



Una aseguradora cooperativa
con sentido social

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL TEMPORAL RENOVABLE ANUALMENTE

VIDA INDIVIDUAL

CONDICIONES GENERALES

LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO, QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ LA EQUIDAD, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA SOLICITUD DE SEGURO PRESENTADA POR EL ASEGURADO, LAS CUALES SE INCORPORAN A ESTE CONTRATO PARA TODOS SUS EFECTOS, SE OBLIGA A PAGAR LA CORRESPONDIENTE SUMA ASEGURADA EN CASO DE REALIZACIÓN DE CUALQUIERA DE LOS RIESGOS AMPARADOS, DE ACUERDO CON LAS DEFINICIONES, ESTIPULACIONES, EXCEPCIONES Y LIMITACIONES INDICADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

1. AMPAROS

ESTA PÓLIZA CUBRE LOS RIESGOS QUE EXPRESAMENTE SE INDICAN EN EL CUADRO DE AMPAROS DE LA CARATULA DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL Y SOBRE LOS CUALES SE ESTIPULE UNA SUMA ASEGURADA ESPECÍFICA, SIEMPRE QUE SE ENCUENTRE SELECCIONADO POR EL ASEGURADO:

AMPARO BÁSICO

1.1. MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

LA EQUIDAD SE OBLIGA A PAGAR LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN LA CARATULA DE LA POLIZA DE SEGURO, AL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO. EN ESTE CASO LA PÓLIZA TERMINARÁ SU COBERTURA AUTOMÁTICAMENTE.



2. AMPAROS ADICIONALES

2.1. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE AMPARO SE CONSIDERA COMO INVÁLIDO EL ASEGURADO MENOR DE 75 AÑOS DE EDAD, QUE POR CUALQUIER CAUSA, DE CUALQUIER ORIGEN, ORIGINADA POR LESIONES FÍSICAS ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES NO PREEXISTENTES Y NO PROVOCADAS INTENCIONALMENTE POR ÉSTE, HUBIESE PERDIDO EL 50% O MÁS DE SU CAPACIDAD LABORAL, DETERMINADA DE ACUERDO CON EL MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE QUE TRATA EL DECRETO 1507 DE 2014 SIEMPRE Y CUANDO LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN ESTÉ DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO.

LA INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ NO ES ACUMULABLE AL SEGURO DE VIDA Y POR LO TANTO UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN COMO ANTICIPO POR DICHA INVALIDEZ, LA EQUIDAD, QUEDARÁ LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD EN LO QUE SE REFIERE AL SEGURO DE VIDA DEL ASEGURADO; ES DECIR, LA PÓLIZA TERMINARÁ SU COBERTURA AUTOMÁTICAMENTE.

2.1.2. EXCLUSIONES:

SIN PERJUICIO DE LAS EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS, EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE LA INVALIDEZ DETERMINADA POR CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- 1. SIRVIENDO EN LABORES MILITARES EN LAS FUERZAS ARMADAS O DE POLICÍA O AUTORIDAD INTERNACIONAL.**
- 2. VIAJAR COMO PILOTO O TRIPULANTE DE NAVES AÉREAS, INCLUYENDO HELICÓPTEROS.**
- 3. LESIONES AUTOINFLINGIDAS INTENCIONALMENTE, BIEN SEA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE DEMENCIA.**

2.2. AMPARO DE INDEMNIZACIÓN POR DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES

ESTE AMPARO Y SUS CONDICIONES PARTICULARES HACEN PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA ARRIBA CITADA Y QUEDA SUJETO A TODAS SUS ESTIPULACIONES Y EXCEPCIONES SIEMPRE Y CUANDO SE ENCUENTRE DESCRITO EN EL CUADRO DE LOS AMPAROS DE LA CARÁTULA. EL PRESENTE AMPARO PUEDE SER CONTRATADO BAJO LA MODALIDAD DE ANTICIPO DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE MUERTE O

COMO UN VALOR ASEGURADO INDEPENDIENTE O SUMA ADICIONAL AL AMPARO BÁSICO.

2.2.1. AMPARO

EL PRESENTE AMPARO TIENE POR OBJETO INDEMNIZAR AL ASEGURADO SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA, UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN, DIAGNOSTICA POR PRIMERA VEZ Y CONFIRMA, CON BASE EN PRUEBAS CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS, HISTOLÓGICAS Y DE LABORATORIO, LA PRESENCIA DE CÁNCER, INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA –PUENTE DE MAMA O SAFENA (BYPASS), ACCIDENTE CEREBROVASCULAR, INSUFICIENCIA RENAL, TRASPLANTE DE ÓRGANOS, ESCLEROSIS MÚLTIPLE, ANEMIA APLÁSTICA, TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO SEVERO, DEMENCIA INCLUYENDO ENFERMEDAD DE ALZHEIMER/ AFECIONES ORGÁNICAS IRREVERSIBLES DEGENERATIVAS DEL CEREBRO, ENFERMEDAD DE PARKINSON, CUYA DEFINICIÓN SE ESTABLECE EN LA CLÁUSULA CUARTA, SIEMPRE Y CUANDO LAS MISMAS NO SE HAYAN ORIGINADO O SEAN PREEXISTENTES AL MOMENTO DE CONTRATAR ESTE AMPARO.

LA INDEMNIZACIÓN SE REALIZARÁ BAJO LA MODALIDAD QUE SEA CONTRATADA POR EL ASEGURADO.

2.2.2. EXCLUSIONES

LA EQUIDAD, NO RECONOCERÁ INDEMNIZACIÓN ALGUNA BAJO EL PRESENTE AMPARO, SI EL ASEGURADO PADECE Y SE LE DIAGNOSTICA UNA DE LAS ENFERMEDADES CUBIERTAS QUE APAREZCA A CONSECUENCIA DE O EN CONEXIÓN CON:

1. EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), O LA PRESENCIA DE DICHO VIRUS TAL COMO FUE RECONOCIDO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD O CUALQUIER SÍNDROME O ENFERMEDAD DE TIPO SIMILAR BAJO CUALQUIER NOMBRE, QUE SEA DIAGNOSTICADO POR UN MÉDICO AUTORIZADO.
2. TODOS LOS TUMORES DE LA PIEL (EXCEPTO MELANOMAS MALIGNOS) CÁNCER IN SITU NO INVASIVO Y TUMORES DEBIDO A LA PRESENCIA DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).
3. PADECIMIENTOS CONGÉNITOS O, LAS ENFERMEDADES SUFRIDAS POR RIESGOS NUCLEARES.
4. ENFERMEDADES, LESIONES O SECUELAS DERIVADAS POR LA ADICCIÓN AL ALCOHOL O A DROGAS QUE NO HAYAN SIDO PRESCRITAS POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO.

5. **CUALQUIER TRATAMIENTO O CIRUGÍA EXPERIMENTAL, QUE NO SE ENCUENTREN RELACIONADAS CON UNA ENFERMEDAD.**
6. **LA ENFERMEDAD DE PARKINSON CUANDO SEA INDUCIDA POR MEDICAMENTOS, TÓXICOS O SECUELAS POR PRÁCTICA DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL.**

2.2.2. LÍMITE DEL AMPARO

Bajo el presente amparo únicamente tendrán cobertura las enfermedades descritas en el numeral primero, siempre y cuando sean diagnosticadas por primera vez con posterioridad a los tres (3) primeros meses desde la fecha de ingreso del asegurado a la póliza, por un médico reconocido y confirmado por evidencias aceptables clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, y si sobrevive al menos treinta (30) días a la fecha del diagnóstico.

2.2.3. DEDUCCIONES Y AJUSTE DE LA SUMA ASEGURADA

Para aquellas pólizas que se contraten bajo la modalidad de anticipo del amparo básico, la indemnización a que da derecho la presente cobertura se deducirá de la suma asegurada del amparo de muerte.

Así mismo, una vez realizado el pago de la indemnización, la prima del amparo básico se reducirá en la misma proporción en que se redujo la suma asegurada como consecuencia del pago de la indemnización del presente amparo.

2.2.4. TERMINACIÓN DEL AMPARO

Las coberturas concedidas bajo el presente amparo terminarán una vez se indemnice al asegurado conforme a la modalidad contratada o cuando se afecte el amparo básico. Las demás condiciones generales de la póliza no modificadas por este amparo permanecerán vigentes.

2.3. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

ESTE AMPARO Y SUS CONDICIONES PARTICULARES HACEN PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO Y QUEDA SUJETO A TODAS SUS ESTIPULACIONES Y EXCEPCIONES SIEMPRE Y CUANDO SE ENCUENTRE DESCRITO EN EL CUADRO DE AMPAROS DE LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

2.5.1. AMPARO

SALVO LAS EXCLUSIONES QUE SE INDICAN MÁS ADELANTE EN LA CONDICIÓN SEGUNDA, MEDIANTE ESTE AMPARO LA EQUIDAD PAGARÁ AL ASEGURADO LA SUMA ESTABLECIDA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA POR CADA DÍA QUE EL ASEGURADO PERMANEZCA RECLUIDO EN UN ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO LEGALMENTE APROBADO POR LA AUTORIDAD COMPETENTE, COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD. LA INDEMNIZACIÓN SE OTORGARÁ DESDE EL PRIMER

DÍA EN CASO DE ACCIDENTE Y DESDE EL SEGUNDO DÍA PARA ENFERMEDAD, CUBRIRÁ UN MÁXIMO DE TREINTA (30) DÍAS CONTINUOS O DISCONTINUOS POR CADA AÑO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA.

PARA LOS EFECTOS DE ESTE AMPARO, POR ACCIDENTE SE ENTIENDE EL HECHO EXTERNO, IMPREVISTO, OCASIONAL, VIOLENTO, SÚBITO, VISIBLE, REPENTINO E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO QUE LO SUFRA Y QUE CAUSE UNA LESIÓN CORPORAL.

EL PRESENTE AMPARO INCLUYE AQUELLOS CASOS EN LOS CUALES SE ORDENE POR EL MÉDICO TRATANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN CASA O DOMICILIARIA.

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE PÓLIZA, NO SON CONSIDERADOS COMO ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS LAS INSTITUCIONES MENTALES PARA TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES SIQUIÁTRICAS, LOS LUGARES DE REPOSO, CONVALECENCIA O DESCANSO PARA ANCIANOS, CENTROS DE TRATAMIENTO PARA DROGADICTOS O ALCOHÓLICOS; CENTROS DE CUIDADO INTERMEDIO; O LOS LUGARES DONDE SE PROPORCIONAN TRATAMIENTOS NATURISTAS O DE ESTÉTICA.

EN EL PRESENTE AMPARO Y PARA ENFERMEDAD APLICA PERIODO DE CARENCIA DE 90 DÍAS PARA EL ASEGURADO CONTADOS DESDE LA FECHA DE INGRESO DEL ASEGURADO A LA COBERTURA.

2.3.2. EXCLUSIONES

NO SE EFECTUARÁ PAGO ALGUNO POR ESTE AMPARO CUANDO LA HOSPITALIZACIÓN TENGA ORIGEN O RELACIÓN CON:

2.3.2.1. LESIONES PREEXISTENTES O ENFERMEDADES. UNA CONDICIÓN PREEXISTENTE ES UNA ENFERMEDAD, LESIÓN, ENFERMEDAD O SÍNTOMA:

- CONOCIDO POR EL ASEGURADO ANTES DEL COMIENZO DEL SEGURO; O
- PARA LOS QUE EL ASEGURADO HABÍA CONSULTADO A UN MÉDICO REGISTRADO ANTES DEL COMIENZO DEL SEGURO; O
- PARA LOS QUE UNA PERSONA RAZONABLE EN LA POSICIÓN DEL ASEGURADO HUBIERA CONSULTADO A UN MÉDICO REGISTRADO CON ANTERIORIDAD AL INICIO DEL SEGURO.

2.3.2.2. HOSPITALIZACIÓN CAUSADA O ACELERADA POR:

- GUERRA, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL.
- LA AVIACIÓN (QUE NO SEA COMO PASAJERO PAGANDO UNA TARIFA).
- PARTICIPAR O TOMAR PARTE EN ACTIVIDADES PELIGROSAS, DEPORTES PELIGROSOS, DEPORTES PROFESIONALES, ASÍ COMO CONDUCIR O MONTAR EN CUALQUIER TIPO DE CARRERA O CONCURSO DE VELOCIDAD.

- EL ABUSO DE DROGAS O DEPENDENCIA (ALCOHOL, SOLVENTES, DROGAS, EXCEPTO BAJO LA DIRECCIÓN DE MÉDICO REGISTRADO).
- INTENTO DE SUICIDIO / LESIÓN AUTO INFLIGIDA.
- ACTOS DELICTIVOS.
- EL PARTO, EMBARAZO, ABORTO INVOLUNTARIO, ABORTO VOLUNTARIO.
- EXISTENCIA DEL VIH / SIDA (RELACIONADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL VIH / SIDA)

2.3.2.3. LESIONES RESULTANTES DEL SERVICIO MILITAR.

2.3.2.4. LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN CUALQUIER OPERACIÓN DE LA MARINA, LA FUERZA AÉREA O EL EJÉRCITO O EN CUALQUIER OPERACIÓN ARMADA PLANIFICADA POR LAS AUTORIDADES CIVILES O MILITARES, COMO ACTOS CONTRA EL TERRORISMO, BANDIDOS Y OTROS ELEMENTOS SIMILARES.

2.3.2.5. ENFERMEDAD CONGÉNITA O HEREDITARIA.

2.3.2.6. ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS.

2.3.2.7. EPILEPSIA, ENFERMEDAD MENTAL.

2.3.2.8. CONDICIONES CRÓNICAS.

2.3.2.9. TRATAMIENTO DENTAL.

2.3.2.10. DIÁLISIS.

2.3.2.11. TRATAMIENTO ÓPTICO DE RUTINA.

2.3.2.12. CIRUGÍAS COSMÉTICAS O PLÁSTICAS.

2.3.2.13. PROCEDIMIENTOS A ELECCIÓN.

2.3.2.14. FERTILIDAD, TRATAMIENTOS DE ESTERILIZACIÓN.

2.3.2.15. CUIDADO DE CONVALECENCIA, CUIDADO DE DESCANSO, ATENCIÓN HOSPITALARIA.

2.3.2.16. PELIGROS NATURALES (TERREMOTOS, AVALANCHAS, ERUPCIONES VOLCÁNICAS O DE OTRA NATURALEZA RELACIONADA).

2.3.2.17. FISIÓN Y REACCIONES NUCLEARES; ARMAS BIOLÓGICAS O QUÍMICAS, O CUALQUIER TIPO DE CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.

2.3.2.18. VARIACIÓN DE PESO: OBESIDAD, REDUCCIÓN/AUMENTO DE PESO, BULIMIA, ANOREXIA NERVIOSA.

2.4. AUXILIO FUNERARIO

LA EQUIDAD RECONOCERÁ LA SUMA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, POR EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE CUALQUIER CAUSA, SIEMPRE Y CUANDO NO SE ENCUENTRE DENTRO DE LAS EXCLUSIONES MENCIONADAS A LO LARGO Y ANCHO DE LA PRESENTE PÓLIZA

3. *EDADES DE INGRESO: LAS EDADES DE INGRESO PARA CADA UNO DE LOS AMPAROS DESCRITOS EN LA PRESENTE PÓLIZA SON LAS SEÑALADAS A CONTINUACIÓN:*

- **MUERTE POR CUALQUIER CAUSA: EDAD MINIMA DE INGRESO 18 AÑOS, MÁXIMA 75 AÑOS Y 364 DÍAS, PERMANENCIA 84 AÑOS Y 364 DÍAS.**
- **INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE: EDAD MINIMA DE INGRESO 18 AÑOS, MÁXIMA 70 AÑOS Y 364 DÍAS, PERMANENCIA 75 AÑOS Y 364 DÍAS.**
- **ENFERMEDADES GRAVES EDAD MINIMA DE INGRESO 18 AÑOS, MÁXIMA 69 AÑOS Y 364 DÍAS, PERMANENCIA 70 AÑOS Y 364 DÍAS.**
- **RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION: MINIMA DE INGRESO 18 AÑOS MÁXIMA 59 AÑOS Y 364 DÍAS, PERMANENCIA HASTA 64 AÑOS Y 364 DÍAS.**

4. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Al tiempo de entrar en vigencia este contrato o al ingresar un nuevo asegurado, la persona debe reunir los siguientes requisitos:

- A. Ser mayor de 18 años al ingreso a la póliza y tener menos de 75 años para la cobertura de muerte e invalidez total y permanente, menos de 70 para la cobertura de enfermedades graves y menos de 59 años para la cobertura de renta hospitalaria.
- B. Diligenciar completamente la declaración de asegurabilidad en el formato que disponga La Equidad al momento del ingreso a la póliza
- C. La Equidad podrá solicitar los siguientes requisitos adicionales dependiendo de la edad y el valor asegurado en el momento de ingreso a la póliza o en el aumento del valor asegurado:

- Examen médico
- Análisis de orina
- Electrocardiograma
- Muestra de sangre
- Prueba de esfuerzo

Parágrafo: Según los resultados de los exámenes o la información contenida en las declaraciones, La Equidad se reserva el derecho a solicitar documentación o exámenes adicionales.

- D. Cualquier otro que La Equidad y el tomador acuerden por escrito en las condiciones particulares.

5. VIGENCIA DEL SEGURO

Los amparos individualmente considerados solo entran en vigor a partir de la fecha expresada en la caratula de la póliza.

Por tratarse de un seguro temporal anual se renovará automáticamente, salvo que las partes contratantes con un mes de anticipación a la fecha del vencimiento del seguro manifestaran lo contrario.

6. PAGO DE PRIMA

La prima es anual y se fija de acuerdo con la edad alcanzada por el asegurado y por su correspondiente valor asegurado. Esta deberá pagarse por anticipado y por la anualidad del seguro, en caso de convenirse una forma de pago diferente el pago de la primera prima o cuota es condición indispensable para la vigencia del seguro. Para el pago de las demás primas, La Equidad otorga fraccionamiento de primas y se podrán pagar en forma semestral, trimestral, o mensual, operando con factores de 0.52, 0.27, o 0.094 respectivamente de acuerdo a la forma de pago.

Si las primas posteriores a la primera cuota no fueren pagadas antes de vencerse el mes de gracia, se producirá la terminación automática del contrato y La Equidad quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de dicho plazo. Lo anterior sin perjuicio de lo establecido en el artículo 1153 del código de comercio.

7. VALOR ASEGURADO

Es el valor determinado en la solicitud póliza de seguro de vida individual.

8. CAMBIO DE BENEFICIARIOS

El asegurado puede en cualquier momento cambiar el beneficiario o beneficiarios del seguro mediante solicitud hecha a La Equidad, y surtirá efecto en la fecha de notificación por escrito a la entidad.

La solicitud del cambio no requiere el consentimiento del beneficiario anterior.

9. DECLARACIÓN DEL ASEGURADO SOBRE EL ESTADO DEL RIESGO

El tomador y los asegurados individualmente considerados están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio, según el cuestionario que le sea propuesto por La Equidad. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Equidad, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen 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 ha encubierto por culpa hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero La Equidad 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 representen respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado de riesgo.

Las sanciones anteriormente descritas no se aplican si La Equidad, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias que versan los vicios de la declaración, o si ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

10. INCONTESTABILIDAD

Transcurridos dos años desde la fecha de perfeccionamiento del contrato y siempre que este se encuentre en vigor, cesa el derecho de impugnar el seguro por reticencia o falsas declaraciones, excepto el caso de fraude o dolo del asegurado o de los beneficiarios.

11. SUICIDIO

En caso de fallecimiento del asegurado motivado por suicidio o su tentativa ocurrido dentro del primer año de emisión de la póliza, La Equidad solo pagará el importe de las primas recibidas, sin intereses, deduciendo los gastos incurridos por La Equidad. Si el suicidio ocurre después del primer año, La Equidad pagará el valor asegurado.

12. TERMINACIÓN DEL AMPARO BÁSICO

La cobertura de Amparo Básico terminará por alguna de las siguientes causas:

- Por el no pago de la prima.
- Por muerte del asegurado.
- Al vencimiento de la vigencia si ésta no se renueva.
- Cuando el Tomador y/o Asegurado revoque la póliza.
- En todo caso en el vencimiento de la anualidad de seguro en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en este amparo.

13. REHABILITACIÓN DEL SEGURO

En esta modalidad de Seguro no aplica la opción de rehabilitación.

14. AVISO DE SINIESTRO

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo esta póliza, el beneficiario, deberá dar aviso de siniestro a La Equidad dentro de los diez días (10) siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

15. RECLAMACIÓN

Posteriormente al aviso del siniestro, el tomador o beneficiario deberán acreditar la ocurrencia del siniestro y su cuantía, para lo cual utilizarán los medios probatorios idóneos.

16. CONVERSIÓN

Durante la vigencia de esta póliza, siempre y cuando el cambio se solicite por escrito antes de cumplir los setenta y seis (76) años, el asegurado podrá convertirla en un plan de Seguro de Vida Entera, hasta por el valor asegurado alcanzado en la fecha de la conversión, solamente para el amparo básico y sin presentación de requisitos de asegurabilidad.

17. MONEDA DEL CONTRATO

La suma asegurada y la prima están convenidas en pesos colombianos.

18. NOTIFICACIONES

Cualquier declaración que deban hacer las partes en desarrollo de este contrato, deberá realizarse por escrito y ser enviada a la última dirección registrada de la otra parte.

19. DISPOSICIONES LEGALES

Todos los aspectos no regulados por estas condiciones generales, se regirán por las disposiciones del Código de Comercio y demás normas legales sobre la materia.

20. DOMICILIO

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

21. PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS

De conformidad con lo establecido por las normas legales de Colombia, sobre el tema de prevención de lavado de activos SARLAFT, el Tomador, Asegurado y Beneficiario (s), se obligan con La Equidad a diligenciar con datos ciertos y reales en el formato que para tal menester se le entregue, a realizar las declaraciones que se estipulen en el formulario designado con total veracidad y a suministrar los documentos que se soliciten como anexo, al inicio de la póliza, la renovación de la misma, y al momento del pago de indemnizaciones.

Cualquier inconsistencia o información falsa en las declaraciones o documentos aportados en razón a la presente cláusula se entenderá como reticencia en la información, y producirá los efectos consagrados en el Art. 1058 del Código de Comercio.

22. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTAR Y REPORTAR INFORMACIÓN FINANCIERA A CENTRALES DE RIESGO

El Tomador, Asegurado, autorizan a La Equidad para que con fines estadísticos de información entre aseguradoras, consulte o transfiera datos con cualquier autoridad que lo requiera; consulte, informe, guarde en sus archivos y reporte a las centrales de riesgos que considere necesarias o a cualquier otra entidad autorizada, la información que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente y bajo cualquier modalidad, se le haya otorgado o se le otorgue en el futuro, así como sobre novedades, referencias, manejo de la póliza y demás servicios que surjan de esta relación comercial o contrato. La anterior autorización implica que el cumplimiento o incumplimiento de las obligaciones del tomador se refleja en las mencionadas bases de datos, en donde se consignan de manera completa, todos los datos referentes al actual y pasado comportamiento crediticio, comercial y frente al sector financiero.

23. DEFINICIONES

Para efectos de este seguro se entenderá por:

Tomador del seguro: Persona que contrata el seguro y a quien le corresponde los derechos y obligaciones que del mismo se deriven, salvo aquellos que correspondan expresamente al Asegurado y/o Beneficiario.

Asegurado: Es la persona natural determinada e identificada en la solicitud de seguros de vida individual y cuyo fallecimiento constituyen el riesgo asegurado, en los términos de la presente póliza.

Beneficiario: Persona(s) a quien (es) el Asegurado reconoce el derecho a percibir la indemnización derivada de esta póliza en la cuantía que designe.

El Beneficiario será a título gratuito, es decir, aquel cuya designación tiene por causa la mera liberalidad del asegurado.

Cuando no se designe beneficiario o la designación se haga ineficaz o nula por cualquier causa, tendrán la calidad de tales el cónyuge del asegurado en la mitad del seguro y los herederos de éste en la otra mitad. Igual regla se aplicará en el evento en que se designe genéricamente como Beneficiarios a los herederos del asegurado.

Accidente: Es el hecho ocasional, violento, súbito, externo, imprevisto y repentino que provenga de una fuente externa e independiente de la voluntad del Asegurado o de los Beneficiarios y que sobrevenga al Asegurado, causando una lesión o daño corporal.

Póliza: Documento que contiene las condiciones generales y particulares que identifican el riesgo.

Prima: Pago que realiza el tomador y/o asegurado por el seguro del amparo básico y de los amparos adicionales.

Seguro de Vida Temporal: Se denomina Seguro Temporal al seguro de vida que brinda protección durante un determinado tiempo (número de años), al cabo del cual cesa la cobertura.

Siniestro: Es la realización del riesgo asegurado.

Cáncer: Enfermedad se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por un crecimiento y propagación incontrolable de células malignas que invaden y destruyen el tejido normal. El diagnóstico debe ser confirmado por un médico especialista y evidenciado a través del respectivo examen histopatológico. El cáncer también incluye leucemia, linfoma, linfoma cutáneo, enfermedad de Hodgkin, enfermedades malignas de la médula ósea y el sarcoma.

Exclusiones: "carcinoma in situ" o "cáncer in situ", displasia y todos los estados de lesiones pre-malignas; cáncer de próstata T2N0M0 etapa de clasificación TNM; Todos los tipos de cáncer de piel primario, melanoma maligno, excepto que haya invadido los planos más allá de la epidermis (capa externa de la piel); cáncer papilar de la glándula tiroides que se limita a este órgano; cualquier tumor o cáncer en presencia de infección por VIH.

Infarto agudo de miocardio: Es la muerte del músculo cardíaco causado por la obstrucción del suministro de sangre. El diagnóstico definitivo de infarto agudo de miocardio debe ser confirmada por un médico especialista y por el aumento típico y/o queda los niveles de biomarcador cardíaco (troponina I, troponina T o CK-MB), con al menos un nivel por encima del percentil 99 del límite de referencia superior y la ocurrencia simultánea de los siguientes criterios:

- a. Los síntomas y signos agudos compatibles con un ataque cardíaco.

- b. Nuevos cambios electrocardiográficos con el desarrollo de cualquiera de los siguientes: depresión o elevación del segmento ST, inversión de la onda T, ondas Q patológicas o bloqueo de la rama izquierda.

Exclusiones: Otros síndromes coronarios agudos (por ejemplo, angina de pecho estable o inestable); infarto silencioso de miocardio.

Cirugía de revascularización miocárdica - Puente de mama o safena (bypass): Cirugía abierta de tórax realizada para corregir estrechamiento o bloqueo de una o más arterias coronarias con injertos arteriales o venosos. La indicación para la cirugía debe ser realizada por un médico especialista y evidenciada por la angiografía coronaria.

Exclusiones: angioplastia con balón; cualquier procedimiento basado en catéter intra-arterial; procedimientos con láser

Accidente cerebrovascular (ACV): Es la muerte del tejido cerebral debido a un suministro inadecuado de sangre o sangrado. El diagnóstico debe ser confirmado por un médico especialista y lo demuestra:

- a. La aparición de nuevos signos y síntomas compatibles con un accidente cerebrovascular neurológicos.
- b. déficit neurológico verificable durante el examen médico, debe persistir continuamente por lo menos sesenta (60) días después de que el diagnóstico de accidente cerebrovascular.
- c. cambios en la tomografía computadorizada o resonancia magnética compatible con el diagnóstico clínico.

Exclusiones: ataque isquémico transitorio (AIT); lesión del tejido cerebral o los vasos sanguíneos; hemorragia secundaria a una lesión cerebral preexistente. Anormalidades cerebrales detectadas por tomografía computadorizada u otros métodos de diagnóstico sin síntomas o signos clínicos neurológicos claramente relacionados.

Insuficiencia renal: Etapa terminal de una enfermedad renal manifestada por una falla total, crónica e irreversible de ambos riñones, que hace necesario efectuar diálisis peritoneal o hemodiálisis periódicas o un trasplante renal.

Exclusiones: insuficiencia renal temporal o reversible, que desaparece después de unas semanas de tratamiento.

Trasplante de órganos: La garantía cubre únicamente al asegurado como receptor del trasplante de los órganos mencionados a continuación:

- 🌿 Corazón, pulmón, hígado, riñón, páncreas

El trasplante debe ser médicamente necesario y basado en la confirmación objetiva del deterioro de la función del órgano.

Exclusiones: Otros trasplantes diferentes a los mencionados, el trasplante parcial o el uso de células madre están explícitamente excluidos.

Esclerosis múltiple: Déficit neurológico múltiple durante un período mayor a los 6 meses, como resultado de una desmielinización en el cerebro y en la médula espinal. El diagnóstico inequívoco debe ser realizado por un neurólogo, con evidencia de más de un episodio de síntomas neurológicos bien definidos por afección en diferentes zonas del sistema nervioso central (nervio óptico, nervios craneales, médula espinal, cerebelo, etc.)

Exclusiones: No hay

Anemia aplásica: Insuficiencia crónica persistente de la médula ósea que produce anemia, neutropenia y trombocitopenia y que requiere tratamiento con al menos una de las siguientes medidas:

- Transfusión de productos sanguíneos
- Medicamentos estimulantes de la médula ósea
- Medicación inmunosupresora
- Trasplante de médula ósea

El diagnóstico debe ser confirmado por un médico hematólogo.

Traumatismo craneoencefálico severo: Daño neurológico permanente o pérdida de la capacidad intelectual como resultado de una lesión cerebral debida a accidente o trauma. El déficit neurológico permanente debe ser confirmado por un neurólogo y guardar relación inequívoca con los hallazgos en la resonancia magnética o en la tomografía computadorizada.

Exclusiones: Lesión en la médula espinal o daño cerebral debido a otras causas

Demencia incluyendo enfermedad de Alzheimer/afecciones orgánicas irreversibles degenerativas del cerebro: Deterioro o pérdida de la capacidad intelectual, debido a una falla global irreversible del funcionamiento del cerebro, confirmada por evaluación clínica, pruebas cognoscitivas estandarizadas, estudios de imagen y cuestionarios de Enfermedad de Alzheimer y Demencia. La enfermedad debe resultar en un deterioro cognoscitivo significativo que afecte el funcionamiento mental y social y el diagnóstico debe confirmarse por un neurólogo.

Exclusiones: Demencia relacionada con el abuso de drogas y/o alcohol, enfermedades sin daño orgánico o SIDA.

Enfermedad de Parkinson: Diagnóstico inequívoco de enfermedad de Parkinson realizado por un neurólogo, basado en signos claros de afección neurológica progresiva y permanente, con síntomas motores incluido temblor en reposo, bradicinesia, rigidez e inestabilidad postural, a pesar de tratamiento médico óptimo

Exclusiones: Enfermedad de Parkinson inducida por abuso de drogas y/o sustancias tóxicas. Parkinsonismo secundario.