las condiciones particulares suscritas, por cuanto fueron los otorgados como cobertura en la póliza y el evento cubierto es aquel que se origina dentro de la vigencia de la misma, hasta la suma asegurada contrata en la caratula de la póliza.

A. AMPARO BÁSICO

- ✓ BÁSICO DE VIDA (FALLECIMIENTO)

B. AMPAROS OPCIONALES

El tomador podrá contratar si lo desea todos o alguno(s) de lo(s) siguiente(s) amparo(s) y deberán quedar especificados en la carátula de la póliza.

- ✓ INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
- ✓ ENFERMEDADES GRAVES
- ✓ TRASPLANTE DE ORGANOS
- ✓ INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL
- ✓ BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL
- ✓ RENTA CLÍNICA DIARIA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE
- ✓ RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN CASA
- ✓ RENTA DIARIA POST-HOSPITALARIA
- ✓ RENTA CLÍNICA DIARIA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
- ✓ AUXILIO POR TRATAMIENTO AMBULATORIO O CIRUGÍA AMBULATORIA
- ✓ AUXILIO FUNERARIO
- ✓ AUXILIO PARA CANASTA FAMILIAR POR MUERTE
- ✓ AUXILIO PARA CANASTA FAMILIAR POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

DEFINICION DE LOS AMPAROS

La presente póliza otorga las siguientes coberturas de acuerdo con las definiciones y condiciones previstas en este contrato.

1. AMPARO BÁSICO DE VIDA

Si el asegurado fallece por cualquier causa no mencionada en las exclusiones de la presente póliza, LA COMPAÑÍA pagará el valor asegurado para este amparo, siempre que la fecha de fallecimiento ocurra dentro de la vigencia de la póliza.

El pago del valor asegurado para este amparo generará la terminación automática del contrato de seguro.

En caso de muerte presunta por desaparecimiento, la suma a indemnizar será el valor asegurado a la fecha de la muerte establecida en la sentencia emitida por la entidad competente, la cual deberá inscribirse en el registro civil de defunción.

2. DEFINICIÓN Y CONDICIONES DE LOS AMPAROS OPCIONALES

Aplican, siempre y cuando se encuentren expresamente contratados y mencionados en la póliza, indicando el alcance y valor asegurado de cada uno, se resalta que no son obligatorios y el tomador dentro de los amparos opcionales puede seleccionar algunas de las coberturas que se indican a continuación:

2.1. AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Habrà cobertura por este amparo cuando EL ASEGURADO, sufra una pérdida total y permanente de su capacidad laboral igual o superior al 50% como consecuencia de una enfermedad o accidente, el evento generador y la estructuración de invalidez ocurra bajo la vigencia de este amparo y que haya existido por un periodo continuo no menor a 120 días (El número de días puede ser modificado siempre y cuando se encuentre descrito en las condiciones particulares de la póliza).

En todo caso dicha incapacidad podrá ser demostrada mediante certificación de EPS, ARL, AFP o Junta Regional o Nacional de calificación de invalidez. Es decir, la incapacidad total y permanente deberá ser calificada por los entes autorizados por el gobierno nacional y con base en el manual único de calificación vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación, sin que sea posible la aplicación de los manuales de calificación de invalidez de los regímenes especiales o exceptuados de la ley 100 de 1993.

El valor de la indemnización por este amparo se calculará con el valor asegurado correspondiente a la fecha de estructuración de la correspondiente incapacidad total y permanente.

Parágrafo 2.1.1: Sin perjuicio de cualquier otra causa, se considera también como incapacidad total y permanente, la pérdida total e irreparable de la visión de ambos ojos, la amputación de ambas manos o ambos pies, o de toda una mano y un pie.

Para los efectos de este amparo, las pérdidas anteriores se definen así:

- De las manos: Amputación traumática o quirúrgica a nivel de la muñeca.
- De los pies: Amputación traumática o quirúrgica a nivel del tobillo.
- De los dos ojos: La pérdida total e irreparable de la visión.

Parágrafo 2.1.2: Salvo las exclusiones previstas para los efectos de esta póliza, se entiende por accidente todo suceso imprevisto, exterior, violento, visible, verificable mediante examen médico, repentino e independiente de la voluntad del asegurado, que produzca en la integridad física del mismo, cualquiera de las pérdidas indicadas en la tabla de indemnizaciones.

Parágrafo 2.1.3: El valor asegurado en el amparo de Incapacidad Total y Permanente no es acumulable al amparo de Básico de Vida (fallecimiento) y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por el asegurado afectado, su cobertura en la póliza de Vida Grupo terminará.

2.2. AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES

Habrá cobertura por este amparo cuando un médico legalmente autorizado para ejercer la profesión le diagnostica al ASEGURADO por primera vez, con base en pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, la presencia o padecimiento de cualquiera de las siguientes enfermedades: CÁNCER, LEUCEMIA, INFARTO DEL MIOCARDIO, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, CIRUGÍA ARTERIOCORONARIA, ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, , ESCLEROSIS MÚLTIPLE, TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES, QUEMADURAS GRAVES, ESTADO DE COMA, ANEMIA APLÁSTICA, TRAUMATISMO MAYOR DE CABEZA, ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y ENFERMEDAD DE PARKINSON.

La manifestación y el diagnóstico de la enfermedad deberán presentarse con posterioridad a los noventa (90) días contados desde el inicio de vigencia del presente amparo. Para enfermedades específicas, se aplicarán los plazos descritos en sus definiciones. En cualquier caso, no habrá lugar a pago alguno, cuando:

- a) Exista un historial relacionado con la enfermedad, previo al inicio de la vigencia individual de este amparo.
- b) Se haya recibido tratamiento por la enfermedad, antes del inicio de la vigencia individual del presente amparo

Parágrafo 2.2.1 LA COMPAÑÍA pagará la suma equivalente al porcentaje señalado en la carátula de la póliza en caso de cobertura, y el valor de la indemnización afectará directamente el valor asegurado en los amparos de Básico de Vida, Incapacidad Total y Permanente, Indemnización adicional por muerte accidental y Beneficios por desmembración accidental, que se reducirán en esa proporción al momento del pago de la reclamación por el amparo de Enfermedades Graves. En caso de presentarse una reclamación posterior por una de las coberturas afectadas, la indemnización se hará con base en el remanente.

2.2.1. DEFINICIÓN DE LAS ENFERMEDADES GRAVES

Para todos los efectos del presente amparo, las afecciones citadas para ser objeto de cobertura quedan definidas así:

- **CÁNCER:** Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, que se caracteriza por el crecimiento y la expansión incontrolada de células malignas e invasión de tejidos. Se incluye dentro de esta cobertura la leucemia linfocítica aguda, los linfomas, la enfermedad de Hodking, así como el melanoma maligno invasivo. El diagnóstico de cualquiera de las anteriores enfermedades debe ser evidenciado por una histología claramente definida.
- **CÁNCER IN SITU:** Se define como Cáncer In Situ todo cáncer o tumor maligno sin evidencia de invasión, es decir el cáncer diagnosticado o todo tumor con clasificación T0N0M0. Todo valor indemnizado por cáncer in situ, será deducido del amparo de Enfermedades Graves en caso de que dicha patología se convierta en metastásica.
- **INFARTO AL MIOCARDIO:** Significa la muerte de una porción del músculo del corazón resultado del bloqueo de una o más arterias coronarias. El diagnóstico está basado en un episodio que consiste en:

- a. Dolor de pecho típico,

b. Nuevos cambios electrocardiográficos (ECG) asociados, consistentes en elevación del segmento ST en dos o más derivaciones, aparición de onda Q patológica en dos o más derivaciones, o inversión de la onda T en dos o más derivaciones, y

c. Elevación de enzimas cardíacas

- **INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:** Falla total crónica e irreversible de ambos riñones, como consecuencia de la cual haya de efectuarse trasplante o diálisis renal, en forma regular durante tres (3) meses como mínimo.
- **ESCLEROSIS MÚLTIPLE:** Diagnóstico inequívoco realizado por un neurólogo especialista que confirme más de un episodio de déficit neurológico bien definido, con síntomas persistentes de deterioro de los nervios ópticos, del tronco cerebral y de la médula espinal en su conjunto, y con alteración de la coordinación y de las funciones motoras y sensitivas, sin que necesariamente EL ASEGURADO requiera el uso de una silla de ruedas.

El diagnóstico deberá ser confirmado por técnicas modernas de imágenes cumplidos los ciento ochenta (180) días comunes posteriores a la ocurrencia del evento.

- **APOPLEJÍA O ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (INFARTO CEREBRAL POR TROMBOSIS, HEMORRAGIA O EMBOLIA):** Todo padecimiento cerebrovascular tratado en un hospital, con secuelas neurológicas de una duración de más de veinticuatro horas, que incluya infarto del tejido cerebral, hemorragia y embolia originada en una fuente extracraneal, con pruebas de disyunción neurológica permanente. Estas pruebas deberán ser realizadas por un neurólogo, después de transcurridos tres (3) meses como mínimo, después del accidente.
- **AFECCIÓN DE ARTERIA CORONARIA QUE EXIJA CIRUGÍA (BY – PASS)** Cirugía de corazón recomendada por un cardiólogo para corregir el estrechamiento o la obstrucción de arterias coronarias que requieran la colocación de al menos dos injertos o puentes (By - Pass). No está amparada la angioplastia con balón, láser u otros procedimientos.
- **QUEMADURAS GRAVES (GRAN QUEMADO):** Dícese de las quemaduras de tercer grado, que comprometan más del 20% de la superficie corporal DEL ASEGURADO, el diagnóstico debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por los resultados de la carta de Lund Browder o un calculador equivalente a áreas corporales quemadas.
- **ENFERMEDAD DE ALZHEIMER:** Diagnóstico clínico inequívoco de Enfermedad de Alzheimer (demencia pre-senil), 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.
- **ENFERMEDAD DE 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.
- **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.

- **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.
- **TRAUMATISMO MAYOR DE CABEZA:** Trauma mayor de la cabeza con trastorno de la función cerebral que debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por hallazgos típicos en los test's neuro_radiológicos (por ejemplo: TAC o RNM de cerebro).

El trauma debe provocar una incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.

PARA TODOS LOS EFECTOS DE LA COBERTURA DEL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES, SE CONSIDERAN COMO ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA LAS SIGUIENTES:

- Bañarse (capacidad de tomar un baño o ducharse por sí mismo).
- Vestirse y desvestirse
- Higiene personal (capacidad de usar el lavamanos y mantener un nivel razonable de higiene)
- Movilidad (capacidad de desplazarse dentro de un mismo nivel o piso)
- Continencia (control sobre los esfínteres)
- Capacidad de alimentarse por sí mismo, pero no de preparar la comida
- Capacidad para levantarse sin asistencia o ayuda de otras personas.

Estas condiciones deben estar médicamente documentadas por lo menos durante 3 meses.

2.3. AMPARO DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Es la implantación de un órgano extraído de un donante humano en el organismo DEL ASEGURADO, con restablecimiento de las conexiones vasculares, arteriales y venosas.

La compañía concederá el beneficio indicado en este numeral, cuando EL ASEGURADO deba ser sometido a un trasplante de los siguientes órganos:

- Trasplante de Hígado
- Trasplante de Páncreas
- Trasplante de Corazón

- Trasplante de Médula Ósea
- Trasplante de Pulmón
- Trasplante de Intestino Delgado

Parágrafo 2.3.1. El trasplante de todos los demás órganos, partes de órganos o el trasplante de cualquier otro tejido están excluidos.

Parágrafo 2.3.2 Para cualquier proceso de indemnización por trasplante de órganos, es condición indispensable que se cumplan en todas y cada una de sus partes, las disposiciones de las leyes vigentes de trasplantes de órganos.

Parágrafo 2.3.3 La compañía no pagará la indemnización cuando el trasplante de órganos sea consecuencia de enfermedades preexistentes a la fecha de inicio de la vigencia del certificado individual.

Parágrafo 2.3.4 Este amparo se concederá siempre y cuando el trasplante se haya efectuado de acuerdo con las condiciones anotadas anteriormente.

2.4. AMPARO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL

Allianz otorgará cobertura por este amparo siempre y cuando la muerte se presente dentro de los ciento ochenta (180) días calendarios siguientes a la ocurrencia de un accidente amparado por esta póliza. (El número de días puede ser modificado siempre y cuando se encuentre descrito en las condiciones particulares de la póliza).

Se entiende por accidente el hecho violento, externo, visible y fortuito que ocurra durante la vigencia de la póliza y que produzca en la integridad física del ASEGURADO lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas visibles, o lesiones internas médicamente comprobadas, o ahogamiento.

2.5. AMPARO DE BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL

Si como consecuencia de un accidente sufrido por EL ASEGURADO durante la vigencia de la póliza se ocasiona dentro de los ciento veinte (120) días calendario siguientes contados a partir de la fecha del accidente la pérdida funcional o anatómica de uno de sus miembros u órganos, o amputación traumática o quirúrgica, EL ASEGURADO tendrá derecho a una indemnización de acuerdo con los porcentajes que se establecen en la siguiente tabla de desmembraciones y que se fijará con base en el valor asegurado estipulado para el amparo de Beneficios por Desmembración Accidental. (El número de días puede ser modificado siempre y cuando se encuentre descrito en las condiciones particulares de la póliza).

Parágrafo 2.5.1 Salvo las exclusiones previstas para los efectos de esta póliza, se entenderá por accidente todo suceso provocado por una acción violenta, exterior, visible, súbita, imprevista, repentina e independiente de la voluntad del asegurado y de sus beneficiarios, que produzca la desmembración o la perturbación funcional verificable mediante examen médico realizado por un médico.

Parágrafo 2.5.2 INHABILITACIÓN Y/O PÉRDIDA: Se entiende por inhabilitación la pérdida funcional total y definitiva de un miembro. También se entiende por pérdida, la inhabilitación funcional total y permanente del órgano o miembro lesionado, en forma tal que no pueda desarrollar ninguna de sus funciones naturales.

Parágrafo 2.5.3 TABLA DE INDEMNIZACIONES: La Compañía pagará la indemnización estipulada para el amparo de Beneficios por Desmembración, al recibo de pruebas idóneas donde se demuestre que EL ASEGURADO sufrió, a causa de un accidente objeto de cobertura en la póliza, cualquiera de las siguientes pérdidas, y la suma indemnizable será, respecto al valor asegurado, lo que corresponda al porcentaje que se indica para cada pérdida.

PÉRDIDAS FUNCIONALES O ANATÓMICAS	% DE LA SUMA A PAGAR
1. Parálisis total e incurable que impida todo trabajo	100%
2. Ceguera total e irreparable de ambos ojos	
3. Pérdida total e irreparable de ambos pies o ambas manos	
4. Sordera bilateral total e irrecuperable.	
5. Pérdida total e irrecuperable del habla.	
6. Pérdida del brazo o de la mano derecha	60%
7. Pérdida completa de la visión de un ojo	
8. Sordera total unilateral	50%
9. Pérdida del brazo o de la mano izquierda	
10. Pérdida de una pierna por encima de la rodilla	
11. Pérdida de un pie	40%
12. Pérdida completa del uso de la cadera	30%
13. Fractura no consolidada de una pierna	
14. Pérdida del dedo pulgar derecho	25%
15. Pérdida total de tres dedos de la mano derecha o pulgar y otro dedo que no sea el índice	
16. Pérdida completa del uso del hombro derecho	
17. Como máxima indemnización por trastornos en la masticación y habla	20%
18. Pérdida del dedo pulgar izquierdo	
19. Pérdida total 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	
21. Pérdida completa del uso de alguna rodilla	
22. Fractura no consolidada de una rodilla	15%
23. Pérdida del dedo índice derecho	
24. Pérdida completa del uso de la muñeca o del codo izquierdo	
25. Pérdida completa del uso del tobillo	12%
26. Pérdida del dedo índice izquierdo	
27. Pérdida del dedo anular derecho	10%
28. Pérdida del dedo medio derecho	

PÉRDIDAS FUNCIONALES O ANATÓMICAS	% DE LA SUMA A PAGAR
29. Pérdida del dedo anular izquierdo	8%
30. Pérdida del dedo medio izquierdo	
31. Pérdida del dedo gordo de alguno de los pies	
32. Pérdida del dedo meñique derecho	7%
33. Pérdida del dedo meñique izquierdo	5%
34. Pérdida de una falange de cualquier dedo	

Respecto a esta tabla tengan en cuenta lo siguiente:

NOTA 1: 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.

NOTA 2: 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.

NOTA 3: 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.

NOTA 4: 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

NOTA 5: Cuando se reconozca el 100% del valor asegurado por Desmembración Accidental, finaliza la cobertura en la póliza, por ende, EL ASEGURADO perderá el derecho de reclamar a la Compañía por cualquier otro amparo suscrito en la presente póliza.

NOTA 6: La indemnización por la cobertura de Desmembración Accidental no es acumulable al amparo de Incapacidad Total y Permanente, por lo tanto, cualquier pago realizado por este amparo, se deducirá del valor asegurado del que pueda corresponder de los amparos de Incapacidad Total y Permanente y Básico de Vida.

NOTA 7: En caso de varias pérdidas causadas por el mismo accidente, el valor total de la indemnización será la suma de los porcentajes correspondientes a cada una, sin exceder la suma asegurada individual que es igual al 100%.

NOTA 8: Si el pago por este anexo es menor al 100% de la suma asegurada individual, este amparo continuará en vigor por la diferencia entre la suma asegurada individual y las indemnizaciones ya pagadas.

2.6. AMPARO DE AUXILIO FUNERARIO

Si durante la vigencia de esta póliza EL ASEGURADO llegare a fallecer como consecuencia de un evento amparado por la póliza, LA COMPAÑÍA indemnizará a los beneficiarios como auxilio funerario el valor asegurado indicado en la carátula de la póliza.

2.7. AMPARO DE AUXILIO PARA CANASTA FAMILIAR POR MUERTE

Si durante la vigencia de esta póliza EL ASEGURADO llegare a fallecer como consecuencia de un evento amparado por la póliza, LA COMPAÑÍA indemnizará a los beneficiarios como auxilio para canasta familiar, el valor asegurado indicado en la carátula de la póliza

2.8. AMPARO DE AUXILIO PARA CANASTA FAMILIAR POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Si durante la vigencia de esta póliza EL ASEGURADO llegare a quedar en Incapacidad Total y Permanente como consecuencia de un evento amparado por la póliza, LA COMPAÑÍA indemnizará AL ASEGURADO como auxilio para canasta familiar, el valor asegurado indicado en la carátula de la póliza.

3. DEFINICIÓN Y CONDICIONES DE LOS AMPAROS OPCIONALES DE RENTAS

LOS AMPAROS DE RENTAS NO SERÁN ACUMULABLES ENTRE SÍ y para todos los efectos de estas coberturas, se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

3.1. AMPARO DE RENTA CLÍNICA DIARIA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

Este amparo cubre la hospitalización que se origine como consecuencia de un accidente o de una enfermedad no preexistente a la fecha de aceptación individual de este amparo, siempre que tal hospitalización sea superior a un período de 24 horas.

Cuando EL ASEGURADO aporte pruebas fehacientes que determinen la existencia de una hospitalización, LA COMPAÑÍA le pagará, mientras ésta subsista continuos o discontinuos dentro de la misma vigencia, el valor asegurado por renta diaria que figure en la póliza, siempre que tal hospitalización tenga lugar en un establecimiento debidamente reconocido y registrado para la atención de enfermos. El periodo de espera corresponde al plazo durante el cual EL ASEGURADO debe mantenerse en situación de hospitalización para tener derecho a la indemnización.

3.2. AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN CASA

La Compañía reconocerá un valor de renta diaria continuos o discontinuos dentro de la misma vigencia y hasta por el valor asegurado contratado, siempre que tal hospitalización sea superior a un período de 24 horas. El periodo de espera corresponde al plazo durante el cual EL ASEGURADO debe mantenerse en situación de hospitalización para tener derecho a la indemnización.

Para indemnizar este amparo, EL ASEGURADO deberá aportar concepto del médico tratante, de la EPS o de la ARL, en el cual se determine que debe ser hospitalizado en su lugar de residencia, por lo que se deberá demostrar mediante certificado médico la orden de hospitalización en casa, así como adjuntar las órdenes de visitas de control del departamento médico de la institución hospitalaria.

Para que exista lugar a la cobertura, EL ASEGURADO deberá permanecer en su lugar de domicilio con aparatos médicos que la Institución Clínica 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.

3.3. AMPARO DE RENTA DIARIA POST HOSPITALARIA

Si inmediatamente después de la salida de la clínica por una hospitalización superior a 24 horas, EL ASEGURADO continúa incapacitado, LA COMPAÑÍA reconocerá un valor de renta diaria continuos o discontinuos dentro de la misma vigencia y hasta por el valor de la suma diaria contratada por cada día de incapacidad que le sea concedido por la Entidad Promotora de Salud o validado cuando la incapacidad sea otorgada por Medicina Prepagada, Plan Complementario o Póliza de Hospitalización.

3.4. AMPARO DE RENTA CLÍNICA DIARIA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Este amparo cubre la hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos que se origine como consecuencia de un accidente o de una enfermedad no preexistente a la fecha de aceptación individual de este amparo y objeto de cobertura de la póliza, siempre que tal hospitalización sea superior a un período de 24 horas en la Unidad de Cuidados Intensivos.

La Compañía pagará mientras EL ASEGURADO permanezca en Cuidados Intensivos continuos o discontinuos dentro de la misma vigencia y hasta por el valor de la suma diaria contratada por cada día hospitalización en la UCI, siempre que tal hospitalización tenga lugar en un establecimiento debidamente reconocido y registrado para la atención de enfermos.

3.5. AMPARO DE AUXILIO POR TRATAMIENTO AMBULATORIO O CIRUGÍA AMBULATORIA

Bajo este amparo la COMPAÑÍA otorga AL ASEGURADO, un auxilio por la cirugía ambulatoria o el tratamiento ambulatorio practicado, que se origine como consecuencia de una enfermedad o accidente que este cubierto por la presente póliza, una vez EL ASEGURADO aporte pruebas médicas que determinen la necesidad de dicha cirugía y haya sido practicada en un quirófano de una institución de salud legalmente constituida, LA COMPAÑÍA le reconocerá por una sola vez por vigencia el valor pactado en las condiciones particulares del contrato del seguro.

CLÁUSULA 3ª. DEDUCCIONES

- **INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:** El valor asegurado en el amparo de Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad o Accidente no es acumulable al amparo Básico de vida y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad o Accidente, la cobertura del ASEGURADO terminará.
- **BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL:** Si la póliza tiene contratado el amparo de Beneficios por Desmembración Accidental, cualquier pago por tal amparo se deduce del que pueda corresponder por las coberturas de Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o accidente y Básico de Vida.

En consecuencia, cuando se reconozca una indemnización por el amparo de Beneficios por Desmembración Accidental equivalente al 100% LA COMPAÑÍA estará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere a este seguro, por cuanto la cobertura del ASEGURADO terminará.

- **ENFERMEDADES GRAVES Y/O TRASPLANTE DE ÓRGANOS:** Cualquier pago por estos conceptos no es acumulable al amparo Básico de Vida y por lo tanto, una vez sea indemnizada dichas coberturas, esta suma será deducido del valor asegurado del amparo Básico, igualmente aplica la deducción al valor asegurado del amparo de Incapacidad Total y Permanente si se encuentra contratado en la póliza.

En consecuencia, cuando se reconozca una indemnización por el amparo de Enfermedades Graves equivalente al 100% del valor asegurado pactado, LA COMPAÑÍA finalizará la cobertura del amparo de Enfermedades Graves del ASEGURADO afectado al momento de recibir el pago del siniestro.

CLÁUSULA 4ª. SUJETOS QUE INTERVIENEN EN EL CONTRATO

- **TOMADOR** Es la persona que por tener interés asegurable contrata un seguro por cuenta de terceros para asegurar un número determinado de personas, haciéndose responsable del pago de la prima. El tomador se indicará en la carátula de la Póliza.
- **GRUPO ASEGURABLE:** Es conformado por personas naturales, agrupadas bajo una misma personería jurídica en virtud de una situación legal o reglamentaria que tenga con el tomador, estas relaciones deben ser estables según su naturaleza y el origen del vínculo no se debió establecer con el propósito de contratar el seguro de vida. También podrá otorgarse el seguro a aquellos conjuntos de personas que por sus condiciones, aunque no tengan Personería Jurídica, puedan tener la condición de grupo asegurable.
- **BENEFICIARIOS:** El beneficiario puede ser a título gratuito o a título oneroso. Cuando el beneficiario sea a título gratuito, el asegurado lo podrá cambiar en cualquier momento, pero tal cambio surtirá efecto a partir de la fecha de notificación por escrito a LA COMPAÑÍA.

NOTA 1: Cuando no se designe beneficiario, o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, tendrán calidad de tales el cónyuge del asegurado, en la mitad del seguro, y los herederos de éste en la otra mitad.

NOTA 2: Igual regla se aplicará en el evento de que se designe genéricamente como beneficiarios a los herederos del asegurado

NOTA 3: Cuando el asegurado y el beneficiario mueren simultáneamente o se ignora cuál de los dos ha muerto primero, tendrán derecho al seguro el cónyuge del asegurado en la mitad del seguro y los herederos de éste en la otra mitad, si el título de beneficiario es gratuito; si es oneroso, los herederos del beneficiario.

CLÁUSULA 5ª.DATOS DE LA PÓLIZA

- **VIGENCIA DEL SEGURO:** La presente póliza se expide bajo plan temporal renovable anualmente por voluntad de las partes y estará en vigor por el término de un (1) año contado a partir de la fecha de inicio de vigencia, siempre y cuando no sea revocado o renovado. No obstante, puede existir un periodo diferente que corresponderá al tiempo pactado con el Tomador y será indicado en la carátula de la póliza.
- **INICIO DE LA COBERTURA INDIVIDUAL.** Los amparos respecto de cada persona, sólo entrarán en vigor a partir de la fecha en que LA COMPAÑÍA comunique por escrito su aprobación al Tomador. Si dentro de los treinta (30) días comunes siguientes a la fecha de recibo de la solicitud, LA COMPAÑÍA no ha producido esta comunicación, se considerará como no aprobada.

Para el Seguro de Vida Grupo de Deudores, para la iniciación del amparo individual se requerirá, además de la aprobación de LA COMPAÑÍA, que se haga el desembolso efectivo del crédito al asegurado.

- **SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL** El valor del seguro de cada persona incluida dentro del Grupo Asegurable se calculará de acuerdo con la forma indicada en las condiciones particulares de la Póliza, y respecto de cada Asegurado, se indicará el mismo, en el Certificado Individual de Seguro que se emita
- **VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL.** El Valor Asegurado Individual de cada una de las personas que hacen parte del grupo asegurado será el indicado en el Certificado individual de Seguro , tanto para el amparo básico como para cada uno de los anexos.
- **MÁXIMO VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL:** El máximo Valor Asegurado Individual que podrá otorgarse a cada Asegurado, será el estipulado en las condiciones particulares de la Póliza. Cualquier modificación en esta suma deberá ser consultada previamente con LA COMPAÑÍA, quien se reserva el derecho de aprobarla o rechazarla, según sea el caso.
- **RENOVACION DEL CONTRATO .** La presente póliza es renovable anualmente, por lo tanto, no aplicará, bajo ninguna circunstancia la renovación automática; quiere ello decir, que se renovará a voluntad entre las partes contratantes.

Las condiciones de prima / tasa, coberturas y valores asegurados para la vigencia siguiente, serán acordadas con el tomador y se plasmarán en la renovación, sin perjuicio de lo estipulado en la condición de “PAGO DE LA PRIMA” de la presente póliza.

CLÁUSULA 6ª. MODIFICACIONES

Cualquier modificación a la presente Póliza deberá ser solicitada por el Tomador y de manera escrita a LA COMPAÑÍA.

En el evento de solicitar aumentos del valor asegurado, EL ASEGURADO deberá presentar los requisitos de asegurabilidad establecidos por LA COMPAÑÍA. Las disminuciones que se soliciten, se efectuarán con base en el valor asegurado al inicio de la anualidad respectiva.

CLÁUSULA 7ª. MODALIDADES DE SEGURO

Cuando la presente Póliza otorgue cobertura a un grupo plural de Asegurados bajo la modalidad de Póliza Colectiva, las estipulaciones contenidas en este contrato se entenderán aplicables respecto de cada uno de los Asegurados individualmente considerados.

- **SEGURO DE GRUPO CONTRIBUTIVO:** Cuando la totalidad o parte de la prima sea sufragada por los miembros del grupo asegurado.
- **SEGURO DE GRUPO NO CONTRIBUTIVO:** Cuando la integridad de la prima sea sufragada por el Tomador del Seguro.
- **SEGURO DE GRUPO DE DEUDORES:** Es aquel cuyo objeto es el de amparar contra el riesgo de muerte, y contra el de Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o accidente si se hubiere contratado, hasta por el saldo insoluto de la deuda, a los deudores de un mismo acreedor (Tomador).

CLÁUSULA 8ª EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Indica el límite mínimo y máximo de edad para ingresar al grupo asegurado, así como la edad límite de permanencia en la póliza:

Amparo	Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de permanencia*
Amparo Básico de Muerte y Auxilios por muerte	12 años	70 años	Mientras EL ASEGURADO permanezca en el grupo asegurado o hasta el término de la vigencia (anualidad) en que cumpla 80 años de edad.
Amparos adicionales opcionales	12 años	65 años	Mientras EL ASEGURADO permanezca en el grupo asegurado o hasta el término de la vigencia (anualidad) en que cumpla 70 años de edad.

NOTA 1: Cuando el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en vigencia, continuará amparado hasta que termine la vigencia en curso del seguro.

NOTA 2: Estos parámetros pueden variar dependiendo del análisis técnico realizado en la póliza y las condiciones particulares pactadas con el tomador.

CLÁUSULA 9ª REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

EL ASEGURADO principal que solicite su inclusión o la de sus asegurados secundarios en el Grupo Asegurable, debe presentar los requisitos de asegurabilidad que le señale LA COMPAÑÍA, contestando en forma diligente y sincera el cuestionario propuesto por la misma.

Las inclusiones de nuevas personas al Grupo Asegurable solo podrán presentarse al momento de inicio de Vigencia individual o al momento de la renovación anual de la póliza. Dichas inclusiones solo podrán ser solicitadas formalmente por parte del Tomador o del asegurado principal.

La Compañía se reserva el derecho de admitirlos, rechazarlos, extraprimarlos o de solicitar las pruebas de asegurabilidad que estime necesarias.

CLÁUSULA 10ª LA PRIMA

- PAGO DE LA PRIMA:** LA COMPAÑÍA y el Tomador podrán establecer un convenio en el que se establezca una fecha de pago determinada, estipulada en el certificado de seguro que le sea entregado. Si las cuotas de las primas no fueren pagadas en el plazo establecido con el tomador del seguro, se producirá la terminación automática del contrato de seguro y LA COMPAÑÍA quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la terminación de dicho plazo según lo establece el artículo 1152 del Código de Comercio.

Estando el seguro vigente y la prima del periodo correspondiente pagada, en caso de siniestro la Compañía tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas y pendientes de pago por parte del tomador, hasta completar la anualidad respectiva. El pago extemporáneo de la prima no convalida la mora, ni reactiva la cobertura.

En caso de terminación automática de la póliza por mora, se devolverá la prima que no haya sido devengada.

- **DEVOLUCIÓN DE PRIMAS:** Si después de la terminación o revocación del contrato LA COMPAÑÍA llegase a recibir alguna suma de dinero por concepto de prima, ello no significará que la cobertura ha sido restablecida y por lo tanto, la obligación de LA COMPAÑÍA se limitará a la devolución de dichos valores.

CLÁUSULA 11ª TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

El Seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus anexos, termina por las siguientes causas:

- Por mora en el pago de la prima, no renovación o por revocación.
- Cuando el Asegurado principal fallezca o deje de pertenecer al grupo asegurado.
- Cuando al momento de la renovación de la póliza el grupo asegurado sea inferior a 5 personas.
- 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.
- Los amparos opcionales terminarán cuando el asegurado supere la edad límite de permanencia aplicable.
- Para cada uno de los amparos cuando el Asegurado o los Beneficiarios hubiesen recibido una indemnización equivalente al 100% del valor asegurado.
- Cuando termine el anexo de Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o accidente.
- En el Seguro de Vida Grupo Deudores, cuando la obligación del asegurado se extinga íntegramente.

PARÁGRAFO 1: Lo preceptuado en el literal h anterior, se entiende sin perjuicio de lo dispuesto en la Condición de "CONVERTIBILIDAD" de esta póliza.

PARAGRAFO 2: Cuando el Seguro o Amparo termine por causas distintas a las previstas en la Ley, la Compañía notificará dicha terminación al Tomador.

CLÁUSULA 12ª MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO

El asegurado o el Tomador, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, uno u otro deberán notificar por escrito a LA COMPAÑÍA los hechos o circunstancias no previsibles, que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que signifiquen agravación del riesgo, en especial cualquier modificación en su actividad laboral u ocupación.

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

Notificada la modificación del riesgo en los términos previstos, LA COMPAÑÍA podrá revocar el amparo 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 LA COMPAÑÍA para retener la prima no devengada.

PARÁGRAFO: La terminación del amparo por falta de la notificación de que trata esta condición será aplicable únicamente a los aparos opcionales.

CLÁUSULA 13ª DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

El Tomador y los asegurados individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que les sea propuesto por LA COMPAÑÍA. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por LA COMPAÑÍA, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, produce la nulidad relativa del presente contrato.

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

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del Tomador o del asegurado individualmente considerado, el contrato no será nulo pero LA COMPAÑÍA solo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, sin perjuicio de lo previsto en la Condición de Irreductibilidad.

Las sanciones anteriores no son aplicables si LA COMPAÑÍA, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente

CONDICIÓN DE INEXACTITUD EN LA DECLARACION DE EDAD: Si respecto a la edad del asegurado se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, se aplicarán las siguientes normas:

- A. Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa de LA COMPAÑÍA, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio.
- B. 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
- C. Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el literal B anterior.

PARÁGRAFO. Lo dispuesto en los literales B y C anteriores, no se aplicará cuando la prima se establezca por el sistema de tasas promedio o se utilice la tarifa para asegurados de edad desconocida.

CLÁUSULA 14ª IRREDUCTIBILIDAD DEL SEGURO

De conformidad con lo establecido por los artículos 1160 y 1161 del Código de Comercio, una vez transcurridos dos (2) años en vida del Asegurado, contados desde la fecha del perfeccionamiento del contrato, o desde la fecha de perfeccionamiento de su rehabilitación, según el caso, y encontrándose éste vigente, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error inculpable en la Declaración de Asegurabilidad o en la Solicitud de Seguro, sin perjuicio de lo establecido en la condición de Inexactitud en la Declaración de Edad.

CLÁUSULA 15ª CONVERTIBILIDAD

Salvo en el Seguro de Vida Grupo de Deudores, los asegurados menores de 70 años que revoquen su seguro o que por causa distinta de siniestro, dejen de pertenecer al grupo asegurado después de permanecer en él por lo menos durante un año continuo, tendrán derecho a ser asegurados sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo la Póliza de Grupo, pero sin beneficios adicionales, en cualquiera de los planes de seguro de vida individual de los que estén autorizados a LA COMPAÑÍA o a otra Compañía de seguros con la cual se tenga un contrato para garantizar este beneficio, con excepción de los planes temporales y crecientes, siempre y cuando lo solicite en el término de un mes contado a partir de su retiro del grupo.

El Seguro Individual que se expida, se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan y conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el asegurado, a su ocupación y estado de salud en la fecha de la solicitud. En caso de haberse aceptado bajo la póliza riesgos subnormales, se expedirá la póliza individual con la clasificación y la extraprima que corresponda al Seguro de Vida Individual.

Si el asegurado fallece dentro del plazo arriba indicado para solicitar la Póliza Individual, conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que ella se hubiere expedido (medie o no solicitud o pago de prima), se considerará amparado en los términos de la presente póliza.

CLÁUSULA 16ª REVOCACIÓN DEL CONTRATO

La presente póliza y sus anexos podrán ser revocados por el Tomador en cualquier momento, mediante aviso escrito dado a LA COMPAÑÍA. El importe de la prima devengada y de la devolución se calculará tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

Tratándose de los amparos opcionales y los anexos, LA COMPAÑÍA podrá revocarlos mediante aviso escrito al Tomador enviado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación a la fecha de revocación, contados a partir de la fecha del envío. En este caso, LA COMPAÑÍA devolverá la parte proporcional de la prima no devengada desde la fecha de la revocación.

CLÁUSULA 17ª SEGUROS COEXISTENTES

El tomador o asegurado deberá informar por escrito al asegurador los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés, dentro del término de diez (10) días hábiles a partir de su celebración.

La inobservancia de esta obligación producirá la terminación del contrato, a menos que el valor conjunto de los seguros no exceda el valor real del interés asegurado. Esta cláusula opera sólo para los amparos opcionales con carácter indemnizatorio.

CLÁUSULA 18ª PÓLIZA DE VIDA GRUPO DEUDORES

- a. El Tomador será el acreedor, quien tendrá el carácter de beneficiario a título oneroso hasta por el saldo insoluto de la deuda.
- b. Por saldo insoluto de la deuda, para efectos del presente seguro, se entenderá el capital no pagado, más los intereses corrientes, calculados hasta la fecha de fallecimiento del asegurado. En el evento de mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y las primas del seguro de vida grupo deudores no canceladas por el deudor.
- c. Si la indemnización tuviese como causa el amparo de Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o accidente, se tendrá como saldo insoluto de la deuda aquel que se registre en la fecha en la cual LA COMPAÑÍA informe por escrito al Tomador su aceptación respecto de la declaratoria de Incapacidad del asegurado.
- d. Cuando existan varios asegurados respecto de una misma deuda, serán aplicables las normas contenidas en los literales a, b y c anteriores de esta cláusula, con ocasión de la realización del riesgo asegurado para cualquiera de los mencionados asegurados.
- e. El seguro terminará automáticamente para los asegurados sobrevivientes o no incapacitados total y permanentemente por enfermedad o accidente, en la fecha de fallecimiento o de declaratoria de Incapacidad Total y Permanente para el primero de los asegurados respecto del cual se realice el riesgo asegurado.
- f. El Tomador estará obligado a mantener vigente la presente póliza y a pagar las primas correspondientes, durante la totalidad del período en el cual subsista la deuda, aún en el caso en el cual el deudor se encuentre en mora, incluyendo la duración de los procesos judiciales que se inicien para hacer efectiva la deuda.

CLÁUSULA 19ª SINIESTROS

4. OBLIGACIONES EN CASO DE SINIESTRO

Según lo dispuesto por el artículo 1080 del Código de Comercio, LA COMPAÑÍA pagará la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite la ocurrencia del siniestro y su cuantía de conformidad con lo establecido en el artículo 1077 del Código de Comercio.

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

El asegurado está obligado a declarar a LA COMPAÑÍA, al dar aviso del siniestro, los seguros coexistentes que tenga contratados, con indicación del asegurador y de la suma asegurada. La inobservancia maliciosa de esta obligación le acarreará la pérdida del derecho a la prestación asegurada. Esto opera únicamente para los amparos opcionales.

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

El asegurado y/o sus beneficiarias (s) se comprometen con LA COMPAÑÍA a facilitar toda investigación médica encaminada a esclarecer la causa de la reclamación

5. AVISO DEL SINIESTRO

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo la presente póliza o sus amparos adicionales, EL TOMADOR, ASEGURADO o LOS BENEFICIARIOS, según el caso, deberá dar aviso del siniestro a LA COMPAÑÍA dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

En caso de pérdida de la vida, el término del aviso se extenderá a (10) días comunes siguientes a aquel en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia. El incumplimiento de esta obligación dará lugar a que LA COMPAÑÍA deduzca los perjuicios que se le causen por el no aviso oportuno.

6. RECLAMACIÓN

El beneficiario o asegurado, según el caso, deberán remitir a LA COMPAÑÍA la reclamación formal acompañada de los documentos indispensables para acreditar la ocurrencia y, en su caso, la cuantía del siniestro.

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

7. PAGO DEL SINIESTRO

LA COMPAÑÍA pagará al Asegurado o a los beneficiarios, la indemnización a que está obligada por la póliza y sus anexos, si los hubiere, dentro del término legal de un mes, contado a partir de la fecha en que se acreditó la ocurrencia y, en su caso, la cuantía del siniestro.

LA COMPAÑÍA podrá hacer examinar al asegurado tantas veces como lo estime conveniente, mientras se encuentra pendiente un reclamo bajo los amparos opcionales.

Cuando la indemnización deba pagarse al asegurado y éste tiene la calidad de tomador, el pago se efectuará previa deducción de las primas o fracciones causadas o pendientes de pago, hasta completar la anualidad respectiva.

Cuando la indemnización deba pagarse al beneficiario y éste tiene la calidad de tomador, el pago se efectuará previa deducción de las primas o fracciones causadas o pendientes de pago, hasta completar la anualidad respectiva.

Cuando las calidades (tomador, asegurado y beneficiario) se encuentran separadas en tres personas, la deducción de las primas o fracciones causadas o pendientes de pago, hasta completar la anualidad respectiva, sólo se podrá realizar con la autorización previa del asegurado o beneficiario

Para acreditar el derecho a la indemnización el Asegurado o los Beneficiarios presentarán a LA COMPAÑÍA la reclamación en los términos del artículo 1077 del Código de Comercio.

8. 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.

9. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

En caso de que la reclamación o los documentos presentados para sustentarla, fuesen en alguna forma fraudulentos o si, en apoyo de ella se utilizaren medios o documentos engañosos o dolosos, se perderá todo derecho a indemnización bajo la presente póliza.

CLÁUSULA 20ª CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

De conformidad con lo establecido por la Superintendencia Financiera, el Tomador, el Asegurado y los Beneficiarios, se obligan con LA COMPAÑÍA a diligenciar con datos ciertos y reales el formato que para tal menester se presente y a suministrar los documentos que se soliciten como anexo, al momento del pago de una indemnización (aplica para beneficiarios).

10. DERECHO A LA INSPECCIÓN

El Tomador autoriza a LA COMPAÑÍA para inspeccionar los libros y documentos del Tomador que se refieran al manejo de esta póliza.

11. ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

El Tomador se obliga a actualizar por cualquier medio escrito y por lo menos una vez al año, la información relacionada con sus datos personales, así como la del asegurado y el beneficiario.

Cuando el asegurado y beneficiario sean personas diferentes al tomador, la información relativa a aquellos será recaudada al momento de la presentación de reclamación.

CLÁUSULA 21ª NOTIFICACIONES

Cualquier declaración que deban hacer las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores que signifiquen modificación al contrato, deberá consignarse por escrito, sin perjuicio de lo previsto en la condición de "OBLIGACIONES EN CASO DE SINIESTRO" para el aviso del siniestro; y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada por las partes. Para tal efecto en la Póliza se indica la dirección de LA COMPAÑÍA para la notificación

DOMICILIO Sin perjuicio de las disposiciones procesales vigentes para los efectos del lugar de cumplimiento de las obligaciones pactadas, las partes fijan como domicilio la ciudad de Bogotá D.C., en la República de Colombia.

CLÁUSULA 22ª DEFINICIONES

ACCIDENTE: Para los efectos de esta póliza, se entenderá por accidente todo suceso provocado por una acción violenta, exterior, visible, súbita, imprevista, repentina e independiente de la voluntad del Asegurado y de sus beneficiarios, que produzca en el Asegurado: a) lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas visibles, b) lesiones internas médicamente comprobadas, c) desmembración o perturbación funcional verificable mediante examen médico realizado por un médico nombrado por Allianz, d) muerte.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Se considera actividades de la vida diaria bañarse (capacidad de tomar un baño o ducharse), vestirse y desvestirse, higiene personal (capacidad de usar el lavatorio y mantener un nivel razonable de higiene), movilidad (capacidad de desplazarse al interior de un mismo nivel o piso), continencia (control sobre los esfínteres), comer/beber (capacidad de alimentarse por sí mismo pero no de preparar la comida) o causar postración e incapacidad para levantarse sin asistencia de terceras personas.

CIRUGÍA AMBULATORIA: Es todo tratamiento quirúrgico realizado en el quirófano de un Hospital o Clínica, que no requiera hospitalización.

ENFERMEDAD: es la alteración de la salud, según diagnóstico médico

EPS: Entidad Promotora de Salud.

EVENTO: comprende todas las hospitalizaciones continuas o discontinuas que requiera cualquiera de los Asegurados, debidas a una misma causa o causas relacionadas entre sí

HOSPITAL O CLÍNICA: es el establecimiento legalmente registrado y autorizado para prestar en él, servicios médicos y quirúrgicos

HOSPITALIZACIÓN: es la permanencia en una institución Hospitalaria para recibir tratamiento médico o quirúrgico con una duración superior a 24 horas.

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud.

POS: Plan Obligatorio de Salud.

PVS: Planes Voluntarios de Salud, tales como Medicina Prepagada, Pólizas de Salud o Planes Complementarios de Salud.

PERIODO DE ESPERA: Para los efectos del anexo de la cobertura de Rentas, el periodo de espera corresponde al plazo durante el cual el asegurado debe mantenerse en situación de hospitalización o incapacidad para tener derecho a la indemnización.

Podrás consultar en el link <https://www.allianz.co/legales/clausulados.html> las Condiciones Generales del Seguro de Vida Grupo 01/10/2023-1401-P-34-VIDGRUPVERSION12-000I, lo no previsto en el presente clausulado se regirán por la ley Colombiana

Allianz Seguros de Vida S.A | Cra.13a No.29-24 – Bogotá - Colombia | www.allianz.co | NIT 860027404-1