

NOTA DE COBERTURA
CONDICIONES PARTICULARES 2024-2025*
Vida Grupo No Contributivo

La presente nota de cobertura tendrá vigencia hasta el 02-03-2024, fecha máxima en la cual debe ser tramitada y emitida la póliza.



Información General			
Fecha Máxima de Vigencia de Nota de Cobertura 02-03-2024	Reaseguro Local	Cod. Localidad 2790	Nombre Localidad GH BOGOTÁ
Clave Intermediario 80467	Nombre Intermediario Pedro Ovalle	Fecha de Inicio de Vigencia 17-02-2024	Fecha Fin de Vigencia 17-02-2025

Información del Tomador			
Razon Social ALSAR INDUSTRIAL SAS	Tipo de Identificación NIT	Número de identificación 900.231.393	Actividad Económica 2511 Fabricación de productos metálicos para uso estructural

Grupo Asegurable

Empleados al servicio del tomador vinculados mediante contrato de trabajo.

Beneficiarios

Serán los designados libremente por el asegurado y podrán ser cambiados cuando lo estime conveniente. En caso de no existir designación, se dará aplicación al Artículo 1142 del Código de Comercio (los de ley).

Numero de Asegurados

26

Tarifa	
Tasa Anual Por Mil	2,3
Comisión de Intermediación	
Comisión	0%

Coberturas Contratadas	
Cobertura	Valor Asegurado
COBERTURA BÁSICA – MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	Min \$70.000.000, Máx \$100.000.000
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	Min \$70.000.000, Máx \$100.000.000
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL, BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CON OCASIÓN DE UN ACCIDENTE	Min \$70.000.000, Máx \$100.000.000
ENFERMEDADES GRAVES	60% del Básico, Max \$60.000.000
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN (Hospitalización, Doble Por UCI, Cirugía Ambulatoria y Complicaciones Por Parto)	0,1% del Básico, Max \$100.000
RENTA POR INCAPACIDAD POSTHOSPITALARIA	0,05% del Básico, Max \$50.000
RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE	0,1% del Básico, Max \$100.000
AUXILIO EXEQUIAL	10% del Básico, Max \$7.000.000
BONO CANASTA POR FALLECIMIENTO O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	\$ 2.000.000
AUXILIO DE MATERNIDAD Y/O PATERNIDAD	\$ 100.000
AUXILIO DE TRASLADO DEL CUERPO	\$ 1.500.000
AUXILIO DE REPATRIACIÓN	\$ 5.000.000

Clausulado Aplicable a la Oferta	20/01/2023-1407-P-34-GR-0000000000003-D001
Plazo maximo de pago de prima	30 días, Maximo 45 días

Sistema de Administración	Forma de Pago	Novedades	Facturación
AJUSTE A PRORRATA	Mensual (Aplica factor de fraccionamiento de 0,0916667)	A prorrata con pago de prima	Anticipada

El tipo de ajuste que se aplique para la presente póliza será a prorrata, es decir que se cobrará o devolverá desde el momento de la fecha efectiva de la modificación hasta el final de la vigencia y será facturado en el momento en que tal modificación sea notificada a la Compañía.
No obstante, lo anterior, el tomador se compromete a reportar los ingresos y cambios de valor asegurado dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que tales modificaciones ocurran, acompañando los requisitos de Asegurabilidad, de acuerdo con el amparo automático.
El envío de la información deberá ser en medio magnético (Excel) con listado imagen del archivo cuando el número de asegurados así lo amerite.

Jurisdicción	Territorialidad	Requisitos de Asegurabilidad	Cobertura para COVID-19
Colombiana	Internacional	Todos los asegurados deberán cumplir con los requisitos de asegurabilidad	Cobertura básica: Muerte por cualquier causa, Cobertura ITP por enfermedad, Cobertura Rentas por Hospitalización por enfermedad, Auxilio Funerario por muerte.

Plazo para aviso de siniestro	Plazo para pago de siniestros	Requisitos de asegurabilidad	Pago de exámenes médicos
El Tomador, asegurado o los beneficiarios, según el caso, deberá dar aviso a la Compañía dentro del término de 30 días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en lo haya conocido.	30 días	Tabla Adjunta	El costo de los exámenes médicos será asumido por SEGUROS BOLÍVAR

Edades de Ingreso y Permanencia (Todas las edades aquí descritas son más 364 días)

Cobertura	Edad Mínima de Ingreso	Edad Máxima de Ingreso	Edad Máxima de Permanencia
COBERTURA BÁSICA – MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	15 AÑOS	70 AÑOS	75 AÑOS
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	15 AÑOS	65 AÑOS	70 AÑOS
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL, BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CON OCASIÓN DE UN ACCIDENTE	15 AÑOS	65 AÑOS	70 AÑOS
ENFERMEDADES GRAVES	15 AÑOS	65 AÑOS	70 AÑOS
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN (Hospitalización, Doble Por UCI, Cirugía Ambulatoria y Complicaciones Por Parto)	15 AÑOS	65 AÑOS	70 AÑOS
RENTA POR INCAPACIDAD POSTHOSPITALARIA	15 AÑOS	65 AÑOS	70 AÑOS
RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE	15 AÑOS	65 AÑOS	70 AÑOS
AUXILIO EXEQUIAL	15 AÑOS	70 AÑOS	75 AÑOS
BONO CANASTA POR FALLECIMIENTO O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	15 AÑOS	Sujeta a la cobertura básica de muerte por cualquier causa o incapacidad total y permanente, le aplicará la edad máxima de ingreso que corresponda	Sujeta a la cobertura básica de muerte por cualquier causa o incapacidad total y permanente, le aplicará la edad máxima de permanencia que corresponda
AUXILIO DE MATERNIDAD Y/O PATERNIDAD	15 AÑOS	65 AÑOS	70 AÑOS
AUXILIO DE TRASLADO DEL CUERPO	15 AÑOS	65 AÑOS	70 AÑOS
AUXILIO DE REPATRIACIÓN	15 AÑOS	65 AÑOS	70 AÑOS

Extensión Familiar

La presente cláusula tiene como propósito mayor extender las coberturas básicas y adicionales al grupo familiar del ASEGURADO principal como se describe a continuación.

Grupo Familiar	Valor Asegurado
CONYUGUE	100% Del Valor Asegurado Contratado Para Este Amparo Por El Asegurado Principal Con Cobro De Prima Adicional
HIJOS, HIJASTROS Y HERMANOS	
PROGENITORES	

Nota 1: Es responsabilidad de EL TOMADOR y/o INTERMEDIARIO reportar los movimientos (inclusiones, exclusiones, modificaciones) de cada grupo familiar asegurado, una vez el ASEGURADO principal deje de hacer parte del grupo asegurado se deberá solicitar la exclusión de su grupo familiar asegurado.

Nota 2: Se aplicarán los mismos requisitos de asegurabilidad que se aplican para el ASEGURADO principal y para su grupo familiar ASEGURADO

Condiciones Generales

Cobertura	Descripción
COBERTURA BÁSICA – MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	Muerte por cualquier causa de las personas amparadas, incluyendo suicidio, homicidio, terrorismo y fallecimiento por SIDA no preexistente, ocurrida durante la vigencia de la póliza y desde el primer día.

Se entenderá por incapacidad total y permanente la condición de salud del ASEGURADO que por cualquier causa no provocada intencionalmente y que no sea una enfermedad o trauma preexistente a la fecha de su inclusión en la póliza, le genere una pérdida del 50% o más de su capacidad laboral, calificada según el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional (Decreto 1507 del 2014) o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

También se considerará como incapacidad total y permanente:

- ☐ La pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos.
- ☐ La amputación de ambas manos a nivel de la articulación radiocarpiana.
- ☐ La amputación de ambos pies a nivel de la articulación tibiotarsiana.
- ☐ La amputación de toda una mano y de todo un pie.

Así mismo, se considerará como incapacidad total y permanente, la pérdida total e irreparable del habla o de la audición, independientemente del porcentaje de pérdida de capacidad laboral que produzca, siempre y cuando no se trate de una preexistencia conocida por el ASEGURADO, condición cuyo medio de prueba será su inclusión como diagnóstico de calificación dentro del dictamen correspondiente.

Fecha de siniestro por Incapacidad total y permanente igual a la fecha de estructuración de la incapacidad:

Para poder acceder a la indemnización, esta cobertura deberá estar vigente a la fecha de estructuración de la invalidez la cual a su vez constituye la fecha de ocurrencia del siniestro.

Si dentro de la vigencia de la póliza y como consecuencia de un accidente que dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días calendario siguientes a su ocurrencia produzca una lesión que cause al ASEGURADO la muerte, desmembración o su incapacidad total y permanente. LA ASEGURADORA pagará, previa comprobación de la ocurrencia del accidente, una indemnización adicional al monto del valor asegurado de la cobertura básica de Muerte por Cualquier Causa o Incapacidad total y permanente según corresponda, de acuerdo con la siguiente tabla de indemnizaciones.

En caso de que el asegurado sea diagnosticado medicamente y por primera vez con una de las enfermedades graves amparadas por la presente cobertura adicional, la compañía pagará una suma equivalente al 60% del valor asegurado en la cobertura básica de Muerte por Cualquier Causa al momento de la ocurrencia de un siniestro.

Enfermedades cubiertas

- 1.Cáncer (Incluye Leucemia y Enfermedad de Hodgkin.
- 2.Infarto del miocardio
- 3.Accidente cerebrovascular
- 4.Insuficiencia renal crónica
- 5.Cirugía de revascularización miocárdica
- 6.Trasplante de órganos vitales
- 7.Cirugía de la aorta
- 8.Reemplazo válvula corazón
- 9.Esclerosis múltiple
- 10.Anemia aplásica
- 11.Quemaduras graves
- 12.Parálisis
- 13.Parkinson
- 14.Traumatismo Mayor de Cabeza
- 15.Estado de Coma
- 16.Alzheimer

No Aplica Periodo de Carencia

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL, BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CON OCASIÓN DE UN ACCIDENTE

ENFERMEDADES GRAVES

<p>RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN (Hospitalización, Doble Por UCI, Cirugía Ambulatoria y Complicaciones Por Parto)</p>	<p>-HOSPITALIZACIÓN: Se determina mediante la internación del ASEGURADO en un centro hospitalario habilitado, por un período no menor de veinticuatro (24) horas para su diagnóstico y tratamiento, bajo el cuidado y supervisión de un médico legalmente reconocido por las autoridades correspondientes.</p> <p>Esta cobertura cuenta un período de carencia de un (1) día, el cual se aplicará solo en el evento en que el ingreso sea directo a hospitalización, sin ingreso previo a Unidad de Cuidados Intensivos. se tendrá derecho al pago por cada día de hospitalización o recuperación, a partir del segundo día de la hospitalización y durante un máximo de trescientos sesenta y cinco (365)) días.</p> <p>UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI): Bajo esta cobertura, LA ASEGURADORA reconocerá como beneficio diario, el equivalente a dos (2) veces la suma pactada en la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización, si como consecuencia de un mismo accidente o enfermedad el asegurado es internado en la Unidad de Cuidados Intensivos sin exceder de treinta (30) días continuos, los cuales serán descontados del máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días de hospitalización.</p> <p>Esta cobertura cuenta un período de carencia de un (1) día, el cual se aplicará solo en el evento en que el ingreso sea directo a Unidad de Cuidados Intensivos, sin hospitalización previa. se tendrá derecho al pago por cada día de hospitalización o recuperación, a partir del segundo día de la hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos.</p> <p>Esta cobertura sólo tendrá validez, por internación en Unidad de Cuidado Intensivo y no en la de Cuidado Intermedio, así la misma se encuentre habilitada en el mismo espacio físico dentro de la entidad hospitalaria.</p> <p>TRATAMIENTO MÉDICO Y CIRUGÍA AMBULATORIA COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTE: Se entenderá como un procedimiento médico o quirúrgico necesario para EL ASEGURADO y que sea consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, realizado en forma ambulatoria, en un centro hospitalario autorizado o en un centro quirúrgico que reúna los requisitos para tal fin. Bajo este seguro, LA ASEGURADORA será responsable del pago de la suma pactada correspondiente a un (1) día de hospitalización</p> <p>COMPLICACIONES POR PARTO NORMAL O CESÁREA: Las complicaciones originadas en el parto natural o la cesárea estarán cubiertas mientras el embarazo se haya concebido posterior a la inclusión del ASEGURADO en la póliza.</p> <p>Esta cobertura cuenta un período de carencia de un (1) día, por lo tanto, se tendrá derecho al pago por cada día de hospitalización o recuperación, a partir del segundo día de la hospitalización y durante un máximo de siete (7) días.</p>
<p>RENTA POR INCAPACIDAD POSTHOSPITALARIA</p>	<p>Si a consecuencia del mismo evento que haya provocado la hospitalización le es ordenado un periodo de incapacidad adicional que le dé continuidad a dicha hospitalización y/o como consecuencia directa de la misma, LA ASEGURADORA será responsable del pago de la suma pactada por cada día de incapacidad que le sea otorgado por la institución de salud, durante máximo seis (6) días por evento y por vigencia.</p> <p>La presente cobertura no es acumulable con la RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE.</p>
<p>RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE</p>	<p>Si dentro de los treinta (30) días siguientes a la materialización de un evento amparado dentro de la póliza, al se ASEGURADO le emite una incapacidad temporal que lo limite a realizar sus deberes y/u obligaciones relacionadas directamente con su actividad laboral, LA ASEGURADORA pagará los días correspondientes a la incapacidad hasta por un periodo máximo de veinte (20) días por evento y por vigencia.</p> <p><input type="checkbox"/> En caso de incapacidad temporal a consecuencia de un accidente: se tendrá un periodo de carencia de cuatro (4) días, por lo cual LA ASEGURADORA, será responsable del pago a partir del quinto día de incapacidad y con un máximo de veinte (20) días.</p> <p><input type="checkbox"/> En caso de incapacidad temporal a consecuencia de enfermedad NO PREEXISTENTE: se tendrá un periodo de carencia de ocho (8) días, por lo cual LA ASEGURADORA, será responsable del pago a partir del noveno día de incapacidad y con un máximo de veinte (20) días.</p> <p>La presente cobertura no es acumulable con la Renta diaria por incapacidad post hospitalaria</p>
<p>AUXILIO EXEQUIAL</p>	<p>Como suma adicional, el monto equivalente al 10% del valor asegurado en la cobertura básica de Muerte por Cualquier Causa.</p>
<p>BONO CANASTA POR FALLECIMIENTO O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE</p>	<p>Se otorga bono de libre destinacion y como pago único ante el fallecimiento del asegurado o una incapacidad total y permanente del asegurado.</p>
<p>AUXILIO DE MATERNIDAD Y/O PATERNIDAD</p>	<p>LA ASEGURADORA será responsable del pago de la suma pactada una única vez por vigencia en caso de que se produzca el nacimiento de un hijo vivo o un hijo adoptado, aun tratándose de alumbramiento múltiple. Esta cobertura será por una única vez, por ASEGURADO(A) por vigencia anual.</p>
<p>AUXILIO DE TRASLADO DEL CUERPO</p>	<p>LA ASEGURADORA pagará la suma pactada a los beneficiarios designados o en su defecto a los beneficiarios de ley, en caso de que por fallecimiento del ASEGURADO sus restos fúnebres deban ser trasladados a su lugar de origen dentro del territorio colombiano.</p>
<p>AUXILIO DE REPATRIACIÓN</p>	<p>LA ASEGURADORA pagará la suma pactada a los beneficiarios designados o en su defecto a los beneficiarios de ley, en caso de que el fallecimiento del ASEGURADO haya sido fuera de su país de origen y los restos fúnebres deban ser repatriados.</p>

Condiciones particulares y Cláusulas	
Cláusula	Descripción

AMPARO AUTOMÁTICO	<p>1. AMPARO AUTOMÁTICO NUEVOS EMPLEADOS</p> <p>La Compañía concede el amparo automático para nuevos empleados de la empresa tomadora, de acuerdo con las siguientes condiciones:</p> <p>a. Se dará cobertura automática a los asegurados nuevos desde la fecha de inicio del contrato con la empresa tomadora y cumplan con la política de elegibilidad definida por el tomador cuando esta última exista hasta el valor máximo definido en el literal (d).</p> <p>b. Tiempo de cobertura automática: 45 días desde la fecha de inicio del contrato con la empresa tomadora por parte del funcionario.</p> <p>c. Edad máxima de cobertura automática: Ilimitado</p> <p>d. Valor asegurado Maximo: \$100.000.000</p> <p>e. Dentro del plazo de los 45 días de cobertura automática, el tomador debe adjuntar la solicitud de seguro y declaración de asegurabilidad para definir las condiciones de aceptación del riesgo por parte de Seguros Bolívar. Si vencido el plazo de la cobertura automática el tomador o el asegurado según corresponda no ha adjuntado la solicitud de seguro y la declaración de asegurabilidad, la cobertura cesará.</p> <p>f. Los asegurados que excedan la suma máxima definida en el literal (d), quedarán asegurados hasta este valor del amparo automático, entre tanto se cumplen los requisitos establecidos dentro del proceso de suscripción de la compañía. Si vencido el plazo de la cobertura automática el tomador o el asegurado según corresponda no ha cumplido con los requisitos de asegurabilidad, la cobertura cesará de acuerdo a los plazos definidos en el literal (b).</p> <p>g. Cualquiera que sea el caso el Tomador o el Asegurado según corresponda, están obligados a declarar los hechos o circunstancias que determinen el estado real de riesgo, de tal manera que, si alguno de los Asegurados fallece, a causa de un evento ocurrido o enfermedad diagnosticada o tratada antes de la fecha de ingreso a la póliza, la Aseguradora dará plena aplicación a los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio.</p> <p>2. MODIFICACIONES DE VALOR ASEGURADO</p> <p>a. La Compañía otorga cobertura sin solicitud de seguro o requisitos de asegurabilidad para los aumentos de suma asegurada menor o igual al 20% del valor asegurado individual actual, no aplica limite de edad</p> <p>b. Los incrementos que superen el 20% del valor asegurado individual actual, deberán diligenciar una nueva solicitud de seguro y cumplir con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la póliza. no aplica limite de edad</p>
CÁNCER INSITU	Incluye de seno, próstata, cuello uterino y de piel, indemnizando hasta el 10% de la suma asegurada en la cobertura básica, como anticipo de la misma. Para cualquiera de los anteriores si se diagnostica como terminal se indemniza al 100% de la suma asegurada en el anexo.
CAUSALIDAD	El principio de reticencia o inexactitud se aplicara respetando el principio de causalidad, es decir, se objetará el pago del seguro solamente en aquellos casos en que la muerte o incapacidad se produzca por casos relacionados directamente con los hechos materia de inexactitud o reticencia en la declaración de asegurabilidad.
COBERTURA AMPLIA DE VUELO	La cobertura se extiende a amparar la muerte o lesiones que sufra el asegurado como consecuencia de accidente aéreo, siempre y cuando el asegurado viaje en calidad de pasajero, en líneas privadas, en rutas autorizadas por la aeronáutica civil.
CONTINUIDAD	Se otorga la continuidad de amparos; bajo la garantía suministrada por el Tomador de informar los riesgos extraprimados por la Compañía anterior, para la aplicación de las mismas a la nueva póliza. La certificación firmada de la Aseguradora de la fecha de ingreso a la póliza, las condiciones del riesgo y los amparos objeto de la Cláusula de continuidad. Esta continuidad opera sin limite de edad <p>Así mismo, la continuidad de amparos queda condicionada a que el Tomador nos informe previamente y por escrito la existencia de Asegurados con diagnóstico de enfermedad grave o terminal. Esta continuidad, solo se otorgará hasta la sumas aseguradas que traía el asegurado con la anterior Compañía, en las condiciones de salud y edad alcanzada en las que se encuentran, para lo cual deberán presentar certificación firmada de la empresa anterior respecto a relación de asegurados, siniestralidad y condiciones de suscripción. Si estos requisitos no fueron cumplidos antes de la fecha de iniciación de vigencia de la póliza, se entenderá que no de ha producido la continuidad de las coberturas y La Compañía no será responsable por cualquier evento o circunstancia preexistente a su seguro, que de origen a una reclamación bajo la Póliza.</p>
CONVERTIBILIDAD	Los asegurados menores de 76 años que se separen del grupo después de permanecer en él por lo menos durante un año continuo, tendrán derecho a ser asegurados por el amparo de vida sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tenga bajo la póliza de grupo, pero sin beneficios ni amparos adicionales, en cualquiera de los planes de seguro individual de los que emite la aseguradora, con excepción de los planes temporales o crecientes, siempre y cuando lo solicite dentro 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 aplicada a la edad alcanzada por el asegurado y a su ocupación en la fecha de la solicitud. Si la cobertura individual de un asegurado se incluyó en la póliza como riesgo subnormal o con extraprima se expedirá la póliza individual con la clasificación impuesta bajo la póliza de grupo y la extraprima que corresponda al seguro de vida individual.

1. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

A. La indemnización por incapacidad total y permanente no es acumulable con la cobertura básica de Muerte por Cualquier Causa y, por lo tanto, una vez pagada la Indemnización por dicha incapacidad, LA ASEGURADORA quedará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere a la cobertura básica de Muerte por Cualquier Causa.

2.INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL, BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CON OCASIÓN DE UN ACCIDENTE:

A. Cuando como consecuencia de un accidente ocurra al mismo tiempo alguno de los conceptos especificados en el Numeral 2.2.1. TABLA DE INDEMNIZACIÓN y la muerte del ASEGURADO, LA ASEGURADORA sólo indemnizará el valor asegurado por muerte accidental.

B. Cuando como consecuencia de un accidente haya lugar a pagar beneficios por alguno de los conceptos especificados en la Tabla de Indemnización, que corresponda a un pago inferior al 100% y después, como consecuencia del mismo accidente, el ASEGURADO fallece, subsistirá la cobertura de Muerte Accidental en la diferencia.

C. Cuando como consecuencia de un accidente haya lugar a pagar beneficios por alguno de los conceptos especificados en la Tabla de Indemnización, que corresponda a un pago inferior al 100% y después, como consecuencia del mismo accidente, el ASEGURADO es declarado con una pérdida de capacidad laboral superior al 50%, subsistirá la cobertura de Incapacidad Total y Permanente por Ocasión de Accidente en la diferencia.

3. ENFERMEDADES GRAVES:

A. Esta cobertura no es acumulable con la cobertura básica de Muerte por Cualquier Causa; las coberturas adicionales de Incapacidad Total y Permanente; Indemnización Adicional por Muerte Accidental, Beneficios por Desmembración e Incapacidad Total y Permanente con Ocasión de un Accidente, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por el amparo de enfermedades graves el valor cancelado será deducido del que pueda corresponder por las coberturas mencionadas.

El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos y circunstancias que determinen el estado del riesgo. 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, producen la nulidad relativa del seguro. Sin embargo, si se incurriere en errores, omisiones e inexactitudes no imputables al tomador o al asegurado, el contrato no será nulo ni habrá lugar a la aplicación del inciso 3o del artículo 1058 del Código de Comercio sobre reducción porcentual de la prestación asegurada, en este caso, se deducirá de la indemnización la diferencia de primas no cobradas durante el tiempo de vigencia del seguro. Los errores u omisiones involuntarios imputables al tomador en el reporte de la información, no afectarán los derechos derivados de la póliza

Se mantendrán las extraprimas y los costos de las mismas que vienen impuestas y aplicadas a los riesgos subnormales. Para el caso de nuevos ingresos, la compañía, con base en el proceso de selección de riesgos y la información suministrada por el solicitante, podrá limitar, extraprimar, excluir amparos adicionales o rechazar la inclusión de los asegurados.

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

Si no se encontrase el cuerpo del asegurado, la compañía pagará de acuerdo a la opción contratada, la suma asegurada según la solicitud de seguro, previa presentación de la sentencia debidamente ejecutoriada mediante la cual el juez haya declarado la muerte presunta del asegurado. Esta cobertura aplica únicamente si la póliza se encuentra vigente en el momento de la respectiva sentencia.

El tomador se compromete a reportar los ingresos, retiros, cambios de valor asegurado y cualquier otra modificación dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que tales modificaciones ocurran, acompañando los requisitos de asegurabilidad. el envío de la información deberá ser en medio magnético (Excel) con listado imagen del archivo cuando el número de asegurados así lo amerite.

El tomador puede revocar unilateralmente el seguro mediante aviso escrito remitido a la aseguradora. En un plazo no menor a 30 días, si el tomador da aviso por escrito a la aseguradora para que esta póliza sea revocada, será responsable de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de la revocación. El contrato quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación por la aseguradora o en la fecha especificada por el tomador para tal terminación, la que ocurra más tarde, y el tomador será responsable de pagar a la aseguradora todas las primas debidas en esa fecha, incluyendo una prima a prorrata por el período que comienza con el de gracia y termina en la fecha de tal revocación. El asegurado podrá revocar su seguro individual con arreglo al mismo procedimiento.

DEDUCCIONES

ERRORES, OMISIONES, INEXACTITUDES

EXTRAPRIMAS

IRREDUCTIBILIDAD

MUERTE PRESUNTA

REPORTE DE NOVEDADES

REVOCACIÓN

Tabla de Indemnización

CONCEPTO DE LA PÉRDIDA	PORCENTAJE DE INDEMNIZACIÓN
Pérdida de la vida	100%
Incapacidad Total y Permanente por Accidente	100%
Pérdida de las dos manos	100%
Pérdida de los dos pies	100%
Pérdida de todos los dedos de ambas manos	100%
Pérdida de todos los dedos de ambos pies	100%
Pérdida total de la visión de ambos ojos	100%
Pérdida total de la audición por ambos oídos	100%
Pérdida irreversible del habla	100%

Parálisis total	100%
Demencia incurable	100%
Pérdida de la visión por un ojo	50%
Pérdida de la audición por un oído	50%
Pérdida de todos los dedos de una mano	50%
Pérdida de los dedos índice y pulgar	20%
Pérdida de todos los dedos de un pie	20%
Desfiguración facial total	15%

Requisitos de Asegurabilidad

Requisitos	
Hasta 60 años	
Hasta \$100.000.000	S/R
De 61 a 65 años	
Hasta \$100.000.000	1
De 66 a 70 años	
Hasta \$100.000.000	2
Códigos	
S/R. No se requiere el cumplimiento de requisitos de asegurabilidad (NO SE CUBREN PREEXISTENCIAS y aplican los beneficiarios de ley a menos que realicen proceso de actualización de beneficiarios mediante diligenciamiento de Hoja de Servicios de Seguros Colectivos (GR-043) o Solicitud Individual de Afiliación (GR-018)).	
1. Solicitud Individual de Afiliación (GR-018) + Declaración de Asegurabilidad (GR-125)	
2. Solicitud Individual de Afiliación (GR-018) + Declaración de Asegurabilidad (GR-125) + Exámen médico + análisis de orina.	

Documentos para Reclamación

COBERTURA BÁSICA – MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	<ol style="list-style-type: none">1. Copia de la cédula2. Registro civil de defunción3. Certificado de defunción4. Solicitud de seguro declaración de asegurabilidad con la Cía anterior5. Historia clínica completa del asegurado. (antes de ingresar a la póliza y en el momento de fallecer).6. Acta de levantamiento de cadáver en caso de muerte accidental.7. Resultado de prueba de alcoholemia y sicofármacos.8. Informe de autoridades si trata de accidente de tránsito.9. Protocolo de necropsia en caso de muerte accidental.10. Documentos que prueben la condición de Beneficiarios; copia cedula para mayores de edad, registro civil de nacimiento para menores, de defunción si hay fallecidos.11. Juicio de sucesión y registro civil de matrimonio cuando no hay designación de beneficiarios y los correspondientes documentos que acrediten la calidad de beneficiario.12. Formulario autorización transferencia sn certificación.13. SARLAFT
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	<ol style="list-style-type: none">1. Copia de la cédula.2. Copia de la historia clínica completa del asegurado (antes de ingresar a la póliza y en el momento del accidente o diagnóstico de la enfermedad, si es el caso).3. Copia de la historia clínica completa del asegurado, y el dictamen de calificación de pérdida de la capacidad laboral que demuestre una pérdida de capacidad laboral igual o superior al cincuenta por ciento (50%), emitida por la EPS, ARL O AFP, conforme a las reglas del manual único para la calificación de la invalidez y las emitidas por las entidades que pertenecen a los regímenes de excepción, conforme a las reglas del manual correspondiente para la calificación de la invalidez.4. Formulario autorización transferencia sn certificación.5. SARLAFT6. Solicitud de seguro declaración de asegurabilidad con la Cía anterior.
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL, BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CON OCASIÓN DE UN ACCIDENTE	<p>Los mismos documentos que la COBERTURA BÁSICA – MUERTE POR CUALQUIER CAUSA</p> <p>Incapacidad Total y Permanente:</p> <p>Los mismos documentos que la INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE</p> <p>Desmembración</p> <ol style="list-style-type: none">1. Copia de la cédula2. Solicitud de seguro declaración de asegurabilidad con la Cía anterior.3. Historia clínica completa del asegurado. (antes de ingresar a la póliza y en el momento de reclamar).4. Resultado de prueba de alcoholemia y sicofármacos.5. Informe de autoridades si trata de accidente de tránsito.6. Formulario autorización transferencia sn certificación.7. SARLAFT

ENFERMEDADES GRAVES	<div>1. Copia de la cédula.</div> <div>2. Solicitud de seguro y declaración de asegurabilidad con la Cía anterior.</div> <div>3. Historia clínica completa del asegurado. (antes de ingresar a la póliza y en el momento del diagnóstico de la enfermedad.</div> <div>4. Exámenes de diagnóstico de patología.</div> <div>5..Formulario autorización transferencia sn certificación.</div> <div>6. SARLAFT</div>
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN	<div>1. Copia de la cédula</div> <div>2. Epicrisis</div> <div>3. Solicitud de seguro si la hay.</div> <div>4. Certificado del número de días de hospitalización / Certificado del número de días de incapacidad emitida por la EPS.</div> <div>5. Formulario autorización transferencia sn certificación.</div> <div>6. SARLAFT</div> <div>**Aplican para todas las rentas hospitalarias, post-hospitalarias y temporales</div>
AUXILIO DE MATERNIDAD Y/O PATERNIDAD	<div>1.Registro civil de naciminto o crt. de nacido vivo</div> <div>2. Si nace sin vida. Certificado del médico y de la clínica</div> <div>3. Adopción: registro civil de nacimiento con anotación de adopción.</div> <div>4.Copia de la cédula del asegurado</div> <div>5. Formulario autorización transferencia sn certificación.</div> <div>6. SARLAFT</div>

Definiciones de Enfermedades Graves

ENFERMEDAD	DEFINICIÓN
CÁNCER	La presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y la multiplicación incontrolada de células malignas y la invasión a otros tejidos. Esta definición incluye también leucemia en sus diversos tipos y enfermedades malignas del sistema linfático, como por ejemplo la enfermedad de Hodgkin.
INFARTO DEL MIOCARDIO	La muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de una irrigación sanguínea deficiente a la zona específica. El diagnóstico debe ser confirmado con la historia clínica que demuestre a través de cualquier medio aceptado por las comunidades científicas la muerte de una parte del músculo del miocardio
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	Cualquier evento cerebrovascular isquémico o hemorrágico provocado por infarto del tejido cerebral, hemorragia de un vaso intracraneal o por embolización de fuente extracraneal, que produzca un déficit neurológico por un tiempo mayor de 24 horas y que persista no menos de tres (3) meses independiente del proceso de rehabilitación. El diagnóstico debe estar confirmado por nuevos cambios en la Tomografía Axial Computarizada o la Resonancia Magnética Nuclear. Se debe presentar documentación médica que demuestre la existencia de deficiencia neurológica durante al menos tres (3) meses contados a partir del diagnóstico.
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	Estado de falla renal terminal debido a disfunción crónica e irreversible de ambos riñones y que requiera efectuar regularmente diálisis (hemodiálisis o diálisis peritoneal) o un trasplante renal. El diagnóstico y el requerimiento de diálisis regular deberán estar certificados por un informe nefrológico.
CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA	La intervención quirúrgica para corregir el estrechamiento o bloqueo de dos o más arterias coronarias mediante injertos arteriales o venosos tipo bypass o puentes coronarios realizados por técnica de tórax (abierta o mínimamente invasiva). El diagnóstico de la oclusión coronaria debe ser efectuado por angiografía coronaria y la indicación quirúrgica debe estar dada por un cardiólogo según los resultados de la angiografía coronaria. El resultado de la angiografía coronaria, así como el informe médico deberán estar a disposición de LA ASEGURADORA.
TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES	<p>Haber requerido un trasplante de corazón, pulmones, hígado, páncreas, riñón, médula ósea, en calidad de receptor del trasplante. La información y la historia médica deberán estar a disposición de LA ASEGURADORA.</p> <p>Para efectos de este amparo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El trasplante de órganos se entiende como la inserción de un órgano de un donante humano en el cuerpo del ASEGURADO con restablecimiento de las conexiones arteriales, venosas, linfáticas y nerviosas <input type="checkbox"/> El trasplante, es como receptor y nunca como donante. <input type="checkbox"/> El trasplante deberá ser certificado por el médico que lo practicó, quien debe contar con experiencia certificada y avalada por los entes de control en el territorio nacional, para practicar la medicina y esta clase de intervenciones quirúrgicas

CIRUGÍA DE LA AORTA	La realización actual de cirugía por una enfermedad crónica de la aorta, que haya requerido la extirpación y reemplazo quirúrgico de la aorta enferma por una prótesis. A efectos de esta definición se entiende por aorta la aorta torácica y abdominal pero no sus ramas. La realización de la cirugía aórtica debe ser confirmada por un especialista.
REEMPLAZO DE LA VÁLVULA DEL CORAZÓN	<p>Reemplazo quirúrgico de una o más válvulas cardíacas por válvulas artificiales, mecánicas o biológicas.</p> <p>Esto incluye el reemplazo de válvulas aórtica, mitral, tricúspide y pulmonar por válvulas artificiales, debido a una estenosis o insuficiencia o a la combinación de ambos factores. La realización de la cirugía de reemplazo valvular debe ser confirmada por un especialista.</p>
ESCLEROSIS MÚLTIPLE	<p>Diagnóstico inequívoco de Esclerosis Múltiple establecido por un neurólogo. Este diagnóstico debe ser confirmado por síntomas clínicos típicos de desmielinización y la afección de funciones motoras y sensoriales, y por hallazgos típicos en la resonancia magnética.</p> <p>Para demostrar el diagnóstico, el ASEGURADO debe ya sea presentar anomalías neurológicas persistentes por un período mínimo de seis (6) meses o haber presentado al menos dos episodios clínicamente documentados, con al menos un (1) mes de separación entre ambos o haber presentado un episodio clínicamente documentado acompañado de hallazgos característicos en el fluido cerebroespinal, como así también de lesiones cerebrales específicas detectadas por resonancia magnética.</p>
ANEMIA APLÁSICA	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Transfusión de productos de sangre. <input type="checkbox"/> Estimulantes de la médula ósea. <input type="checkbox"/> Agentes inmunosupresores. <input type="checkbox"/> Trasplante de médula ósea.
QUEMADURAS GRAVES (Gran quemado)	Quemaduras de tercer grado que cubran al menos un 20% del área de superficie del cuerpo 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 de áreas corporales quemadas.
PARÁLISIS DE MIEMBROS SUPERIORES Y/O MIEMBROS INFERIORES:	Pérdida total e irreversible del uso de dos o más extremidades por parálisis secundaria a enfermedad o accidente de la médula espinal. Estas condiciones deben ser documentadas médicamente al menos tres (3) meses después de su diagnóstico.
PARKINSON	Enfermedad de Parkinson primaria o idiopática donde se incapacite de manera permanente para realizar de forma independiente tres (3) o más actividades de la vida diaria. Estas condiciones deben perdurar por lo menos durante tres (3) meses y estar médicamente documentadas.

ESTADO DE COMA	<p>Estado severo de pérdida de conciencia con total ausencia de reacción a estímulos externos o internos requiriendo de manera continua el uso de sistemas de soporte vital (respirador, inotropia, alimento parenteral) por un período mínimo de 96 horas y resultando en un déficit neurológico permanente.</p> <p>El diagnóstico deberá ser confirmado por un especialista y el déficit neurológico debe ser documentado por lo menos durante tres (3) meses.</p>
ALZHEIMER	<p>Enfermedad neurodegenerativa que se manifiesta como deterioro cognitivo y trastornos conductuales. Se caracteriza por una pérdida permanente que impide realizar de manera independiente tres (3) o más actividades de la vida diaria. El diagnóstico lo debe hacer un neurólogo confirmado con una evaluación neuropsicológica.</p>
TRAUMATISMO MAYOR DE CABEZA	<p>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 neurorradiológicos (por ejemplo: TAC o RNM de cerebro). El trauma debe provocar una incapacidad permanente para realizar independientemente tres (3) o más actividades de la vida diaria.</p> <p>Para efectos de la presente cobertura, se consideran actividades de la vida diaria:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Bañarse o tomar una ducha<input type="checkbox"/> Vestirse y desvestirse<input type="checkbox"/> Higiene personal<input type="checkbox"/> Capacidad de usar el sanitario<input type="checkbox"/> Continencia (control sobre esfínteres)<input type="checkbox"/> Capacidad de alimentarse por sí mismo<input type="checkbox"/> Levantarse de la cama<input type="checkbox"/> Subir y bajar escaleras<input type="checkbox"/> Movilidad (capacidad de desplazarse en un mismo nivel)<input type="checkbox"/> Comer/beber (capacidad de alimentarse por sí mismo, pero no de preparar la comida).