

☐ INGRESO ☐ RENOVACIÓN ☐ MODIFICACIÓN	Of. Radicación	Código Asesor	Póliza Número	Vigencia solicitada desde	Vigencia solicitada hasta AAAA MM DD	Número de Solicitud / Certificado
--	----------------	---------------	---------------	---------------------------	---	-----------------------------------

INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Tipo de Identificación ☐ NIT ☐ IFE	Número de Identificación	Razón Social
---	--------------------------	--------------

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Tarifación para empresas con ☐ Más de 100 Empleados ☐ Menos de 100 Empleados	Forma de Pago (Por Nómina) ☐ Semanal ☐ Decadal ☐ Quincenal ☐ Mensual	Valor Asegurado por Grupo Familiar ☐ 20.000.000 ☐ 40.000.000 ☐ 100.000.000 ☐ 60.000.000 ☐ 80.000.000 ☐ Otro	Valor Prima Mensual \$
--	---	---	---------------------------

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Tipo de Identificación ☐ T.I. ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ PA.	Número de Identificación	Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)			
Fecha de Nacimiento AAA MM DD	Sexo ☐ F ☐ M	Estado Civil ☐ Soltero (a) ☐ Unión Libre ☐ Viudo (a) ☐ Casado (a) ☐ Separado (a)	Cód de Nómina o Consecutivo	Empresa donde trabaja	Dependencia donde trabaja
Ciudad Residencia	Departamento Residencia	Teléfono (Sin Indicativo)	Dirección Residencia		Teléfono Celular

INFORMACIÓN DE LOS ASEGURADOS (Si el afiliado desea asegurarse se debe relacionar aquí)

BENEFICIARIOS ASEGURADO PRINCIPAL

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	Fecha de Nacimiento AAAA MM DD	Parentesco	Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	%	Parentesco
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: T.I.: Tarjeta de identidad - C.C.: Cédula de Ciudadanía - C.E.: Cédula de Extranjería - PA.: Pasaporte - NIT: Número de Identificación Tributaria - IFE.: Identificación Fiscal para Extranjeros
PARENTESCO: PR.: Progenitor (Padre-Madre) - CO.: Cónyuge - CP.: Compañero (a) - H.: Hijo- FA.: Familiar - AM.: Amigo - AP.: Asegurado Principal
F-02-83-240 **apotema**

DESCRIPCION DE SINTOMA, ENFERMEDAD O PADECIMIENTO (Sólo para Pólizas Nuevas y Modificaciones)

Si alguna de las respuestas es positiva, sírvase colocar el número correspondiente a la persona afectada y la enfermedad correspondiente.

1. ¿Usted o alguno de su grupo familiar asegurado sufren o han sufrido trastornos, cardiovasculares, derrame cerebral trombosis, presión arteria alta (hipertensión), Infarto de miocardio, valvulopatías, aneurismas, asma, enfermedades pulmonares, enfermedades gastrointestinales, enfermedades hepáticas o pancreáticas, enfermedades neurológicas, epilepsia, esclerosis múltiple, retardo mental, trastornos psiquiátricos. artritis, lupus, sida, HIV positivo, cáncer, leucemia y/o tumores malignos? ☐ SI ☐ NO ¿Quién, cuál y desde cuando?
2. ¿Usted o alguno de su grupo familiar asegurado tiene alguna limitación física o parálisis, tiene o ha tenido pérdidas funcionales o anatómicas, fue hospitalizado durante los últimos tres (3) años. se encuentra en la actualidad bajo algún tratamiento médico o sabe si será hospitalizado o intervenida quirúrgicamente? ☐ SI ☐ NO ¿Quién, cuál y desde cuando?
3. ¿Usted o alguno de su grupo familiar asegurado consume drogas estimulantes (tipo marihuana, cocaína, heroína, entre otras), es adicto al alcohol y/o drogas estimulantes o ha Sido tratado por alcoholismo o drogadicción? ☐ SI ☐ NO ¿Quién, cuál y desde cuándo?
4. ¿Usted o alguno de su grupo familiar asegurado fuma más de 20 cigarrillos o una cajetilla por día? ☐ SI ☐ NO ¿Quién, cuál y desde cuando?

Si las preguntas de los literales 1) a [4] sobre el estado de salud son negativas, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., ampara a los solicitantes automáticamente en las condiciones de este certificado y en forma provisional a partir de la fecha.

En caso de que alguna respuesta sea positiva para alguno de los solicitantes, la presente solicitud no constituye aceptación del riesgo para dicha persona por parte de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. hasta tanto SURAMERICANA se manifieste de manera expresa y en documento escrito.

Como asegurado principal garantizo que las declaraciones sobre mi estado de salud y el de mi grupo Familiar son exactas acepto y verídicas, acepto que serán parte integrante del contrato de seguro. Igualmente Si existiera reticencia sobre los hechos o circunstancias que de ser conocidas por la Suramericana la hubiere retraído de celebrar el contrato, acepto la nulidad del contrato de seguro.

AUTORIZACION PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA

En cumplimiento de las previsiones de la ley 23 de 1981, de la resolución 1995 de 1999 del Ministerio de la Protección Social y demás normatividad sobre la materia, autorizo de manera particular a cualquier institución hospitalaria, médico, empleado de hospital o cualquier otra persona que nos haya atendido a mí o a cualquiera de los integrantes del grupo asegurado o haya sido consultada por nosotros para que, suministre SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. copia de nuestra historia clínica o de cualquier información que ella considere necesaria para la contratación del presente seguro o para la atención de cualquier reclamación que afecte cualquiera de los amparos del mismo.

LA NO VERACIDAD DE LA INFORMACION CONSIGNADA EN ESTE FORMULARIO, O EL NO DILIGENCIAMIENTO DEL MISMO EN SU TOTALIDAD, PRODUCIRA LA NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO Y POR LO TANTO, LA NO INDEMNIZACION EN CASO DE SINIESTRO DECLARO QUE MI OCUPACIÓN Y LA DEL RESTO DE LOS SOLICITANTES ESTÁ PERMITIDA POR LA LEY Y QUE NI YO NI NINGUNO DE LOS SOLICITANTES NOS DEDICAMOS A ACTIVIDADES ILICITAS NI A LA INDIGENCIA.

AUTORIZO DESCUENTO DE LA PRIMA DEL PRESENTE SEGURO POR NOMINA

Firma del Asegurado Principal

Número de identificación

Firma Autorizada SURAMERICANA

Número de identificación

Ciudad / Fecha AAAA MM DD

SURAMERICANA

SEGUROS DE VIDA GRUPO

Plan Vida Familiar

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

suramericana



SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., EN ADELANTE LLAMADA SURAMERICANA, ASEGURA POR MEDIO DE ESTA PÓLIZA A QUIENES APARECEN EN LA CARÁTULA Y EN ADELANTE SE DENOMINAN ASEGURADOS, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA SOLICITUD DE SEGURO PRESENTADA POR EL TOMADOR, Y EN EL FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, BAJO LAS CONDICIONES SIGUIENTES:

SECCIÓN I AMPAROS

- 1.1. VIDA .
- 1.2. INVALIDEZ, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD.
- 1.3. ENFERMEDADES GRAVES: CÁNCER - LEUCEMIA, INFARTO DEL MIOCARDIO, CIRUGÍA ARTERIOCORONARIA, ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA O TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES. (SE OTORGA AMPARO AUTOMÁTICO DEL RECIÉN NACIDO, VER SECCIÓN IV CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA).

SECCIÓN II EXCLUSIONES

LAS INDEMNIZACIONES POR ESTE AMPARO NO SERÁN CUBIERTAS CUANDO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA, INDIRECTA, TOTAL O PARCIAL DE LOS SIGUIENTES HECHOS:

CAMPO	1	2	3	4	5
DESCRIPCIÓN	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la Entidad	Tipo de Documento	Ramo al cual pertenece	Identificación Interna de la proforma
CÓDIGO CLAUSULADO	01/02 /2013	14 -11	P	34	F-02-83-240
CÓDIGO NOTA TÉCNICA	01/02 /2013	14 -11	NT-P	34	N-02-83-004

1. EXCLUSIONES DEL AMPARO DE VIDA

- 1.1. ENFERMEDADES Y / O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA.
- 1.2. HOMICIDIO DURANTE EL PRIMER AÑO DE ESTAR ASEGURADO EN LA PÓLIZA.
- 1.3. EVENTOS ACCIDENTALES CAUSADOS DIRECTAMENTE POR GUERRA, INVASIÓN, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, INSURRECCIÓN, PODER MILITAR USURPADO, LEY MARCIAL, MOTÍN O CONMOCIÓN CIVIL.
- 1.4. EVENTOS OCURRIDOS A CONSECUENCIA DE FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, RADIOACTIVIDAD O EL USO DE ARMAS ATÓMICAS, BACTERIOLÓGICAS O QUÍMICAS.
- 1.5. LOS HIJOS MENORES DE 14 (CATORCE) AÑOS NO SON OBJETO DE COBERTURA DEL AMPARO DE VIDA. SIN EMBARGO, EN CASO DE FALLECIMIENTO SE RECONOCERÁ A SUS PADRES 6 SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES PARA GASTOS FUNERARIOS, SIEMPRE Y CUANDO LA EDAD DEL MENOR ESTE ENTRE LOS TRES (3) AÑOS Y LOS CATORCE (14) AÑOS.
- 1.6. LA MUERTE QUE SE PRESENTE CON OCASIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO ACTIVO EN LA FUERZA PUBLICA: EJERCITO, ARMADA, FUERZA AÉREA O POLICÍA.
- 1.7. SI EL ASEGURADO, ESTANDO O NO EN SU SANO JUICIO, SE QUITARE LA VIDA ANTES DE HABER TRANSCURRIDO UN (1) AÑO DESDE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE ESTE CONTRATO O DESDE LA FECHA DE LA REHABILITACIÓN, SURAMERICANA QUEDARA LIBERADA DE TODA OBLIGACIÓN EN RAZÓN DEL PRESENTE SEGURO. DE IGUAL FORMA, SURAMERICANA NO CUBRIRÁ LOS AUMENTOS DE VALOR ASEGURADO QUE SE REALICEN EN LOS DOCE (12) MESES PREVIOS A LA MUERTE POR SUICIDIO DEL ASEGURADO.

2. EXCLUSIONES DEL AMPARO DE INVALIDEZ, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACION POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

- 2.1. EVENTOS ACCIDENTALES CAUSADOS DIRECTAMENTE POR GUERRA, INVASIÓN, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, INSURRECCIÓN, PODER MILITAR USURPADO, LEY MARCIAL, MOTÍN O CONMOCIÓN CIVIL.
- 2.2. EVENTOS OCURRIDOS A CONSECUENCIA DE FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, RADIOACTIVIDAD O EL USO DE ARMAS ATÓMICAS BACTERIOLÓGICAS O QUÍMICAS.
- 2.3. LA INVALIDEZ, O DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACION QUE HAYA SIDO PROVOCADA A SI MISMO POR EL ASEGURADO.
- 2.4. INVALIDEZ, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACION RELACIONADA O COMO CONSECUENCIA DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) O SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).
- 2.5. ENFERMEDADES Y/O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA.

2.6. INVALIDEZ, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN CON OCASIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO ACTIVO EN LA FUERZA PÚBLICA: EJERCITO, ARMADA, FUERZA AÉREA O POLICÍA.

3. EXCLUSIONES PARA ENFERMEDADES GRAVES

LA INDEMNIZACIÓN CONTEMPLADA EN ESTE AMPARO NO SERÁ CUBIERTA CUANDO SEA CONSECUENCIA DIRECTA, INDIRECTA, TOTAL O PARCIAL DE UNO O VARIOS DE LOS SIGUIENTES HECHOS:

- 3.1. ENFERMEDADES DERIVADAS O RELACIONADAS CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) O SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).
- 3.2. LESIONES PREMALIGNAS, CÁNCER DE PRÓSTATA ETAPA A O T1A O T1B DE LA CLASIFICACIÓN TNM (TUMOR, NÓDULO, METÁSTASIS), CÁNCER INSITU NO INVASIVO (INCLUIDO EL MELANOMA MALIGNO EN ESTADÍO INSITU), LOS TUMORES MALIGNOS DE PIEL (EXCEPTO MELANOMA MALIGNO INVASIVO), ENFERMEDAD DE HODGKIN ESTADÍO I Y LOS TUMORES EN PRESENCIA DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) O SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).
- 3.3. ANGIOPLASTIA Y/O CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN INTRA-ARTERIAL, ASÍ COMO EL TRATAMIENTO LÁSER, OPERACIONES DE VÁLVULA, OPERACIONES POR TUMORACIÓN INTRACARDIACA O ALTERACIÓN CONGÉNITA.
- 3.4. LESIONES PROVOCADAS A SÍ MISMO POR EL ASEGURADO, ESTANDO O NO EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES
- 3.5. ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS Y/O PREEXISTENTES AL INICIO DE ESTE SEGURO.
- 3.6. ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES TRANSITORIAS ISQUEMICAS.
- 3.7. CUALQUIER ENFERMEDAD QUE NO SE ENCUENTRE EXPRESAMENTE ENUNCIADA DENTRO DE LA ENFERMEDADES GRAVES, DEL NUMERAL 1.3., DE LA SECCIÓN I.

SECCIÓN III

DEFINICIÓN DE LOS AMPAROS

1. VIDA

Al fallecimiento, legalmente comprobado, de cualquiera de las personas amparadas, SURAMERICANA entregará el valor asegurado a los Beneficiarios, de acuerdo con las condiciones generales de esta póliza.

2. INVALIDEZ, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD:

2.1. La indemnización por invalidez, desmembración o inutilización accidental se otorga únicamente cuando dentro de los 180 días siguientes a la ocurrencia de un accidente amparado por esta póliza, el Asegurado padeciere como consecuencia de dicho evento alguna de las pérdidas o inutilizaciones descritas a continuación; SURAMERICANA le pagará:

2.1.1. El cien por ciento (100%) de la suma asegurada para:

- a. Pérdida total irrecuperable de la visión por ambos ojos.
- b. Pérdida o inutilización total y permanente de ambas manos o de ambos pies.
- c. Pérdida total e irrecuperable del habla o de la audición por ambos oídos.
- d. Toda lesión accidental, diferente a las enumeradas en los literales anteriores, que le impida al Asegurado desempeñar total y permanentemente su propia ocupación u otra cualquiera compatible con su educación, formación o experiencia.

2.1.2. El ochenta por ciento (80%) para:

- a. Pérdida total e irrecuperable de la visión por un ojo, conjuntamente con la pérdida o inutilización total y permanente de una mano o de un pie.

2.1.3. El cuarenta y cinco por ciento (45%) para:

- a. Pérdida o inutilización total y permanente de una mano o de un pie.
- b. Pérdida total e irrecuperable de la visión por un ojo.

Para efectos de los beneficios contemplados en las condiciones 2.1.1, 2.1.2, 2.1.3 de la Sección III, pérdida significa:

Manos: Inutilización o amputación traumática o quirúrgica por la muñeca o parte proximal de ella.

- a. Pies: Inutilización o amputación traumática o quirúrgica por el tobillo o parte proximal de él.
- b. Visión: Pérdida total e irreparable de la visión.
- c. Audición: Pérdida total e irreparable de la audición por ambos oídos
- d. Habla: Pérdida total e irreparable de la función del habla.

2.2. La indemnización por invalidez, desmembración o inutilización por enfermedad se otorga únicamente cuando, como consecuencia de una enfermedad no preexistente en la fecha de aceptación de este amparo y diferente a algunas de las pérdidas o inutilizaciones descritas en los literales a, b y c, del

numeral 2.1.1; único del 2.1.2; y a y b del 2.1.3 (anteriormente descritos), el Asegurado comprobare mediante dictamen médico haber quedado total y permanentemente incapacitado para desempeñar su propia ocupación u otra cualquiera compatible con su educación, formación o experiencia, con persistencia no inferior a ciento veinte (120) días continuos, SURAMERICANA le pagará el 100% de la suma asegurada por este amparo.

Si la enfermedad en lugar de la invalidez le ocasionare alguna de las pérdidas o inutilizaciones anatómicas descritas en los literales a, b y c del numeral 2.1.1; único del 2.1.2; y a y b del 2.1.3 SURAMERICANA le pagará. el respectivo porcentaje allí contemplado.

La invalidez en cualquiera de sus manifestaciones deberá ser certificada por la Administradora de Riesgos Profesionales (ARP), por la Entidad Promotora de Salud (EPS) o por la Administradora del Fondo de Pensiones (AFP) a la cual se encuentre afiliado el Asegurado. En caso de no estar afiliado a ninguna de las anteriores entidades, la certificación deberá ser expedida por médico habilitado legalmente para ello (especialista en medicina laboral o salud ocupacional), con base en el Manual Único para Invalidez vigente, donde el porcentaje de incapacidad laboral del Asegurado deberá ser mayor o igual al 50%. En caso de discrepancia entre el dictamen del médico o entidad que certifica la invalidez y la Compañía, se tendrá como prueba definitiva el dictamen de la Junta Regional de Calificación de Invalidez.

3. ENFERMEDADES GRAVES: CÁNCER - LEUCEMIA, INFARTO DEL MIOCARDIO, CIRUGÍA ARTERIOCORONARIA, ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA O TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES.

3.1. Definición de Enfermedades Graves:

Son las enfermedades definidas a continuación:

3.1.1. Cáncer: Significa un tumor maligno caracterizado por el crecimiento no controlado y esparcimiento de células malignas y la invasión de tejido.

3.1.2. Infarto del miocardio: Significa la muerte de una porción del músculo del corazón como resultado del bloqueo de una o más arterias coronarias. El diagnóstico está basado en un episodio que consiste en:

- Dolor de pecho típico, y
- Nuevos cambios electrocardiográficos (ECG) asociados, consistentes en elevación del segmento ST en dos o más derivaciones, aparición de onda Q patológica en dos o más derivaciones, o inversión de la onda T en dos o más derivaciones, elevación de enzimas cardíacas y de la troponina.

3.1.3. Cirugía arteri coronaria: La intervención quirúrgica a corazón abierto para la recuperación de dos o más arterias coronarias tratadas con una operación de by pass o puente coronario por recomendación de un especialista y evidenciada por el resultado de una angiografía, para corregir una estenosis u oclusión en las arterias coronarias. La necesidad de tal intervención quirúrgica debe haber sido probada mediante una angiografía coronaria y el resultado de la misma. junto con el informe médico, deberán estar a disposición de SURAMERICANA.

3.1.4. Enfermedad cerebrovascular: Cualquier enfermedad cerebrovascular ocasionada por hemorragia o infarto del tejido cerebral secundario a embolismo o trombosis, que produce déficit neurológico con duración mayor a 24 horas y que persiste durante por lo menos noventa (90) días después de que se presente el evento.

3.1.5. Insuficiencia renal crónica: La insuficiencia permanente de ambos riñones como resultado de cualquier causa que requiera tratamiento por diálisis o trasplante de riñón.

3.1.6. Trasplante de órganos vitales: Es la implantación de un órgano extraído de un donante humano en el organismo del Asegurado con el restablecimiento de las conexiones vasculares arteriales y venosas. Los únicos órganos cuyo trasplante esta cubierto por esta póliza son los siguientes: Corazón, pulmón y páncreas.

3.2. Limitación de Cobertura para la Indemnización por Enfermedades Graves

3.2.1. En caso de infarto de miocardio, cirugía arteriocoronaria, insuficiencia renal crónica, o trasplante de órganos vitales:

SURAMERICANA pagara el valor asegurado a la fecha del diagnóstico positivo de estas enfermedades, siempre y cuando hayan sido diagnosticadas médicamente después de (3) meses del inicio de la primera vigencia de la cobertura de la póliza, y con sujeción a que el Asegurado sobreviva al menos (30) días a dicho diagnóstico.

3.2.2. En caso de cáncer-leucemia:

SURAMERICANA pagará el valor asegurado a la fecha del diagnóstico positivo de esta enfermedad, siempre y cuando haya sido diagnosticada médicamente después de (6) meses del inicio de la primera Vigencia de la cobertura de la póliza, y con sujeción a que el Asegurado sobreviva al menos (30) días a dicho diagnóstico.

3.2.3. En caso de enfermedad cerebrovascular:

SURAMERICANA pagará el valor asegurado a la fecha del diagnóstico positivo de esta enfermedad, siempre y cuando haya sido diagnosticada médicamente después de (3) meses del inicio de la primera vigencia de la cobertura de la póliza, y con sujeción a que el Asegurado sobreviva y los síntomas neurológicos persistan por lo menos noventa (90) días a dicho diagnóstico.

SECCIÓN IV

CONDICIONES GENERALES

FORMAN PARTE DEL CONTRATO QUE CONSTA EN ESTA PÓLIZA LAS CLÁUSULAS ADICIONALES, LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD O LOS CERTIFICADOS

MEDICOS Y CUALQUIER OTRO DOCUMENTO ESCRITO Y ACEPTADO POR LAS PARTES, QUE GUARDE RELACIÓN CON EL PRESENTE SEGURO.

1. DEFINICIONES GENERALES:

1.1. Tomador: Persona natural o jurídica que contrata la presente póliza para asegurar un número determinado de personas, siempre y cuando la relación existente entre éstas y aquel no se origine en la voluntad de tomar este seguro.

Las coberturas ofrecidas "en este seguro no sustituyen las obligaciones de carácter laboral, que en materia de prestaciones económicas, le impone la ley al empleador y, por ende, la naturaleza de este seguro es de carácter complementario a las prestaciones legales a que tiene derecho todo trabajador.

1.2. Asegurado: Es la persona natural cuya integridad corporal se asegura conforme con las condiciones generales y particulares de la presente póliza. Por Asegurado Principal se entenderá aquel miembro del Grupo Asegurado que tiene contrato de trabajo con el Tomador: Por lo tanto, una vez el contrato de trabajo con el Tomador termine, por cualquier causa, el Asegurado principal y su grupo familiar perderán la calidad de Asegurados en la póliza, de forma automática, sin necesidad de notificación alguna.

1.3. BENEFICIARIOS:

1.3.1. Para el amparo de vida:

Todos los Asegurados podrán designar libremente sus beneficiarios, en caso de no hacerlo o quedar la designación sin efecto por cualquier causa, los beneficiarios serán los designados por la ley; igualmente, en cualquier momento, mediante solicitud escrita a SURAMERICANA, el Asegurado podrá solicitar cambio de Beneficiarios.

1.3.2. Para el amparo de invalidez, desmembración o inutilización por accidente o enfermedad:

Es la misma persona asegurada quien adquiere el derecho a indemnización acorde con este amparo. En caso de que el Asegurado sea menor de edad, la indemnización será pagada a quien lo represente legalmente.

1.3.3. Para el amparo de enfermedades graves: Cáncer - leucemia, infarto del miocardio, cirugía arterio-coronaria, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia renal crónica y trasplante de órganos vitales:

Es la misma persona asegurada quien adquiere el derecho a indemnización acorde con este amparo. En caso de que el Asegurado se menor de edad, la indemnización será pagada a quien lo represente legalmente.

1.4. Médico: Es el profesional legalmente autorizado para la práctica de actividades médicas y quirúrgicas.

- 1.5. **Preexistencias:** Son aquellas enfermedades, padecimientos, defectos o condiciones de salud existentes, o cuya causa sea anterior al ingreso del Asegurado a la póliza.
- 1.6. **Fecha de Diagnóstico:** Es la fecha en la cual el laboratorio y/o el médico tratante, mediante la ayuda diagnóstica, confirman con los exámenes correspondientes la presencia de la enfermedad o de la lesión amparada por la póliza.
- 1.7. **Definición de Accidente:** Salvo las EXCLUSIONES previstas y relacionadas en el numeral 2 de la SECCIÓN II, para efectos de esta póliza se entiende por accidente el hecho violento, externo, visible y fortuito que produzca en la integridad física del Asegurado lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas visibles o lesiones internas médicamente comprobadas o el ahogamiento.

1.8. **Inutilización:** Pérdida funcional total

2. **EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA EN LA PÓLIZA**

Podrán ingresar las personas menores de 60 años y permanecer aseguradas hasta finalizar la vigencia anual en la cual cumplan la edad máxima de 65 años. Igualmente, podrán ingresar los hijos menores de 25 años que dependan económicamente de sus progenitores y permanecer Asegurados hasta finalizar la vigencia en la cual cumplan 25 años.

3. **AMPARO AUTOMÁTICO DEL RECIÉN NACIDO (ÚNICAMENTE PARA ENFERMEDADES GRAVES: CÁNCER - LEUCEMIA, INFARTO DEL MIOCARDIO, CIRUGÍA ARTERIO-CORONARIA, ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES)**

Los niños que nazcan durante la vigencia de la póliza quedarán amparados automáticamente al nacimiento, sin pago adicional de primas hasta terminar la vigencia en curso, siempre y cuando se cumpla con las siguientes condiciones:

Que el recién nacido sea hijo del Asegurado Principal o de su cónyuge o compañera permanente, siempre que ésta haga parte del Grupo Asegurado y que haya estado asegurada durante un período mínimo y continuo de doscientos setenta (270) días inmediatamente anteriores a la terminación del embarazo. Para vigencias posteriores, deberá solicitarse la Inclusión del recién nacido en la póliza y pagar el valor de la prima.

Adicionalmente, ese recién nacido tendrá derecho a que se le cubran las enfermedades graves congénitas (cáncer, leucemia, infarto del miocardio, enfermedad cerebro vascular, insuficiencia renal crónica, trasplante de órganos vitales y cirugía arteriocoronaria), siempre y cuando no exista interrupción del seguro entre el momento de la inclusión automática y el diagnóstico de una de las enfermedades graves amparadas.

La cobertura de la póliza durante el tiempo que el menor esté amparado automáticamente, será igual al 50% del valor asegurado correspondiente a la madre, al inicio de la vigencia.

4. VALOR ASEGURADO

El valor asegurado es el señalado en el certificado de la póliza y corresponde a una suma única para todo el grupo familiar.

Por tratarse de un seguro a primera pérdida, los valores asegurados se agotan o disminuyen en función de la cobertura afectada, situación en la cual se da por terminado el contrato e impide una nueva reclamación. Sin embargo, dependiendo del evento, y de la cobertura afectada, estos valores pueden ser reestablecidos a su valor original para el resto del grupo familiar Asegurado, como se presenta a continuación:

- a. Para las coberturas de Vida y Enfermedades Graves, este valor asegurado se agota por la primera reclamación durante la vigencia del grupo familiar, dando así por terminado el contrato. Sin embargo, se le brinda la posibilidad al resto del grupo Asegurado, de contratar una nueva póliza para el tiempo restante de esa vigencia, siempre y cuando la persona fallecida no sea el Asegurado principal.
- b. En caso de que se presente la muerte de dos o más Asegurados de la póliza al mismo tiempo y que no se logre definir quién fue Asegurado que falleció primero, la póliza indemnizará en proporciones iguales el valor asegurado entre los Beneficiarios de los fallecidos.

En ningún caso, la póliza pagará más del 100 % del valor asegurado por grupo familiar.

- c. Cuando alguno de los Asegurados integrante de un grupo familiar sea indemnizado parcialmente por la “cobertura de invalidez, desmembración o inutilización por accidente o enfermedad”, quedará para él y el resto del grupo Asegurado –por el resto de la vigencia, como valor asegurado remanente, la diferencia entre el valor asegurado inicial y el valor indemnizado.

El Asegurado indemnizado no podrá acceder, en posteriores renovaciones, a un valor asegurado superior al valor asegurado remanente. En cambio, el resto del grupo familiar podrá suscribir una nueva póliza con el valor asegurado acordado con SURAMERICANA.

Nota: Para todos los casos de restablecimientos los integrantes del grupo familiar deberán diligenciar una nueva póliza, cumplir con los requisitos de asegurabilidad y con el correspondiente pago de la prima.

5. RETICENCIA O INEXACTITUD

Tanto el Tomador como los Asegurados individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo según el cuestionario que le sea propuesto por SURAMERICANA. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por SURAMERICANA, la hubiesen inhibido 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 su culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si, la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpa del Tomador, el contrato no será nulo, pero SURAMERICANA sólo esta 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 del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 del Código de Comercio.

Si la reticencia o inexactitud provienen del Asegurado individualmente considerado, se aplicarán las mismas sanciones respecto de su seguro individual.

6. MODIFICACIONES

Se permitirá realizar modificaciones de valor asegurado en cualquier momento de la vigencia de la póliza, sujeto al nuevo diligenciamiento de declaración de asegurabilidad por parte del Asegurado y de conformidad a las condiciones establecidas para los valores asegurados. Respecto del ingreso de Asegurados, éste se permitirá en cualquier momento sujeto a cumplir con los requisitos establecidos.

7. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

Para toda reclamación originada en esta póliza, el Tomador deberá presentar a SURAMERICANA debidamente diligenciados los SIGUIENTES documentos:

7.1. Para el Amparo de Vida:

- a. Formulario de reclamación.
- b. Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Asegurado fallecido.
- c. Original o fotocopia del certificado civil de defunción.
- d. Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Beneficiario mayor de edad, o fotocopia del registro civil de nacimiento del Beneficiario menor de edad.
- e. Cuando sea el caso de pago a los herederos del Asegurado, la prueba de esta calidad.
- f. Historia clínica completa e informe y certificado del médico tratante del asegurado.

7.2. Para el Amparo de Invalidez, Desmembración o Inutilización por Accidente o Enfermedad:

- a. Formulario de reclamación.
- b. Historia clínica completa.
- c. Informe médico y certificado de médico legalmente habilitado para calificar invalidez.
- d. Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Asegurado.

7.3. Para el Amparo de Enfermedades Graves:

- a. **Cáncer:** Resultado de anatomía patológica y copia de la historia clínica completa.
- b. **Infarto del miocardio:** Copia de la historia clínica completa, electrocardiogramas (Lectura y trazado) durante la hospitalización. Resultado de medición de enzimas cardíacas y troponina. Otros exámenes practicados.
- c. **Cirugía arteri coronaria:** Resultado de los exámenes realizados (Coronariografía y / o cateterismo). Descripción quirúrgica del procedimiento, Historia Clínica completa del médico especialista que efectuó la cirugía.
- d. **Enfermedad cerebrovascular:** Certificado del médico especialista, resultado de exámenes practicados y copia de la historia clínica completa.
- e. **Insuficiencia renal crónica:** Certificado del médico especialista, resultado de exámenes practicados (Pruebas confirmatorias) copia de la historia clínica completa.
- f. **Trasplante de órganos:** Historia Clínica completa con descripción quirúrgica del procedimiento.

8. PRUEBAS MEDICAS

Mientras esté pendiente cualquier reclamación, SURAMERICANA directamente o por medio de un médico nombrado por ella, y asumiendo los costos, tendrá derecho a exigir examen médico y confirmación del diagnóstico a los asegurados cuando y cuantas veces lo requiera razonablemente, así como a solicitar los documentos que considere necesarios.

9. PRUEBAS MEDICAS

La mala fe del Tomador, o cualquiera de los Asegurados en la reclamación o en la comprobación del derecho al pago del siniestro, causará la pérdida de ese derecho.

10. TERMINACIÓN DE ESTE SEGURO

Este seguro termina en los siguientes casos:

- a. Por mora en el pago de la prima.
- b. A la terminación de la vigencia si esta no se renueva o a la revocación de este contrato.
- c. En el momento en que a alguno de los miembros del Grupo Asegurado se le llegue a indemnizar el 100% de la suma asegurada por alguno de los amparos presentados en la Sección I.
- d. En el aniversario de la póliza siguiente a la fecha en que el Asegurado cumpla 65 años.

- e. Por voluntad de alguna de las partes, mediante aviso escrito dado a la otra. Si la decisión es de SURAMERICANA, tal aviso escrito dado a la otra con anticipación no inferior a diez (10) días a la fecha de terminación.

El amparo de vida no será revocable por parte de SURAMERICANA dentro de cada vigencia anual, pero ésta podrá no renovarlo.

Si después de la terminación de este seguro SURAMERICANA llegare a recibir cualquier prima, no significará que el seguro ha sido reestablecido y, por lo tanto, la obligación de SURAMERICANA se limitará a la devolución de dichas primas.

11. RENOVACIÓN DEL CONTRATO

Si cualquiera de las partes con una anticipación no menor de un mes a la fecha del vencimiento de cada vigencia no manifiesta lo contrario, el contrato se entenderá renovado automáticamente, Sin perjuicio de lo estipulado en el numeral 13 de las presentes condiciones generales.

12. REVOCACIÓN DEL CONTRATO

Durante la vigencia de la póliza, SURAMERICANA sólo podrá revocar el amparo contemplado en la condición 2, de la sección III el Tomador podrá revocar el contrato en cualquier momento, dando aviso por escrito a SURAMERICANA, la cual procederá a devolver la prima no devengada menos el diez por ciento (10%) de la misma. La revocación operará a partir de la fecha de recibo de la comunicación por parte de SURAMERICANA o la señalada por el Tomador, la que ocurra más tarde.

La revocación no exime al Tomador de pagar todas las primas que a la fecha de la revocación adeude a SURAMERICANA por motivo de la presente póliza.

13. CONVERTIBILIDAD

Siempre y cuando lo soliciten dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de su retiro, los integrantes del grupo menores de 65 años que hayan permanecido Asegurados por lo menos durante un año continuo, tendrán derecho a ser amparados -en la cobertura de vida- en las pólizas de vida individual de las que tenga SURAMERICANA en el mercado. Dichas pólizas serán emitidas sin requisitos de asegurabilidad y en condiciones similares a las que traían en el seguro de Vida de Grupo - Plan Vida Familiar en lo referente a valor asegurado y recargos de prima y con las tasas del seguro individual correspondientes a las edades alcanzadas. En caso que el Asegurado hubiese sido indemnizado por alguno de los beneficios descritos en los numerales 2 y 3, de la sección III, no tendrá derecho a esta convertibilidad.

14. PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones derivadas del presente seguro, se regirá por el Artículo 1081 del Código del Comercio.