



ace seguros

CLAUSULADO GENERAL DE VIDA GRUPO, ANEXO AMPARO RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN Y ANEXO DE RENTA DOMICILIARIA

CONDICIONES GENERALES

OBJETO DEL SEGURO:

ACE Seguros S.A. quien en adelante se denominará «LA COMPAÑÍA» con sujeción a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por El Tomador, en las individuales presentadas por los Asegurados (siendo incluidas las informaciones suministradas a través del mercadeo masivo electrónico como: correo, fax, teléfono, autorización descuentos de nómina, guía de servicios, etc.) que forman parte integrante de esta póliza, así como en las condiciones generales y particulares, indemnizará el valor asegurado contratado, una vez se acredite la ocurrencia del siniestro.

CONDICION PRIMERA - AMPARO BASICO - VIDA

ACE Seguros S.A. indemnizará el valor asegurado contratado, a los Beneficiarios designados, una vez se acredite la muerte del Asegurado. Para los efectos del presente amparo básico, esta póliza indemnizará la muerte presunta por desaparecimiento del Asegurado cuando ella sea declarada judicialmente de acuerdo a la Ley Colombiana.

CONDICION SEGUNDA - EXCLUSIONES

PARÁGRAFO: Durante los doce (12) primeros meses de vinculación del Asegurado a la póliza, esta no ampara el suicidio, en consecuencia no queda obligada al pago de ninguna indemnización por este evento. Transcurrido este plazo, el suicidio de los Asegurados se encuentra amparado bajo la presente póliza.

Si el suicidio ocurre encontrándose El Asegurado amparado bajo un seguro conjunto de vida, LA COMPAÑÍA reembolsará la diferencia entre la prima conjunta y la prima individual al Beneficiario nombrado por El Asegurado fallecido, y continuará brin-

dando cobertura al Asegurado sobreviviente.

CONDICION TERCERA - TOMADOR

Es la persona jurídica a cuyo nombre se expide la presente póliza, para asegurar un determinado número de personas naturales que conformen el grupo asegurable, siendo responsable de todas las obligaciones que como tal le incumben, conforme a la ley y en especial, al pago de la prima.

CONDICION CUARTA - GRUPO ASEGURADO Y GRUPO ASEGURABLE

Se entiende por grupo asegurado, el conformado por las personas que tienen el carácter de asegurables y que se encuentran amparados por la presente póliza. Para efectos del presente contrato son asegurables las personas naturales vinculadas en virtud de una situación legal ó reglamentaria con una persona jurídica, asociación, sociedad u organización con las cuales tenga relación estable de la misma naturaleza y cuyo vínculo no tenga como relación exclusiva el propósito de contratar el presente contrato de seguro.

CONDICION QUINTA - REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

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

- Ser mayor de 18 años de edad
- En el caso de los hijos dependientes ser mayor de 6 meses y menor de 21 años de edad
- En el caso del asegurado principal y su cónyuge y/o sus padres ser menor de 65 años a la fecha de ingreso a la póliza
- Ser menor de 65 años de edad a la fecha de ingreso a la póliza.

- No tener más de 69 años 11 meses para poder permanecer en la póliza.
- Los requisitos que de manera individual se exigen para los amparos adicionales.
- Ser miembro del grupo participante.
- Diligenciar y firmar el formulario de asegurabilidad.

CONDICION SEXTA - VALOR Y AJUSTE DE PRIMAS

El valor de la prima para cada persona asegurada será el señalado en el formulario de aceptación y a falta de este, el establecido en el certificado individual de seguro. **LA COMPAÑIA**, incrementará la suma asegurada, así como el valor de la prima, hasta el índice de precios al consumidor (I.P.C.), tomado para el año calendario inmediatamente anterior, certificado por el DANE, no obstante lo anterior y dependiendo del comportamiento del mercado de seguros y reaseguros **LA COMPAÑIA** podrá realizar incrementos adicionales de prima conforme a las tasas vigentes al momento de la renovación.

CONDICION SÉPTIMA - VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES

La suma asegurada correspondiente a cada uno de los integrantes del grupo asegurado, se considerará individualmente para cada asegurado, de acuerdo con la forma indicada en la solicitud certificado individual de seguro o carátula de la póliza, según el valor del seguro acordado específicamente para cada uno de los integrantes.

CONDICION OCTAVA - DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Corresponde a cada uno de los Asegurados, integrantes del grupo asegurable, la designación de sus propios beneficiarios, pudiendo ser ellos a título gratuito o a título oneroso.

La designación de Beneficiarios a título oneroso, deberá estipularse específicamente en la póliza, en defecto de tal estipulación, la designación del Beneficiario se presumirá hecha a título gratuito. Cuando la designación del Beneficiario

sea a título gratuito él podrá ser cambiado en cualquier momento, pero tal cambio surtirá efecto solamente a partir de la fecha de recibo de la notificación escrita por parte de **LA COMPAÑIA**. En ningún caso El Tomador, puede intervenir en la designación de Beneficiarios, ni serlo tampoco.

Cuando no se hubiere designado Beneficiario o la designación fuere ineficaz o quedare sin efecto por cualquier causa, tendrán la condición de tales, el cónyuge del respectivo Asegurado en la mitad del seguro y los herederos legales de éste en la otra mitad. Igual regla se aplicará en el evento de haber sido designados genéricamente como Beneficiarios los herederos legales del Asegurado.

CONDICION NOVENA - PAGO DE PRIMAS

El pago de la prima en el presente seguro se efectuará de manera anual, semestral, trimestral, mensual conforme acuerdo entre las partes, de acuerdo a la tarifa que aparece en la solicitud - certificado de seguro y los amparos contratados.

Si el asegurado ha tomado el seguro a través de cualquiera de los mecanismos de descuento y ha autorizado a la entidad respectiva cargar a su cuenta mensual el valor de la prima, el no pago consecutivo y oportuno de la cuota respectiva produce automáticamente la terminación del contrato de seguro (artículo 1068 del código de Comercio). Igual regla se aplicará en caso de autorización directa del asegurado a la entidad tomadora respectiva para debitar de su cuenta el valor de la prima mensual correspondiente en el evento que ésta no pudiera hacerse.

El pago de la prima deberá efectuarse dentro del plazo de treinta (30) días calendario contados desde la fecha de iniciación de la vigencia de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, para lo cual el asegurado autorizará en la solicitud respectiva a algunos de los medios de pago aceptados por **LA COMPAÑIA** cargar a la misma la suma mensual de la prima respectiva.

El pago de la primera cuota o prima es condición indispensable para que inicie la vigencia del seguro. Por consiguiente si ocurre algún siniestro dentro de los pri-

meros 30 días de inicio de vigencia de la póliza, 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.

Si el pago de la prima se efectúa de manera fraccionada, con cargo a la nómina, será condición indispensable para la iniciación de la vigencia del seguro, el pago de la primera cuota. Si las cuotas de pago de prima posteriores a la primera, no fueren pagadas oportunamente en los plazos establecidos, se producirá la terminación automática del contrato de seguro.

CONDICION DECIMA - INDEMNIZACION

El Asegurado o Beneficiario deberán dar noticia a **LA COMPAÑIA** de la ocurrencia de un siniestro susceptible de afectar la presente póliza, a más tardar dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en el que haya conocido o debido conocer su ocurrencia y aquella suministrará al Asegurado, en tal momento, la información correspondiente a la documentación necesaria para la formalización de la reclamación.

El Beneficiario o Asegurado, según el caso, deberá remitir, junto con el certificado individual del seguro, los documentos necesarios para acreditar la ocurrencia del siniestro.

El pago de la indemnización se hará a los Beneficiarios designados en caso de muerte, dentro del mes siguiente a aquel en que se acredite la ocurrencia del siniestro.

Cualquier recibo de desistimiento que los beneficiarios o sus representantes personales, otorgue a **LA COMPAÑIA** por cualquier beneficio pagado por esta póliza, será considerado como una exoneración final y completa de toda responsabilidad de **LA COMPAÑIA** con respecto a dicho beneficio.

El Asegurado, los Beneficiarios, los herederos legales o sus representantes personales, según el caso, quedarán privados de todo derecho procedente de la presente póliza, en caso de que la reclama-

ción presentada a **LA COMPAÑIA** sea de cualquier manera fraudulenta o, si en apoyo de ella se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o documentos engañosos o dolosos o cualquier otro medio para sustentarla.

CONDICION DECIMA PRIMERA - DECLARACION INEXACTA O RETICENTE

El Tomador o El Asegurado, según el caso, deberá declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo, o cualesquiera otros cuestionarios que hayan servido de base para el otorgamiento del presente seguro. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidas por **LA COMPAÑIA**, la hubiesen retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producirán la nulidad relativa del contrato de seguro.

Sin embargo, si la inexactitud o la reticencia son imputables a error inculpable del Tomador, el contrato no será nulo, pero **LA COMPAÑIA** estará únicamente en caso de siniestro obligado 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 de riesgo, excepto los previstos en el artículo 1160 del Código del Comercio.

Si la reticencia o inexactitud provienen del Asegurado, se aplicarán las mismas sanciones respecto de su seguro individual. Si la declaración se hace sin sujeción a un cuestionario determinado, la inexactitud o reticencia producen igual efecto si El Tomador o El Asegurado ha encubierto por su culpa hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado de riesgo.

CONDICION DECIMA SEGUNDA - IRREDUCTIBILIDAD - INCONTESTABILIDAD

Transcurridos dos (2) años en vida del Asegurado, desde la fecha de iniciación de la respectiva cobertura individualmente considerada, el valor del seguro de vida no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad.

CONDICION DECIMA TERCERA - INEXACTITUD EN LA DECLARACION DE EDAD

Si con respecto a la edad de los Asegurados se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, se procederá de conformidad con las siguientes reglas:

Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa de **LA COMPAÑIA**, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio.

Si es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por **LA COMPAÑIA**.

Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida anteriormente.

CONDICION DECIMA CUARTA - MODIFICACION DEL ESTADO DE RIESGO

El Tomador o Asegurado según el caso, deberá notificar por escrito a **LA COMPAÑIA**, los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que signifiquen agravación del riesgo o variación de su identidad local.

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

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

CONDICION DECIMA QUINTA - VIGENCIA

La vigencia del certificado individual de seguro se iniciará en la fecha indicada en la solicitud-certificado de seguro prevista

para tal efecto, siempre y cuando se haya pagado la primera prima.

CONDICION DECIMA SEXTA - RENOVACION AUTOMATICA

La presente póliza se renovará anualmente de manera automática en la fecha de su vencimiento, por un período igual al inicialmente contratado, si el Tomador o Asegurado no manifiestan por escrito su decisión de no renovar, dando aviso a **LA COMPAÑIA** con una anticipación no menor a un (1) mes de la fecha de su vencimiento.

Si **LA COMPAÑIA**, decide no renovar el contrato de seguro, procederá a dar aviso al Tomador, de su decisión con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario a la fecha en que cese sus obligaciones y enviará noticia escrita a la última dirección registrada de cada asegurado, informando su decisión.

CONDICION DECIMA SÉPTIMA - REVOCACION DEL CONTRATO

Si El Tomador da aviso por escrito a **LA COMPAÑIA** para que esta póliza sea revocada, será responsable de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de revocación. El contrato quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación por parte de **LA COMPAÑIA** o en la fecha especificada por El Tomador para tal terminación, la que ocurra más tarde, por lo tanto El Tomador será responsable de pagar todas las primas debidas en esa fecha, incluyendo la 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, pero en ningún caso podrá solicitar que las condiciones del contrato se apliquen a un seguro de vida de carácter individual.

CONDICION DECIMA OCTAVA - TERMINACION DEL SEGURO INDIVIDUAL

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

1. Por vencimiento y no renovación de la póliza.

2. Por falta de pago de la prima o de cualquier cuota, si la prima anual ha sido fraccionada.
3. Al vencimiento de la anualidad más próxima en que el asegurado cumpla setenta (70) años.
4. Cuando El Asegurado por escrito, solicite su exclusión del seguro o, El Tomador solicite la revocación del contrato.
5. Tratándose del seguro del cónyuge, al fallecimiento del Asegurado principal.
6. Cuando LA COMPAÑÍA pague la indemnización por la afectación de uno o varios amparos que agoten el valor máximo del seguro.
7. Por muerte del Asegurado principal o por haber dejado de pertenecer al grupo asegurado.
8. Por cancelación de la tarjeta de crédito, cuenta corriente o de ahorros, por retiro de la empresa o incapacidad de pago cualquiera que sea su mecanismo de descuento.

CONDICION DECIMA NOVENA - Duplicidad de Polizas

El Asegurado, no podrá estar amparado por más de una póliza de seguro, correspondiente a este mismo plan con LA COMPAÑÍA. En caso de estarlo, ello no le dará derecho a exigir los dos pagos de la indemnización, toda vez que El Asegurado tiene la obligación de informar la existencia de la primera póliza de seguro, para que LA COMPAÑÍA se abstenga de expedirla. En caso de no hacerlo y ocurriera el siniestro se considerará, a esta persona asegurada solamente con la póliza que le proporcione el mayor beneficio. LA COMPAÑÍA devolverá en tal caso, el valor de la prima pagada en la otra póliza, reconociendo solamente el interés legal.

CONDICION VIGÉSIMA - PRESCRIPCION

La prescripción de las acciones derivadas de este contrato, es ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos (2) años, y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La extraordinaria será de cinco (5) años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

CONDICION VIGÉSIMA PRIMERA - CONVERTIBILIDAD

Los asegurados menores de 70 años que se separen del grupo después de permanecer en el por lo menos durante (1) año continuo, tendrán derecho a ser asegurados en forma individual sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tenga en la póliza de grupo, pero sin beneficios adicionales, en el plan de seguros de vida individual de los que estén autorizados en otra Compañía de Seguros con la cual tenga un contrato para garantizar este beneficio, siempre y cuando lo solicite dentro de los treinta (30) días comunes siguientes contados a partir de su retiro del grupo.

Si El Asegurado fallece dentro del plazo para solicitar la póliza individual, conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que ella se hubiere expedido por otra Compañía (medio o no solicitud) sus beneficiarios tendrán derecho a la prestación asegurada bajo la presente póliza, caso en el cual se deducirá de la indemnización el valor de la prima correspondiente.

CONDICION VIGÉSIMA SEGUNDA - NOTIFICACIONES

Salvo el aviso de siniestro, cualquier declaración que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá consignarse por escrito y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío escrito por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada por las partes.

CONDICION VIGÉSIMA TERCERA - DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con

el presente contrato, se fija como domicilio de las partes, la ciudad de Bogotá D.C.;

para todos los efectos, el domicilio principal de LA COMPAÑÍA, es la Calle 72 # 10-51 Piso 7o. de la misma ciudad.

17062002-1305-P-29 FORMA-CVG002

ANEXO AMPARO RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

OBJETO DEL SEGURO :

ACE Seguros S.A. acuerda asumir a través del presente anexo y previo pago de la prima correspondiente, señalada en la solicitud certificado de seguro de vida grupo arriba especificada, el cual queda sujeto a todos los términos, condiciones y excepciones señaladas en las condiciones generales de dicha póliza junto con las que a continuación se estipulan.

DEFINICION

Para efectos del presente amparo, LA COMPAÑÍA indemnizará la suma diaria pactada al Asegurado, señalada en el correspondiente certificado individual de seguro, si a consecuencia de una enfermedad o lesión diagnosticada o sufrida durante la vigencia de la póliza ingresa como paciente interno a una institución hospitalaria, como mínimo por 24 horas, sin exceder de 365 días, para el tratamiento respectivo, bajo el cuidado y supervisión de un médico que debe poseer licencia permanente y válida para practicar la medicina en Colombia.

Para efectos del presente amparo, se entiende como institución hospitalaria, el establecimiento registrado y autorizado por reunir todas las condiciones exigidas por las autoridades correspondientes para el desarrollo de su objeto social, de acuerdo con la legislación Colombiana, para la atención de enfermos.

No son consideradas como instituciones hospitalarias, para efectos de cobertura del amparo de la presente póliza, las instituciones mentales para tratamiento de enfermedades psiquiátricas; los lugares de reposo, convalecencia o descanso para ancianos, drogadictos o alcohólicos; los centros de cuidado intermedio; los lugares donde se proporcionan tratamientos naturalistas o de estética.

EXCLUSIONES

El presente anexo no ampara el siniestro determinado por cualquiera de los siguientes eventos:

1. Por guerra, invasión o acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones de guerra, haya mediado o no declaración, guerra civil, sedición, revolución, asonada, motín, huelga, movimientos subversivos o en general cualquier clase de conmoción civil.
2. Suicidio, tentativa de suicidio, lesiones autoinflingidas, bien que El Asegurado se encuentre en
3. Dedicarse a practicar o tomar parte en entrenamientos propios de deportes considerados como de alto riesgo, tales como buceo, alpinismo o montañismo, escalada en hilo donde se haga uso de sogas o guías, espeleología, paracaidismo, planeadores, motociclismo, deportes de invierno, carreras que no sean a pie o que se dedique profesionalmente a cualquier deporte.
4. La causada en accidente de aviación, cuando El Asegurado viaje como piloto o miembro de la tripulación de cualquier aeronave, salvo que vuele como pasajero en una línea comercial legalmente establecida y autorizada para transporte regular de pasajeros, pagando tiquete.
5. Por encontrarse El Asegurado bajo influencia de bebidas embriagantes, drogas tóxicas, alucinógenos o ingestión de estupefacientes.
6. Enfermedades físicas, mentales, o cualquier dolencia originada en alguna enfermedad, anomalía o malformación congénita y/o tratamientos por desequilibrios mentales o curas de reposo o del sueño, vórices

con fines estéticos, tratamiento para la infertilidad.

7. Mientras El Asegurado se encuentre en servicio activo y en ejercicio de sus funciones como militar, policía miembro de organismo de seguridad, de inteligencia, guardaespaldas o vigilante de cualquier País o autoridad.

8. La originada como consecuencia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida S.I.D.A. o las enfermedades relacionadas con el virus V.I.H.

9. La originada por hospitalización por chequeos de control o complicaciones del embarazo y complicaciones de postparto.

10. Condiciones médicas preexistentes, ya sea que se trate de una enfermedad que haya sido diagnosticada o tratada o una lesión sufrida por El Asegurado en los doce (12) meses anteriores a la fecha de inicio de cobertura de la presente póliza de seguro. Esta condición desaparece cuando se trata de una enfermedad o lesión en virtud de la cual, El Asegurado ha estado cubierto por esta póliza por un período de doce (12) meses consecutivos.

11. Ningún evento originado en exámenes de diagnóstico y consultas médicas, tratamientos de belleza, o cirugías con fines estéticos o de embellecimiento.

12. Hospitalización para chequeos médicos de rutina u otros exámenes previos a los cuales no exista indicaciones de trastornos de salud.

13. Hospitalización en un establecimiento que no llena los requisitos descritos en las condiciones de esta póliza o que El Asegurado no se encuentre bajo la atención y cuidado de un médico autorizado para el ejercicio de su profesión, en Colombia.

14. Reacción o radiación nuclear, independientemente de como se haya generado.

15. Por participar El Asegurado en actos ilícitos o contrarios a las leyes colombianas.

16. Tratamientos no reconocidos por las asociaciones médico científicas a nivel mundial o aquellos de carácter experimental.

VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES

La suma asegurada correspondiente a cada uno de los integrantes del grupo asegurado, se considerará individualmente de acuerdo individual de seguro, según el valor del seguro acordado específicamente para cada uno de los integrantes.

LIMITES DE EDADES PARA EL PRESENTE ANEXO

No obstante lo previsto en las condiciones generales de la póliza a la cual accede el presente anexo la edad inicial máxima de ingreso será de 65 años tanto para hombres como para mujeres y la cobertura del presente anexo se otorgará como máximo hasta la edad de 69 años.

DUPLICIDAD DE ESTE AMPARO

El Asegurado, no podrá estar amparado por más de una póliza de seguro, correspondiente a este mismo plan con LA COMPAÑIA. En caso de estarlo ello no le dará derecho a exigir los dos pagos de la indemnización, toda vez que El Asegurado tiene la obligación de informar la existencia de la primera póliza de seguro, para que LA COMPAÑIA se abstenga de expedirla. En caso de no hacerlo y ocurrir el siniestro se considerará, a esta persona asegurada solamente bajo la póliza que le proporcione el mayor beneficio y consecuentemente, el valor de la prima pagada en la otra póliza, será devuelta por LA COMPAÑIA, reconociendo solamente el interés legal.

COEXISTENCIA DE SEGUROS

El Asegurado debe informar a LA COMPAÑIA los seguros que de igual naturaleza tenga contratados o que llegue a contratar, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la celebración de los contratos de seguro.

INTRANSFERIBILIDAD

Se acuerda que la presente cobertura de la póliza no será transferible a persona

alguna; por lo tanto ningún depósito, fideicomiso, traspaso, acto o contrato, producirá efectos respecto a **LA COMPAÑÍA**, la cual quedará liberada definitivamente, en virtud de los recibos expedidos por El Asegurado o sus herederos legales cuando aquel haya fallecido.

CONVERTIBILIDAD

El derecho de conversión de la póliza no es aplicable a este amparo.

INDEMNIZACIONES

El Asegurado o Beneficiario deberá dar noticia a **LA COMPAÑÍA** de la ocurrencia del siniestro dentro de los treinta (30) días siguientes de su conocimiento y ésta suministrará al Asegurado en tal momento, la información correspondiente a la documentación necesaria para la formalización de la reclamación.

El valor asegurado se indemnizará al Asegurado o Beneficiario, según los valores expresados en la solicitud- certificado de seguro, en la definición de amparos prevista en la condición primera.

LA COMPAÑÍA efectuará el pago indemnizatorio dentro del mes siguiente a la fecha en que El Asegurado o Beneficiario haya formalizado la reclamación. Todo pago parcial efectuado por **LA COMPAÑÍA** bajo la presente póliza, será considerado como un adelanto de la suma definitiva a indemnizar respecto del accidente que originó dicho pago.

Cualquier recibo de desistimiento que la persona asegurada, sus representantes personales o afiliado asegurado a la Compañía para cualquier beneficio pagado bajo esta póliza, será considerado como una exoneración final y completa de toda responsabilidad de **LA COMPAÑÍA** con respecto a dicho beneficio.

La indemnización diaria por hospitalización como valor asegurado en la solicitud-certificado individual de seguro, se pagará al Asegurado, desde la fecha de ingreso en el hospital, por un período que no exceda los trescientos sesenta y cinco (365) días, para todos los períodos de hospitalización a consecuencia de una enfermedad o lesión.

La indemnización para personas aseguradas mayores de sesenta y cinco (65) años de edad, se realizará así: durante los primeros siete (7) días de hospitalización, el beneficio diario estará limitado a la mitad de la suma estipulada en el certificado del seguro.

La hospitalización del Asegurado que comience en la vigencia de esta póliza y que se daba a la misma causa o causas relacionadas con una hospitalización anterior y por la cual se haya pagado indemnización diaria bajo este plan, sin que exista un período entre ellas de por lo menos doce (12) meses, será considerada una continuación de dicha hospitalización anterior, para efectos de determinar el período de indemnización estipulado y el máximo beneficio pagadero por la póliza.

Por el contrario, hospitalizaciones separadas por un período igual o superior a doce (12) meses y hospitalizaciones que no tengan una misma causa o causas relacionadas, no serán consideradas como ocurridas durante el mismo período de indemnización estipulado y el máximo beneficio pagadero bajo este plan.

DEFINICIONES

Para efectos de interpretación de coberturas de este amparo, otorgado con el presente anexo, se definen a continuación los términos utilizados, los cuales serán interpretados cada vez que ellos aparezcan en la forma señalada a continuación:

ENFERMEDAD: Significa cualquier alteración de la salud de la persona del Asegurado resultante de la acción de un agente patógeno, con relación al organismo, que conduzca a un tratamiento médico o quirúrgico.

ACCIDENTE: Es la lesión física sufrida por El Asegurado resultante de un hecho externo, súbito, violento, ocasional e independiente de la voluntad del Asegurado.

TRATAMIENTO: Es el conjunto de medios por los cuales se alivia o cura una enfermedad o lesión originada en un accidente.

LESION: Es la alteración, daño o desperfecto anatómico de cualquier parte u órgano del cuerpo humano, originado por la acción de un objeto contundente, de corte, de fuego, así como la afección patoló-

gica infecciosa o no, o por cualquier tipo de accidente que no dependa de la voluntad del asegurado.

DIAGNÓSTICO: Es toda identificación de una enfermedad, fundándose en los síntomas manifestados por el enfermo y confirmados por evidencias clínicas y paraclínicas.

INSTITUCIÓN HOSPITALARIA: Es el establecimiento registrado y autorizado que reúne todas las condiciones exigidas por las autoridades correspondientes para el desarrollo de su objeto social, de acuerdo con la legislación Colombiana, para la atención de enfermos. No se considera como institución hospitalaria, para efectos de cobertura del amparo de la presente póliza, las instituciones mentales para tratamiento de enfermedades siquiátricas; los lugares de reposo, convalecencia o descanso para ancianos, drogadictos o alcohólicos; los centros de cuidado intermedio; los lugares donde se proporcionan tratamientos naturalistas o de estética.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Es aquella enfermedad que ha sido diagnosticada o tratada o una lesión sufrida por El Asegurado en los doce (12) meses anteriores a la fecha de inicio del presente amparo cobertura de la presente póliza de seguro. Esta condición desaparece cuando se trata de una enfermedad o lesión en virtud de la cual, El Asegurado ha estado cubierto por esta póliza por un período de doce (12) meses consecutivos.

MÉDICO: Es la persona natural que, cumpliendo los requisitos legales, está autorizada para el ejercicio de la profesión en el área clínica, quirúrgica o de apoyo diagnóstico o asistencial.

UCI : Unidad de Cuidados Intensivos: Es un servicio para la atención de pacientes, adultos o niños, críticamente enfermos, recuperables, con disponibilidad permanente de personal médico especializado en cuidados intensivos, medicina interna y cardiología; personal paramédico con adiestramiento en cuidados intensivos; equipos de ayuda diagnóstica y de complementación terapéutica: electrocardiografía, monitoria cardios-cópica y de presión arterial, respiradores de presión y de volumen, gasometría, oximetría, estimulación eléctrica intra cardiaca (marcapasos temporales y definitivos) y equipos de desfibrilación, nebulizadores y otros.

DIA: Es el espacio de veinticuatro (24) horas continuas de reclusión del Asegurado en una institución hospitalaria.

LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, SE APLICARAN AL PRESENTE AMPARO, LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO ASI MISMO SE REGIRAN POR LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CODIGO DE COMERCIO.

17062202-1305-A-29. FORMA-CVG005

ANEXO DE RENTA DOMICILIARIA

CONDICION PRIMERA - COBERTURA:

ACE Seguros S.A. acuerda asumir a través del presente anexo que hace parte de la póliza de vida grupo arriba especificada, el cual queda sujeto a todos los términos, condiciones y excepciones señaladas en las condiciones generales de dicha póliza junto con las que a continuación se estipulan.

La compañía pagará al asegurado, previa comprobación médica debidamente expedida, que existió hospitalización domiciliaria, la suma contratada en el certificado

individual de seguro, de acuerdo a las definiciones de esta póliza.

PARAGRAFO 1. PERIODO DE CAREN-CIA: El presente anexo, tendrá un deducible de un día a partir de la fecha de la expedición médica de la hospitalización domiciliaria.

PARAGRAFO 2. La hospitalización deberá estar debidamente certificada por la entidad que la autoriza, la cual deberá cumplir con los requisitos mínimos establecidos para los programas diseñados para hospitalización domiciliaria.

CONDICION SEGUNDA - DEFINICIONES

RENTA DIARIA: Suma de dinero que se pagará al asegurado de conformidad con las condiciones de esta póliza y según los días estipulados en el certificado de seguro.

HOSPITALARIA DOMICILIARIA: Para todos los efectos de esta póliza se entiende por hospitalización domiciliaria toda situación médica del asegurado, que le impide salir de su domicilio por el tratamiento de una patología que requiere el cuidado de enfermería y la supervisión médica que por su complejidad permite la atención en el domicilio del paciente, donde se le dan los cuidados especiales pertinentes y los medicamentos y procedimientos son suministrados o ejecutados por un profesional en el área de la salud bajo la prescripción, dirección y responsabilidad de un programa diseñado para la atención de hospitalización domiciliaria que cumpla con los requisitos mínimos esenciales certificados por la entidad competente.

CONDICION TERCERA - EXCLUSIONES

El presente anexo no cubre el siniestro determinado por cualquiera de los siguientes eventos:

1. Por guerra, invasión o acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones de guerra, haya mediado o no declaración, guerra civil, sedición, revolución, asonada, motín, huelga, movimientos subversivos o en general cualquier clase de conmoción civil.
2. Suicidio, tentativa de suicidio, lesiones autoinflingidas, bien que El Asegurado se encuentre en uso de sus facultades mentales o en estado de demencia o la provocada por el mismo Asegurado.
3. Dedicarse a practicar o tomar parte en entrenamientos propios de deportes considerados como de alto riesgo, tales como buceo, alpinismo o montañismo, escalada en hilo donde se haga uso de sogas o guías, espeleología, paracaidismo, planea-

dores, motociclismo, deportes de invierno, carreras que no sean a pie o que se dedique profesionalmente a cualquier deporte.

4. La causada en accidente de aviación, cuando El Asegurado viaje como piloto o miembro de la tripulación de cualquier aeronave, salvo que vuele como pasajero en una línea comercial legalmente establecida y autorizada para transporte regular de pasajeros, pagando tiquete.

5. Por encontrarse El Asegurado bajo influencia de bebidas embriagantes, drogas tóxicas, alucinógenos o ingestión de estupefacientes.

6. Enfermedades físicas, mentales, o cualquier dolencia originada en alguna enfermedad, anomalía o malformación congénita y/o tratamientos por desequilibrios mentales o curas de reposo o del sueño, varices con fines estéticos, tratamiento para la infertilidad.

7. Mientras El Asegurado se encuentre en servicio activo y en ejercicio de sus funciones como militar, policía miembro de organismo de seguridad, de inteligencia, guardaespaldas o vigilante de cualquier País o autoridad.

8. La originada como consecuencia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida S.I.D.A. o las enfermedades relacionadas con el virus V.I.H.

9. La originada por hospitalización por chequeos de control o complicaciones del embarazo y complicaciones de postparto.

10. Condiciones médicas preexistentes, ya sea que se trate de una enfermedad que haya sido diagnosticada o tratada o una lesión sufrida por El Asegurado en los doce (12) meses anteriores a la fecha de inicio de cobertura de la presente póliza de seguro.

11. Ningún evento originado en exámenes de diagnóstico y consultas médicas, tratamientos de belleza, o cirugías con fines estéticos o de embellecimiento.

12. Hospitalización para chequeos médicos de rutina u otros exámenes previos a los cuales no exista indicaciones de trastornos de salud.

13. Por participar El Asegurado en actos ilícitos o contrarios a las leyes colombianas.

CONDICION CUARTA - VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES

La suma asegurada correspondiente a cada uno de los integrantes del grupo asegurado, se considerará individualmente de acuerdo al certificado individual de seguro, según el valor del seguro acordado específicamente para cada uno de los integrantes.

CONDICION QUINTA - LIMITES DE EDADES PARA EL PRESENTE ANEXO

No obstante lo previsto en las condiciones generales de la póliza a la cual accede el presente anexo la edad inicial máxima de ingreso será de 65 años tanto para hombres como para mujeres y la cobertura del presente anexo se otorgará como máximo hasta la edad de 69 años.

CONDICION SEXTA - DUPLICIDAD DE ESTE AMPARO

El Asegurado, no podrá estar amparado por más de una póliza de seguro, correspondiente a este mismo plan con **LA COMPAÑIA**. En caso de estarlo ello no le dará derecho a exigir los dos pagos de la indemnización, toda vez que El Asegurado tiene la obligación de informar la existencia de la primera póliza de seguro, para que **LA COMPAÑIA** se abstenga de expedirla. En caso de no hacerlo y ocurriera el siniestro se considerará, a esta persona asegurada solamente bajo la póliza que le proporcione el mayor beneficio y consecuentemente, el valor de la prima pagada en la otra póliza, será devuelta por **LA COMPAÑIA**, reconociendo solamente el interés legal.

CONDICION SEPTIMA - COEXISTENCIA DE SEGUROS

El Asegurado debe informar a **LA COMPAÑIA** los seguros que de igual naturaleza tenga contratados o que llegue a con-

tratar, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la celebración de los contratos de seguro.

CONDICION OCTAVA - INTRANSFERIBILIDAD

Se acuerda que la presente cobertura de la póliza no será transferible a persona alguna; por lo tanto ningún depósito, fideicomiso, traspaso, acto o contrato, producirá efectos respecto a **LA COMPAÑIA**, la cual quedará liberada definitivamente, en virtud de los recibos expedidos por El Asegurado o sus herederos legales cuando aquel haya fallecido.

CONDICION NOVENA - CONVERTIBILIDAD

El derecho de conversión de la póliza no es aplicable a este amparo.

CONDICION DECIMA - INDEMNIZACIONES:

El Asegurado o Beneficiario deberá dar noticia a **LA COMPAÑIA** de la ocurrencia del siniestro dentro de los treinta (30) días siguientes de su conocimiento y ésta suministrará al Asegurado en tal momento, la información correspondiente a la documentación necesaria para la formalización de la reclamación.

El valor asegurado se indemnizará al Asegurado o Beneficiario, según los valores expresados en la solicitud-certificado de seguro, en la definición de amparos prevista en la condición primera.

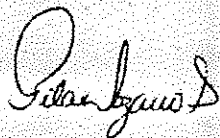
La indemnización diaria por hospitalización domiciliaria como valor asegurado en la solicitud-certificado individual de seguro, se pagará al Asegurado, de acuerdo a lo estipulado en la condición primera de este anexo, desde la fecha de expedición de la hospitalización Domiciliaria, por un período que no exceda los ocho días (8) días, y cubrirá un único evento por año.

LA COMPAÑIA efectuará el pago indemnizatorio dentro del mes siguiente a la fecha en que El Asegurado o Beneficiario haya formalizado la reclamación. Todo pago parcial efectuado por **LA COMPAÑIA** bajo la presente póliza, será considerado como un adelanto de la suma definitiva a indemnizar respecto del accidente que originó dicho pago.

Cualquier recibo de desistimiento que la persona asegurada, sus representantes personales o afiliado asegurado a LA COMPAÑIA para cualquier beneficio pagado bajo esta póliza, será considerado como una exoneración final y completa de toda responsabilidad de LA COMPAÑIA con respecto a dicho beneficio.

La indemnización para personas aseguradas mayores de sesenta y cinco (65) años de edad, se realizará así: durante los primeros siete (7) días de hospitalización domiciliaria, el beneficio diario estará limitado a la mitad de la suma estipulada en el certificado del seguro.

LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, SE APLICARAN AL PRESENTE AMPARO, LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO ASI MISMO SE REGIRAN POR LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CODIGO DE COMERCIO.



FIRMA AUTORIZADA

ACE Seguros S.A.

NIT 860.026.518.6

07102005-1305-A-34-FORMA-DM003

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA BANCARIA
DE COLOMBIA