
PROTECCIÓN INTEGRAL FAMILIAR
MAGISTERIO
SEGURO DE VIDA GRUPO

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., que en adelante se denominará SURA, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por el Tomador y las solicitudes individuales de los Asegurados, las cuales se incorporan al presente contrato para todos sus efectos, expide esta PÓLIZA DE SEGURO, sujeta a las Condiciones que se señalan a continuación.

Igualmente, forman parte del contrato los amparos adicionales, las declaraciones de asegurabilidad escritas o verbales del asegurado, los certificados médicos y cualquier otro documento escrito y aceptado por las partes, que guarden relación con el presente seguro.

Esta póliza se expide bajo plan temporal, renovable anualmente y estará en vigor por el término de un (1) año contado a partir de la fecha de su vigencia, siempre que de acuerdo con las Condiciones Generales no sea revocado o termine antes.

CONDICIÓN PRIMERA - AMPARO BÁSICO DE VIDA

SURA SE OBLIGA A PAGAR EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO Y EN LA FORMA PREVISTA EN ÉSTE A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS O A LOS DE LEY, AL FALLECIMIENTO DE LAS PERSONAS ASEGURADAS, UNA VEZ PRESENTADA DE MANERA OPORTUNA, LA CORRESPONDIENTE RECLAMACIÓN.

CONDICIÓN SEGUNDA - EXCLUSIONES

NOTIENE, SALVO AQUELLAS QUE COLECTIVAMENTE O INDIVIDUALMENTE SEAN ESTABLECIDAS.
SE ACLARA QUE LAS PREEXISTENCIAS CONOCIDAS POR EL ASEGURADO Y QUE NO SEAN COMUNICADAS A SURA (INDEPENDIENTEMENTE QUE EXISTA CUESTIONARIO) QUE DEN LUGAR A UN EVENTO AMPARADO POR LA PRESENTE PÓLIZA, SE ENCUENTRAN EXCLUIDAS DE COBERTURA.

CONDICIÓN TERCERA - LIMITACIONES

3.1. HECHOS NO ASEGURABLES

DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1055 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL DOLO, LA CULPA GRAVE Y LOS ACTOS MERAMENTE POTESTATIVOS DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO SON INASEGURABLES. POR TAL MOTIVO, EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO QUE OCURRA COMO CONSECUENCIA HECHOS ILÍCITOS COMETIDOS POR EL MISMO ASEGURADO NO GENERAN DERECHO A INDEMNIZACIÓN POR CUANTO NO SON ASEGURABLES A TRAVÉS DE ESTA PÓLIZA.

CONDICIÓN SEXTA SOLICITUD Y REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Toda persona para ingresar al grupo debe diligenciar su solicitud individual de seguro y el solicitante debe presentar los requisitos de asegurabilidad que le señale SURA.

CONDICIÓN OCTAVA CAPITALES ASEGURADOS INDIVIDUALES

El valor asegurado para cada persona será el indicado en el certificado individual de seguro.

En los seguros de vida grupo familiares, conjuntos o no, la suma asegurada del cónyuge y/o hijos deberá ser menor o igual a la suma asegurada del asegurado principal, de acuerdo con lo señalado en la presente póliza y las Condiciones particulares.

CONDICIÓN DÉCIMA - REVOCACIÓN DEL CONTRATO

SURA no podrá revocar unilateralmente la póliza ni los certificados individuales durante la vigencia anual de la póliza.

El Tomador y/o Asegurado podrán solicitar la revocación unilateral del contrato en cualquier momento de acuerdo con lo señalado en el artículo 1159 del Código de Comercio.

Tratándose de los amparos adicionales, SURA podrá revocarlos mediante aviso escrito al Tomador y al Asegurado, enviando a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días de antelación contados a partir de la fecha de envío. En este caso SURA devolverá la parte proporcional de la prima no devengada a la fecha de revocación.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

El Tomador y los Asegurados individualmente considerados están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud que les sea entregada por SURA. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por SURA, la hubieren retraído de celebrar el contrato de seguro, o inducido a estipular Condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del 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 SURA 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 del riesgo.

Las sanciones consagradas en esta Condición no se aplican si SURA, antes de celebrar el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlo o los acepta expresa o tácitamente.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA INCONTESTABILIDAD / IRREDUCTIBILIDAD

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

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA - CONMORIENCIA

En los seguros de vida conjuntos cuando se presente muerte simultánea, o no se pueda determinar claramente cuál de los asegurados falleció primero, tendrán derecho a una sola indemnización, los beneficiarios de ley, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1143 del Código de Comercio.

La máxima responsabilidad de SURA en los seguros conjuntos a primera pérdida es la suma asegurada de un solo plan, pues los seguros a primera pérdida no acumulan el capital asegurado.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA - RENOVACIÓN

La presente póliza es renovable anualmente a voluntad de las partes contratantes, por lo tanto deberá mediar comunicación que exprese dicha voluntad, salvo que en las Condiciones particulares o certificado individual se establezca la cláusula de renovación automática.

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA - CONVERTIBILIDAD

Los Asegurados menores de sesenta y (65) años que se separen del grupo después de permanecer en él por lo menos durante un (1) año continuo, tendrán derecho a ser asegurados sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tenga en la póliza de grupo, si es de tipo contributivo, pero sin beneficios adicionales.

El seguro individual se emitirá en la compañía con la cual SURA tenga suscrito el respectivo convenio, de acuerdo con las condiciones del respectivo plan y conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el Asegurado y su ocupación en la fecha de la solicitud. En caso de haberse aceptado bajo la póliza riesgos subnormales, se expedirán los certificados individuales con la clasificación impuesta bajo la póliza de grupo y la extraprima que corresponda al seguro de vida individual. Si el Asegurado fallece dentro del plazo para solicitar la póliza individual, conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que en ella se hubiere expedido (medie solicitud o pago de prima o no), sus beneficiarios tendrán derecho a la prestación asegurada bajo la presente póliza.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE EDAD

Si respecto a la edad del Asegurado se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, se aplicarán las siguientes normas:

- a. Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa de SURA, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el Artículo 1058 del Código de Comercio.

- b. Si es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por SURA.
- c. Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el literal anterior.

PARÁGRAFO: Los literales b y c anteriores no se aplican cuando la prima se establezca con base en el sistema de tasas promedio o se utilice la tarifa para asegurados de edad desconocida.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE EDAD

1. El Beneficiario puede ser a título gratuito o a título oneroso. Será a título gratuito aquel cuya designación tiene por causa la mera liberalidad del tomador. En los demás casos, el beneficiario será a título oneroso. En defecto de estipulación en contrario, se presumirá que el beneficiario ha sido designado a título gratuito.
2. Cuando el Beneficiario sea a título gratuito, el Asegurado podrá modificar la designación en cualquier momento, pero tal cambio surtirá efecto a partir de la fecha de notificación y recibo por escrito a SURA.
3. El Tomador no podrá intervenir en la designación de beneficiarios ni figurar como tal, salvo que sea a título oneroso y expresamente establecido por el Asegurado.
4. Cuando no se designe Beneficiario, o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, tendrán la calidad de tales el cónyuge del Asegurado, en la mitad de la indemnización, y los herederos de éste en la otra mitad. Igual regla se aplicará en el evento de que se designe genéricamente como Beneficiarios a los herederos del Asegurado.
5. En los seguros de vida grupo conjuntos los beneficiarios serán automáticamente los mismos asegurados recíprocamente en partes iguales.
6. Cuando el siniestro sea diferente a la muerte, el pago lo recibirá el Asegurado.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA - AVISO DE SINIESTRO

En caso de muerte de cualquiera de los Asegurados, el Tomador o el Beneficiario deberá dar aviso a SURA, dentro de los diez (10) días comunes siguientes a aquel en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia y facilitará a SURA, la investigación del siniestro.

CONDICIONES PARTICULARES APLICABLES AL AMPARO BÁSICO DE VIDA

EL CLAUSULADO BASE PARA ESTE AMPARO ES EL DEPOSITADO EN LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA CON EL Código: 28/02/2011-1315-P-34-VGV.TRADICIONAL SALVO LAS CONDICIONES AQUÍ ESPECIFICADAS.

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

La edad mínima de ingreso a esta póliza es de dieciocho (18) años cumplidos, la edad máxima de ingreso se establece en los sesenta y nueve (69) años y 364 días con permanencia ilimitada para el asegurado principal y su cónyuge con un valor asegurado máximo de \$50.000.000, para los hijos la edad mínima de ingreso se establece en un (1) año cumplido, la edad máxima de ingreso se establece en los sesenta y nueve (69) años y 364 días con permanencia ilimitada.

COBERTURA AUXILIO FUNERARIO

En caso de sobrevenir la muerte del asegurado en los términos y condiciones señalados en la presente póliza y en este amparo adicional, SURA pagará a los beneficiarios la suma asegurada descrita en la carátula de la póliza o el certificado individual, independientemente de los gastos en los que se hayan incurrido con ocasión de las exequias.

AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE - ESTRUCTURACIÓN TRADICIONAL

CONDICIÓN PRIMERA AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

En caso de que al asegurado le sobrevenga una incapacidad total y permanente en los términos señalados en la condición cuarta de este documento, ello dará derecho a que reciba en vida, el ciento por ciento (100%) del valor asegurado indicado en el certificado individual de seguro.

CONDICIÓN SEGUNDA - EXCLUSIONES

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES ESTIPULADAS EN EL AMPARO BÁSICO, SURA NO PAGARÁ LA INDEMNIZACIÓN DETERMINADA EN EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- 2.1 CUANDO LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (INVALIDEZ), SEA CAUSADA POR EL MISMO ASEGURADO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DE DEMENCIA.
- 2.2 CUANDO LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE OCURRA LUEGO DE QUE EL ASEGURADO TENGA 65 AÑOS O MÁS.
- 2.3 CUANDO LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIO DE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO ADICIONAL.
- 2.4 CUANDO LOS TRÁMITES DE LA CALIFICACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE HAYAN INICIADO CON 12 MESES O MENOS DE ANTELACIÓN AL INICIO DE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO ADICIONAL.

La edad mínima de ingreso es de dieciocho (18) años cumplidos, la edad máxima de ingreso se establece en los sesenta y nueve (69) años y 364 días con permanencia ilimitada para el asegurado principal y su cónyuge, para los hijos la edad mínima de ingreso se establece en un (1) año cumplido, la edad máxima de ingreso se establece en los sesenta y nueve (69) años y 364 días con permanencia ilimitada.

COBERTURA CANASTA FAMILIAR POR MUERTE E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Adicional a la suma asegurada que se reconoce por fallecimiento o incapacidad total y permanente, la compañía indemnizará a los beneficiarios una renta mensual descrita en la carátula de la póliza, para ayudar a suplir los ingresos que aportaba el asegurado afectado, hasta por 12 meses, (Sólo aplica para el asegurado principal, cónyuge e Hijo Mayor de 25 Años).

La edad mínima de ingreso es de dieciocho (18) años cumplidos, la edad máxima de ingreso en esta póliza se establece en los sesenta y cuatro (64) años y 364 días con permanencia hasta los sesenta y nueve (69) años y 364 días para el asegurado principal y su cónyuge, para los hijos la edad mínima de ingreso se establece en un (1) año cumplido, la edad máxima de ingreso se establece en los sesenta y cuatro (64) años y 364 días con permanencia hasta los sesenta y nueve (69) años y 364 días.

- 2.5 SE EXCLUYEN LAS INCAPACIDADES CUYA CAUSA, DIRECTA O INDIRECTA, SEA ALGUNO DE LOS EVENTOS CONSIDERADOS COMO EXCLUSIONES DE COBERTURA QUE, INDIVIDUAL O COLECTIVAMENTE, HAYAN SIDO ESTABLECIDAS PARA EL SEGURO BÁSICO POR MUERTE AL QUE APLICA LA PRESENTE AMPARO ADICIONAL.

CONDICIÓN TERCERA - LIMITACIONES

ADEMÁS DE LAS LIMITACIONES DEL AMPARO BÁSICO, SE APLICAN PARA EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL LAS SIGUIENTES:

3.3. DEDUCCIONES:

LA SUMA RECONOCIDA POR EL AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE NO ES ACUMULABLE CON EL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO BÁSICO Y SE DEDUCE AL 100%. EN CONSECUENCIA, PAGADO EL VALOR ASEGURADO POR CONCEPTO DEL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, EL SEGURO TERMINARÁ AUTOMÁTICAMENTE.

CONDICIÓN CUARTA - DEFINICIONES

4.1. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

Para todos los efectos del presente amparo, se considera como incapacidad total y permanente el estado de invalidez que le sobrevenga a un asegurado menor de sesenta y cinco (65) años de edad, que le produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales permanentes, en forma total y de por vida que le impidan por sus propios medios, desarrollar actividades lucrativas

de las cuales derivar sustento o ganancia, siempre que dicha incapacidad haya durado por un período continuo no menor de ciento cincuenta (150) días, no haya sido causada por culpa del asegurado y haya sido calificada en un porcentaje igual o superior al 50% de la pérdida de la capacidad laboral de acuerdo con lo señalado en la presente póliza.

Para efectos del presente amparo adicional se entiende ocurrido el siniestro al momento de la calificación de la invalidez, por lo que no se tendrá en cuenta la fecha de estructuración.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considerará automáticamente como tal la pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos, la pérdida física o funcional de las dos manos o de los dos pies, o de toda una mano y todo un pie; con respecto a las manos, la pérdida deberá presentarse al nivel de la articulación radio carpiana (muñeca) o por encima de ella; con respecto a los pies, la pérdida deberá darse al nivel de la articulación tibiotarsiana (tobillo) o por encima de ella.

4.2. FECHA DE ESTRUCTURACIÓN:

Es la fecha en la cual se origina el padecimiento que da lugar a la incapacidad total y permanente o invalidez.

4.3. FECHA DE DIAGNÓSTICO:

Es la fecha en la cual el médico tratante, bien del sistema de seguridad social en salud, o del sistema de riesgos profesionales, o de algún plan complementario, o adicional de salud privado, o un médico particular determina que el padecimiento da origen a una incapacidad total y permanente o invalidez.

CONDICIÓN SÉPTIMA COMPROBACIÓN DE LA INCAPACIDAD

Corresponde al Asegurado demostrar su estado de Invalidez al tenor de la definición consignada la condición cuarta (4) del presente amparo adicional, quedando convenido que SURA podrá exigir todas las pruebas que juzgue necesarias para comprobar el estado de Invalidez.

AMPARO ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIO POR DESMEMBRACIÓN

CONDICIÓN PRIMERA - AMPAROS

1.1 AMPARO BÁSICO

A. MUERTE ACCIDENTAL

SURA, pagará a los beneficiarios el valor asegurado para el presente amparo adicional, cuando el fallecimiento del asegurado sea consecuencia de un accidente amparado por el presente anexo y tenga lugar dentro los 90 días subsiguientes a dicho accidente.

1.2 AMPAROS ADICIONALES

A. DESMEMBRACIÓN

SURA indemnizará el valor asegurado (siempre y cuando se especifique en la carátula de la póliza y/o en los certificados individuales de seguro la contratación

CONDICIÓN DÉCIMA MODIFICACIONES DEL ESTADO DE RIESGO

El Tomador o el Asegurado deberán notificar por escrito a SURA los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato, cuando estos signifiquen agravación del estado de riesgo. La notificación se hará con antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha de modificación, si ésta depende del arbitrio del asegurado o del Tomador. Si le es extraña, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tengan conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta (30) días desde el momento de la modificación. Notificada la modificación en los términos anteriores, SURA podrá revocar el presente amparo adicional, o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

La falta de notificación oportuna producirá la terminación de este amparo, y la mala fe del Asegurado del Tomador dará derecho a que SURA retenga la prima no devengada.

CONDICIONES PARTICULARES APLICABLES AL AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE ESTRUCTURACIÓN TRADICIONAL

EL CLAUSULADO BASE PARA ESTE AMPARO ES EL DEPOSITADO EN LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA CON EL Código: 28/02/2011-1315-A-34-42AAINCTOT-PTETE SALVO LAS CONDICIONES AQUÍ ESPECIFICADAS

EDADES DE INGRESO Y DE PERMANENCIA

La edad mínima de ingreso es de dieciocho (18) años cumplidos, la edad máxima de ingreso en esta póliza se establece en los sesenta y cuatro (64) años y 364 días con permanencia hasta los sesenta y nueve (69) años y 364 días para el asegurado principal y su cónyuge, para los hijos la edad mínima de ingreso se establece en un (1) año cumplido, la edad máxima de ingreso se establece en los sesenta y cuatro (64) Años y 364 días con permanencia hasta los sesenta y nueve (69) años y 364 días.

de este amparo), cuando como consecuencia de un accidente amparado por el presente anexo, el asegurado sufra pérdidas de miembros, órganos o facultades en los términos expresados en este anexo y tenga lugar dentro los 90 días subsiguientes a dicho accidente.

B. HOMICIDIO

SURA indemnizará el valor asegurado contratado para muerte accidental (siempre y cuando se especifique en la carátula de la póliza y/o en los certificados individuales de seguro la contratación de este amparo), cuando como consecuencia del homicidio o su tentativa el asegurado fallezca o se genere una Desmembración en los términos expresados en este anexo y tenga lugar dentro los 90 días subsiguientes a dicho homicidio o su tentativa.

CONDICIÓN SEGUNDA - EXCLUSIONES

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES ESTABLECIDAS EN EL AMPARO BÁSICO, ESTÁN EXCLUIDAS DE COBERTURA LA MUERTE Y LAS DESMEMBRACIONES QUE SE PRESENTEN EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- A. QUE TENGAN LUGAR DESPUÉS DE NOVENTA (90) DÍAS DE OCURRIDO EL ACCIDENTE.
- B. SUICIDIO O SU TENTATIVA, O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA A SÍ MISMO POR EL ASEGURADO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- C. HOMICIDIO. ESTA EXCLUSIÓN NO APLICARÁ CUANDO SE HAYA CONTRATADO EL AMPARO DE HOMICIDIO Y FIGURE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES.
- D. ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER CLASE DE PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE AVIACIÓN, SALVO CUANDO VIAJE COMO PASAJERO EN LÍNEA AÉREA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.
- E. LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR EL ASEGURADO, POR VIOLACIÓN DE CUALQUIER NORMA LEGAL DE CARÁCTER PENAL.
- F. ACCIDENTES DE TRÁNSITO CUANDO EL ASEGURADO ES EL CONDUCTOR Y SE ENCUENTRE BAJO EL EFECTO DE BEBIDAS EMBRIAGANTES.
- G. ENCONTRARSE EL ASEGURADO VOLUNTARIAMENTE BAJO INFLUENCIA DE DROGAS TÓXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS.
- H. ENFERMEDAD MENTAL O CORPORAL PREEXISTENTES, O INFECCIÓN BACTERIAL DISTINTA DE LA CONTRAÍDA POR UNA LESIÓN CORPORAL EXTERNA Y ACCIDENTAL.
- I. PARTICIPACIÓN EN COMPETENCIAS O PRUEBAS DE VELOCIDAD O RESISTENCIA DE VEHÍCULOS DE MOTOR EN CALIDAD DE CONDUCTOR O ACOMPAÑANTE, TALES COMO, PERO NO LIMITADOS A MOTOCICLETA, MOTONETA O VEHÍCULO SIMILAR, TANTO EN PRÁCTICAS COMO PROFESIONAL O AFICIONADO.
- J. LOS ACCIDENTES CONSECUENCIA DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL O AFICIONADA DE LOS DENOMINADOS DEPORTES DE ALTO RIESGO Y/O DEPORTES EXTREMOS, TALES COMO, PERO NO LIMITADOS A CACERÍA, ESQUÍ ACUÁTICO, TRINEO, CARRERAS DE OBSTÁCULOS, PESCA SUBMARINA, PESCA EN ALTA MAR, NAVEGACIÓN EN BARCOS DE VELA, REMO O MOTOR, NAVEGACIÓN EN ALTA MAR, TREAKING, ASCENSIONES, RAFTING, CANOTAJE, OVERLANDING, ESPELELISMO, MOUNTAIN BIKE, TIROLESA O "ZIP LINE" O CABLE VUELO, BUNGEE JUMPING, RAPEL O DESCENSO EN CUERDAS, PARACAIDISMO, PARAPENTE, ENTRE OTROS.
- K. LOS ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO

CONSECUENCIA DE ELLAS, O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X, CHOQUES ELÉCTRICOS O RADIACIONES.

- L. PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA EN RIÑAS, SALVO EL CASO DE LEGÍTIMA DEFENSA ASÍ DECLARADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.
- M. EL SIDA Y/O SUS CONSECUENCIAS, INDEPENDIENTE DE CÓMO SE CONTRAIGA.
- N. ENVENENAMIENTOS EN GENERAL.
- O. ACCIDENTES O LESIONES SUFRIDAS EN DESEMPEÑO DEL SERVICIO MILITAR DE CUALQUIER CLASE, DE POLICÍA, BOMBEROS O SIMILARES.
- P. ACCIDENTES O LESIONES SUFRIDAS EN ACTOS DE GUERRA O REBELIÓN, ALBOROTOS POPULARES O INSURRECCIONES.

3.2. VALOR ASEGURADO

LA COBERTURA DE MUERTA ACCIDENTAL, DESMEMBRACIÓN Y DE HOMICIDIO TENDRÁN COMO MÁXIMO EL VALOR ASEGURADO PARA EL AMPARO BÁSICO.

EN NINGÚN MOMENTO LA SUMA ASEGURADA DE ESTE AMPARO ADICIONAL SOBREPASARÁ LA SUMA ASEGURADA PARA EL AMPARO BÁSICO.

3.3 PAGO DE LA SUMA ASEGURADA

EL PAGO DE LA SUMA ASEGURADA SE REALIZARÁ DE LA SIGUIENTE FORMA:

- A. EL CIENTO POR CIENTO (100%) DEL CAPITAL CONTRATADO PARA EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL EN CASO DE SOBREVENIR, POR CAUSA ACCIDENTAL, LA MUERTE, LA PÉRDIDA DE AMBAS MANOS, O DE AMBOS PIES, O LA VISIÓN TOTAL IRRECUPERABLE DE AMBOS OJOS, O DE UNA MANO Y UN PIE, O DE UN OJO Y UNA MANO, O DE UN PIE Y UN OJO.
- B. EL CINCUENTA POR CIENTO (50%) DEL CAPITAL CONTRATADO PARA EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL EN CASO DE SOBREVENIR, POR CAUSA ACCIDENTAL, LA PÉRDIDA DE UN PIE, O DE UNA MANO O LA VISIÓN DE UN OJO.
- C. CUANDO LA CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE DERIVE EN UNA INVALIDEZ ABSOLUTA, SE INDEMNIZA EL CIENTO POR CIENTO (100%) DE LA SUMA ASEGURADA, EN VIDA DEL ASEGURADO.

CONDICIÓN CUARTA - DEFINICIONES

4.1 Accidente

Para los efectos del presente amparo, se considera como accidente el hecho súbito, violento, fortuito e inesperado, de origen externo y ajeno a la voluntad del tomador, asegurado y/o beneficiarios que por su acción directa y

exclusiva produzca la muerte o la pérdida de miembros, órganos o facultades, manifestadas dentro de los noventa días comunes contados a partir de la fecha de ocurrencia del accidente.

4.2 Pérdida

Para los efectos del presente Amparo, pérdida significa:

- a. Para las manos, la amputación traumática o quirúrgica, así como la pérdida funcional, al nivel de la articulación radio carpiana (muñeca), o por encima de ella.
- b. Para los pies, la amputación traumática o quirúrgica, así como la pérdida funcional, al nivel de la articulación tibiotarsiana (tobillo), o por encima de ella.
- c. Para los ojos, la pérdida total e irrecuperable de la visión.

En caso de varias pérdidas, los porcentajes se sumarán para calcular la indemnización, de tal manera que en una anualidad la suma total pagadera no excederá el valor total del capital contratado para este Anexo. El presente Amparo Adicional continuará en vigor para el caso de desmembración por otra causa accidental hasta la finalización de la anualidad, por la diferencia entre la suma total contratada y las indemnizaciones ya pagadas o causadas.

CONDICIÓN SEXTA- INFORME SOBRE EL ACCIDENTE

El Tomador, Asegurado o Beneficiario se comprometen a dar aviso a SURA de todo accidente o fallecimiento que pudiere dar lugar a reclamación bajo el presente Amparo, dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que haya conocido de su ocurrencia.

CONDICIONES PARTICULARES APLICABLES AL AMPARO ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN.

EL CLAUSULADO BASE PARA ESTE AMPARO ES EL DEPOSITADO EN LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA CON EL CÓDIGO: CÓDIGO 28/02/2011-1315-A-34-42AAMTEACCIDENTA SALVO LAS CONDICIONES AQUÍ ESPECIFICADAS

EDADES DE INGRESO Y DE PERMANENCIA

La edad mínima de ingreso es de dieciocho (18) años cumplidos, la edad máxima de ingreso en esta póliza se establece en los sesenta y cuatro (64) años y 364 días con permanencia hasta los sesenta y nueve (69) años y 364 días para el asegurado principal y su cónyuge, para los hijos la edad mínima de ingreso se establece en un (1) un año cumplido, la edad máxima de ingreso se establece en los sesenta y cuatro (64) años y 364 días con permanencia hasta los sesenta y nueve (69) años y 364 días.

AMPARO ADICIONAL DE ANTICIPO POR ENFERMEDADES GRAVES TRADICIONAL

CONDICIÓN PRIMERA AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES

SURA PAGARÁ AL ASEGURADO, EL CAPITAL ESTIPULADO PARA EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, EN CASO QUE LE SEA DIAGNOSTICADA AL ASEGURADO, DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO, POR PRIMERA VEZ ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES QUE A CONTINUACIÓN SE LISTAN:

LAS ENFERMEDADES DE QUE TRATA EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL SON:

- A. CÁNCER (CA), EXCEPTO LOS QUE SE MENCIONAN EN LAS EXCLUSIONES DEL PRESENTE AMPARO.
- B. ATAQUE AL CORAZÓN (INFARTO DEL MIOCARDIO).
- C. FALLA RENAL (ENFERMEDAD RENAL EN ETAPA FINAL).
- D. DERRAME O INFARTO CEREBRAL.
- E. CIRUGÍA DE LA AORTA.
- F. ESCLEROSIS MÚLTIPLE.

CONDICIÓN SEGUNDA - EXCLUSIONES

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES ESTABLECIDAS EN EL AMPARO BÁSICO, ESTÁN EXCLUIDOS DE COBERTURA SI EL ASEGURADO PADECE O SE LE DIAGNOSTICA UNA DE LAS ENFERMEDADES CUBIERTAS A CONSECUENCIA DE, O RELACIONADA CON:

- A. EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) TAL Y COMO FUERE CONOCIDA POR LA "OMS", O CUALQUIER SÍNDROME O ENFERMEDAD DE TIPO SIMILAR BAJO CUALQUIER NOMBRE QUE SEA DIAGNOSTICADA POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO.

- B. LA PRESENCIA DEL VIRUS DEL SIDA DESCUBIERTA MEDIANTE TEST DE ANTICUERPOS O VIRUS DEL SIDA CON RESULTADO POSITIVO.
- C. CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD QUE SE MANIFIESTE EN PRESENCIA DEL SIDA.
- D. EL CÁNCER DEL SENO O MATRIZ.
- E. LOS TUMORES DE LA PIEL Ó CÁNCER IN SITU NO INVASIVO, SALVO QUE SE TRATE DE MELANOMAS MALIGNOS.
- F. ANGIOPLÁSTIA, TRATAMIENTO LÁSER Y TODAS LAS OTRAS TÉCNICAS QUE NO REQUIERAN LA APERTURA QUIRÚRGICA DEL TÓRAX, OPERACIONES DE VÁLVULAS, OPERACIONES POR TUMORACIÓN INTRACARDIACA O ALTERACIONES CONGÉNITAS.
- G. CUANDO EL ASEGURADO HA RECIBIDO TRATAMIENTO POR ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES AMPARADAS POR EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL O LAS MENCIONADAS ANTERIORMENTE, ANTES DE LA FECHA DE INICIACIÓN DE VIGENCIA.
- H. RESPECTO DEL ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR, AQUELLOS EVENTOS VASCULARES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS Y EVENTOS LENTAMENTE REVERSIBLES NO SON CUBIERTOS.
- I. ENFERMEDADES PADECIDAS COMO CONSECUENCIA DE: PRESTAR EL SERVICIO MILITAR DE CUALQUIER CLASE, ACTOS DE GUERRA O REBELIÓN, ALBOROTOS POPULARES O INSURRECCIONES.

- J. ENFERMEDADES PADECIDAS POR ACTOS DELICTIVOS INTENCIONALES EN QUE PARTICIPE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO, O PARTICIPACIÓN EN RIÑAS SIEMPRE QUE ÉL HAYA SIDO EL PROVOCADOR.
- K. SUICIDIO, TENTATIVA DEL MISMO, O ENFERMEDAD INTENCIONALMENTE CAUSADA A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- L. ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, O DE SUSTANCIAS QUE POR SU PROPIA NATURALEZA PRODUZCAN DEPENDENCIA FÍSICA O PSÍQUICA, A MENOS QUE EL ASEGURADO NO SE HAYA COLOCADO VOLUNTARIAMENTE EN EL MENCIONADO ESTADO.
- M. ENFERMEDADES DERIVADAS DEL ALCOHOLISMO, DROGADICCIÓN, U OTRAS ADICCIONES.
- N. CUALQUIER CLASE DE PARTICIPACIÓN EN AVIACIÓN, SALVO QUE VIAJE EN LÍNEA AÉREA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS.
- O. ENFERMEDADES O PADECIMIENTOS QUE SE PRODUZCAN COMO CONSECUENCIA DE PARTICIPACIÓN EN COMPETENCIAS O PRUEBAS DE VELOCIDAD O RESISTENCIA DE VEHÍCULOS DE MOTOR, BIEN COMO CONDUCTOR O ACOMPAÑANTE, ASÍ COMO LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES O AFICIONADAS DE, PERO NO LIMITADAS A, VUELOS EN COMETA, PARACAIDISMO, MONTAÑISMO, CHARRERÍA, ESQUÍ, TAUROMAQUIA, ESPELEOLOGÍA, Y EN GENERAL LOS DENOMINADOS DEPORTES DE ALTO RIESGO Y/O DE AVENTURA.
- P. ENFERMEDADES CAUSADAS POR RIESGOS NUCLEARES.

CONDICIÓN TERCERA - LIMITACIONES

ADEMÁS DE LAS LIMITACIONES ESTABLECIDAS EN EL AMPARO BÁSICO DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE ESTE ANEXO, LE SON APLICABLES A ESTE AMPARO ADICIONAL LAS SIGUIENTES:

3.2 PERIODO DE CARENCIA

LOS EVENTOS AMPARADOS EN VIRTUD DEL PRESENTE ANEXO SÓLO TENDRÁN COBERTURA DESPUÉS DE CUMPLIDOS NOVENA (90) DÍAS CORRIENTES CONTADOS DESDE LA ENTRADA EN VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, DE DIAGNOSTICARSE ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES AMPARADAS DURANTE EL PERÍODO EN MENCIÓN, SURA PAGARÁ, SOLAMENTE, EL VALOR DE LAS PRIMAS RECIBIDAS COMO PAGO POR ÉSTE AMPARO ADICIONAL.

ESTE PERIODO DE CARENCIA NO OPERA PARA LAS LESIONES OCASIONADAS POR UN HECHO ACCIDENTAL Y QUE ESTÉN EXPRESAMENTE CUBIERTAS DE ACUERDO CON LAS DEFINICIONES DE LAS PATOLOGÍAS AMPARADAS.

3.3 PERÍODO DE SOBREVIVENCIA

ES EL TIEMPO DE TREINTA (30) DÍAS CORRIENTES, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE LE ES

DIAGNOSTICADA LA ENFERMEDAD GRAVE CUBIERTA AL ASEGURADO, AL CABO DEL CUAL LE ES POSIBLE SOLICITAR Y ACCEDER AL PAGO DEL CAPITAL ASEGURADO EN VIRTUD DEL AMPARO ADICIONAL. EN OTROS TÉRMINOS, DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS MENCIONADOS, NO SERÁ TRAMITADA RECLAMACIÓN ALGUNA POR SURA.

3.4 CAPITAL ASEGURADO

EL CAPITAL ASEGURADO SERÁ EL ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN SUS CERTIFICADOS INDIVIDUALES, SIN SOBREPASAR NUNCA DEL CAPITAL ASEGURADO DEL AMPARO BÁSICO.

EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO ADICIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES SEA IGUAL AL CAPITAL ASEGURADO DEL AMPARO BÁSICO, LA SUMA SE DEDUCE AL 100%, DANTO POR TERMINADO EL CONTRATO DE SEGURO.

3.5 NO RESTABLECIMIENTO DEL CAPITAL ASEGURADO

EL ASEGURADO QUE EN VIRTUD DEL PRESENTE ANEXO RECIBA EL PAGO DE UNA INDEMNIZACIÓN, QUEDARÁ AUTOMÁTICAMENTE EXCLUIDO DE ESTE ANEXO Y NO PODRÁ SER REINCORPORADO EN EL MISMO EN NINGUNA DE LAS RENOVACIONES POSTERIORES; ES DECIR, SI EL ASEGURADO RECLAMA POR ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES ENUNCIADAS, AGOTARÁ LA COBERTURA, NO PUDIENDO RECLAMAR POR NINGUNA DE LAS DEMÁS ENFERMEDADES. SI EL ANTICIPO HA SIDO DEL 100% DEL CAPITAL ASEGURADO DEL AMPARO BÁSICO, EL CONTRATO DE SEGURO HA TERMINADO DE FORMA AUTOMÁTICA.

3.6 DEDUCCIONES

LA SUMA RECONOCIDA POR EL AMPARO DE ANTICIPO POR ENFERMEDADES GRAVES NO ES ACUMULABLE CON EL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO BÁSICO Y SE DEDUCE EN EL PORCENTAJE Y MONTO PACTADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES. ASÍ MISMO, LA PRIMA DE LA RENOVACIÓN PARA EL SEGURO BÁSICO SE REDUCIRÁ EN LA MISMA PROPORCIÓN QUE HAYA ENTRE EL MONTO PAGADO POR CONCEPTO DEL PRESENTE AMPARO ADICIONAL Y LA SUMA DEL SEGURO BÁSICO.

A. SI LA PÓLIZA A LA CUAL SE INCLUYE ESTE AMPARO ADICIONAL CONTRATÓ ADEMÁS EL DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN Y EN VIRTUD DE ÉL Y A CONSECUENCIA DE UN HECHO AMPARADO POR EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, SURA HA EFECTUADO PAGO ALGUNO, DICHO PAGO SERÁ DEDUCIDO DE LA SUMA ASEGURADA CORRESPONDIENTE AL AMPARO ADICIONAL DE DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIO POR DESMEMBRACIÓN ANTES MENCIONADA.

B. SI LA PÓLIZA A LA CUAL SE INCLUYE AMPARO ADICIONAL CONTRATÓ ADEMÁS EL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE Y EN VIRTUD DE ÉL Y A CONSECUENCIA DE UN HECHO AMPARADO POR EL PRESENTE AMPARO

ADICIONAL SURA HA EFECTUADO PAGO ALGUNO, DICHO PAGO SERÁ DEDUCIDO DE LA SUMA ASEGURADA CORRESPONDIENTE A LA AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

CONDICIÓN CUARTA - DEFINICIONES

4.1 ENFERMEDAD

Es toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuada por un médico legalmente reconocido y cuyas primeras manifestaciones se presenten durante la vigencia de la póliza.

4.2 CÁNCER

Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno (masa persistente de tejido nuevo sin función fisiológica) caracterizado por el crecimiento y expansión incontrolada de células malignas e invasión de tejidos. El diagnóstico debe ser evidenciado por una histología claramente definida. El término cáncer también incluye las leucemias y las enfermedades malignas del sistema linfático como la enfermedad de Hodgkin.

No se considera para efectos del presente Anexo como Cáncer:

- a. Cáncer de cuello uterino
- b. Cáncer de Seno
- c. Cualquier etapa CIN (neoplasia intraepitelial cervical).
- d. Cualquier tumor pre-maligno.
- e. Cualquier cáncer no invasivo (Cáncer In situ)
- f. El cáncer de próstata en estadio 1 (1ª, 1b, 1c).
- g. Carcinoma basocelular y carcinoma de células escamosas.
- h. Melanoma maligno estadio IA (T1a N0 M0).
- i. Cualquier tumor maligno en presencia de cualquier Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

4.3 ATAQUE AL CORAZÓN (INFARTO DEL MIOCARDIO)

Muerte de una parte del músculo cardíaco como resultado de un flujo sanguíneo insuficiente hacia el área comprometida.

El diagnóstico debe ser confirmado por especialista y evidenciado por todos los siguientes criterios:

- a. Dolor torácico típico.
- b. Cambios característicos de IAM en el EKG.
- c. Elevación de las enzimas específicas de infarto, troponinas u otros marcadores bioquímicos.

No se considera para efectos del presente Anexo como ataque al corazón (infarto del miocardio):

- a. El infarto del miocardio sin elevación de segmento ST con solamente elevación de Troponina I oT.
- b. Otros síndromes coronarios agudos (por ejemplo angina de pecho estable o inestable).
- c. Infarto de miocardio silente.

4.4 FALLA RENAL (ENFERMEDAD RENAL EN ETAPA FINAL)

Etapa final de enfermedad renal que se manifiesta por una falla crónica e irreversible de la función de ambos

riñones, cómo resultado de lo que se hace necesario realizar regularmente diálisis renal (hemodiálisis o diálisis peritoneal) ó requirió de un trasplante renal. El diagnóstico debe ser confirmado mediante paraclínicos y confirmado por un especialista en la materia.

4.5 DERRAME E INFARTO CEREBRAL (ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR ACV O ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR ECV)

Cualquier evento cerebro-vascular que produce secuelas neurológicas permanentes. El diagnóstico debe ser confirmado por especialista y evidenciado por síntomas clínicos típicos, así como también hallazgos típicos Tomografía Axial Computarizada (TAC) de cerebro y Resonancia Nuclear Magnética (RNM) de cerebro. Deben documentarse pruebas de deficiencia neurológica de por lo menos tres (3) meses a contados desde la fecha de diagnóstico.

No se considera para efectos del presente Anexo como derrame e infarto cerebral:

- Accidentes isquémicos transitorios (TIA)
- Lesiones traumáticas de cerebro.
- Síntomas neurológicos secundarios a migraña (jaqueca)
- Infartos lacunares sin déficit neurológico.

4.6 CIRUGÍA DE LA AORTA:

La realización actual de cirugía por una enfermedad crónica de la aorta que haya requerido de extirpación y reemplazo quirúrgico de la aorta enferma por una prótesis. Para los propósitos de esta definición se entiende por aorta, la aorta torácica y abdominal, pero no sus ramas.

La realización de la cirugía aórtica debe ser confirmada por especialista.

Se excluye el daño traumático de la aorta.

4.7 ESCLEROSIS MÚLTIPLE:

Diagnóstico inequívoco de Esclerosis Múltiple establecido por un especialista en neurología. La enfermedad debe ser evidenciada por síntomas clínicos típicos de desmielinización, deterioro de las funciones motoras y sensoriales y además por hallazgos típicos en la Resonancia Nuclear Magnética.

Para probar el diagnóstico, el Asegurado debe exhibir anomalías neurológicas que hayan existido por un periodo continuo de por lo menos seis (6) meses o haber tenido al menos dos (2) episodios clínicamente documentados con un intervalo de un mes entre ellos o un episodio clínicamente documentado junto con hallazgos característicos en el fluido cerebroespinal, así como también lesiones cerebrales específicas detectadas en la Resonancia Nuclear Magnética (RNM).

CONDICIONES PARTICULARES APLICABLES AL AMPARO ADICIONAL DE ANTICIPO POR ENFERMEDADES GRAVES TRADICIONAL

EL CLAUSULADO BASE PARA ESTE AMPARO ES EL DEPOSITADO EN LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA CON EL Código: 28/02/2011-1315-A-34- 42AA-ANT-EGRAVESTRA SALVO LAS CONDICIONES AQUÍ ESPECIFICADAS

ADICIONAL A LAS ENFERMEDADES GRAVES MENCIONADAS, SURA PAGARÁ AL ASEGURADO, EL CAPITAL ESTIPULADO PARA EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, EN CASO QUE LE SEA DIAGNOSTICADA AL ASEGURADO, DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO, POR PRIMERA VEZ ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES QUE A CONTINUACIÓN SE LISTAN:

REEMPLAZO DE VÁLVULAS DEL CORAZÓN: ES EL REEMPLAZO QUIRÚRGICO DE UNA O MÁS VÁLVULAS CARDÍACAS POR VÁLVULAS ARTIFICIALES. ESTO INCLUYE EL REEMPLAZO DE VÁLVULAS AORTICA, MITRAL, TRICÚSPIDE Y PULMONAR POR VÁLVULAS ARTIFICIALES, DEBIDO A UNA ESTENOSIS O INSUFICIENCIA O LA COMBINACIÓN DE AMBOS FACTORES. LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGÍA DE REEMPLAZO VALVULAR TIENE QUE SER CONFIRMADA POR UN ESPECIALISTA.

SE EXCLUYEN:

- A. LA REPARACIÓN DE VÁLVULAS CARDÍACAS.
- B. VALVULOTOMÍAS

CIRUGÍA DE LAS ARTERIAS CORONARIAS (BYPASS): LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA DE TÓRAX ABIERTO PARA EL REEMPLAZO DE UNA O MÁS ARTERIAS CORONARIAS, QUE ESTÁN ESTRECHADAS U OCLUIDAS, POR EL IMPLANTE DE UNA PUENTE ARTERIAL CORONARIO. LA NECESIDAD DE TAL CIRUGÍA DEBE HABER SIDO PROBADA POR MEDIO DE ANGIOGRAFÍA CORONARIA Y LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGÍA DEBE SER CONFIRMADA POR UN ESPECIALISTA.

SE EXCLUYEN:

- A. LA ANGIOPLASTIA.
- B. CUALQUIER PROCEDIMIENTO INTRA-ARTERIAL.
- C. CIRUGÍA POR TORACOTOMÍA MÍNIMA

PARÁLISIS: SE PRESENTA CUANDO OCURRE LA PÉRDIDA TOTAL E IRREVERSIBLE DEL USO DE DOS O MÁS EXTREMIDADES DEBIDA A UNA PARÁLISIS SECUNDARIA O ENFERMEDAD O ACCIDENTE DE LA MÉDULA ESPINAL. ESTAS CONDICIONES DEBEN SER DOCUMENTADAS MÉDICAMENTE POR AL MENOS (3) MESES DESPUÉS DE SU DIAGNÓSTICO. SE INCLUYE LA PARÁLISIS DEBIDA A SÍNDROME DE GUILLANBARRE.

CEGUERA (PÉRDIDA TOTAL DE LA VISIÓN): ES LA PÉRDIDA TOTAL, PERMANENTE E IRREVERSIBLE DE LA VISIÓN DE AMBOS OJOS, COMO RESULTADO DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER CONFIRMADO POR OFTALMÓLOGO Y EVIDENCIADO POR RESULTADO DE EXÁMENES ESPECÍFICOS.

GRAN QUEMADO: AQUEL PACIENTE QUE COMO CONSECUENCIA DE EXPOSICIÓN A CUALQUIER AGENTE, QUE PRODUZCA QUEMADURAS QUE PUEDEN COMPROMETER LA VIDA O DEJAR SECUELAS FUNCIONALES GRAVES PERMANENTES.

PARA ENTENDER QUE EL ASEGURADO ES UN GRAN QUEMADO SE DEBE CUMPLIR POR LO MENOS CON UNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- a. QUEMADURAS DE SEGUNDO (2º) Y DE TERCER (3º) GRADO CON MÁS DEL QUINCE POR CIENTO (15%) DEL ÁREA CORPORAL EN MENORES DE DOCE (12) AÑOS, O MÁS DEL VEINTE POR CIENTO (20%) EN MAYORES DE DOCE (12) AÑOS
- b. PACIENTES VÍCTIMAS DE QUEMADURAS CON LESIÓN EN VÍAS RESPIRATORIAS, QUEMADURAS PROFUNDAS Y EXTENSAS DE MANOS, PIES O REGIÓN PERINEAL, QUEMADURAS PAN FACIALES, QUEMADURAS ELÉCTRICAS DE ALTO VOLTAJE, ASOCIADAS A POLITRAUMATISMO O TRAUMATISMO ENCÉFALO CRANEANO, SHOCK DE CUALQUIER ORIGEN O COMORBILIDADES GRAVES

POLITRAUMATISMO: ES LA ASOCIACIÓN DE MÚLTIPLES LESIONES TRAUMÁTICAS PRODUCIDAS POR UN MISMO ACCIDENTE Y QUE A CAUSA DE SU INTENSIDAD O POTENCIA ES CAPAZ DE CAUSAR LESIONES EN MÁS DE UN SISTEMA DEL ORGANISMO, PONIENDO AL MENOS UNA DE ELLAS, EN PELIGRO DE VIDA DEL PACIENTE.

AMPARO ADICIONAL DE COBERTURA CÁNCER DE SENO O MATRIZ COMO ANTICIPO DEL 25% DEL AMPARO BÁSICO

CONDICIÓN PRIMERA - AMPARO

EL PRESENTE AMPARO SOLO SE OTORGA CUANDO SE TENGA CONTRATADO EL AMPARO BÁSICO Y/O EL AMPARO ADICIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES Y POR LO TANTO LE SON APLICABLES LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS PARA DICHS AMPAROS.

NO OBSTANTE LA EXCLUSIÓN ESTABLECIDA EN LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES, SURA PAGARÁ LA ASEGURADA EN UN SOLO CONTADO LA SUMA ASEGURADA ESTIPULADA EN EL CERTIFICADO DE LA PÓLIZA PARA LA PRESENTE COBERTURA, EN CASO DE DIAGNÓSTICO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO DE CÁNCER DE LA INICIACIÓN DE LA COBERTURA.

PARA EL RECONOCIMIENTO DEL PRESENTE AMPARO SE REQUIERE LA PRESENTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA DEL ASEGURADO, MÁS EL DOCUMENTO EN DONDE EL MÉDICO TRATANTE DIAGNOSTICA POR PRIMERA VEZ EL PADECIMIENTO DE ESTA DOLENCIA.

CONDICIÓN SEGUNDA - EXCLUSIONES

SURA NO ESTARÁ OBLIGADA AL PAGO DE LA SUMA ASEGURADA BAJO LA PRESENTE COBERTURA EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- a. CUANDO LA ASEGURADA PADEZCA CÁNCER DE SENO O MATRIZ EN PRESENCIA DEL SIDA.
- b. CÁNCER DE SENO O MATRIZ COMO CONSECUENCIA DE TUMORES MALIGNOS DE LA PIEL (EXCEPTO MELANOMAS MALIGNOS), O CÁNCER IN SITU NO INVASIVO, O TUMORES DERIVADOS DE LA PRESENCIA DEL VIRUS DEL SIDA.
- c. CÁNCER DE SENO O MATRIZ DIAGNOSTICADO EN PERSONAS QUE TENGAN ADICCIÓN AL ALCOHOL O A LAS DROGAS.

LIMITACIONES

LA SUMA RECONOCIDA POR EL AMPARO DE SENO Y MATRIZ, NO ES ACUMULABLE CON EL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO BÁSICO Y SE DEDUCE AL 25%.

TRASPLANTE DE ÓRGANOS MAYORES COMO VALOR ADICIONAL DEL 20% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO BÁSICO

LA REALIZACIÓN ACTUAL DE UN TRASPLANTE DE ÓRGANOS EN EL QUE EL ASEGURADO PARTICIPA COMO RECEPTOR DE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ÓRGANOS: CORAZÓN, PULMÓN, HÍGADO, PÁNCREAS, RIÑÓN O MÉDULA ÓSEA. LA REALIZACIÓN DEL TRASPLANTE DEBE SER CONFIRMADA MEDIANTE EXÁMENES PARACLÍNICOS Y CONFIRMADA POR ESPECIALISTA.

EXCLUSIONES

APLICAN EXCLUSIONES SEGÚN EL CLAUSULADO DE ENFERMEDADES GRAVES.

AMPARO ADICIONAL DE HOSPITAL CASH

CONDICIÓN PRIMERA AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

1.1 BENEFICIO DIARIO POR HOSPITALIZACIÓN

SURA PAGARÁ AL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, SEGÚN EL CASO, EL VALOR ASEGURADO DIARIO ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O EN SUS CERTIFICADOS INDIVIDUALES, EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN CONTINUA DEL ASEGURADO, POR UN PERÍODO SUPERIOR A 24 HORAS EN UN HOSPITAL Y/O CLÍNICA, QUE SEA CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O UN PADECIMIENTO NO PREEXISTENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

1.2 BENEFICIO DIARIO POR UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

SURA PAGARÁ AL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, SEGÚN EL CASO, EL VALOR ASEGURADO DIARIO ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O EN SUS CERTIFICADOS INDIVIDUALES, EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN CONTINUA DEL ASEGURADO, POR UN PERÍODO SUPERIOR A 24 HORAS EN UN HOSPITAL Y/O CLÍNICA, QUE SEA CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O UN PADECIMIENTO NO PREEXISTENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

CONDICIÓN SEGUNDA - EXCLUSIONES

- HOSPITALIZACIÓN POR EMBARAZO, ABORTO, PARTO NORMAL O QUIRÚRGICO Y SUS CONSECUENCIAS.
- HOSPITALIZACIÓN QUE TENGA COMO FIN PRIMORDIAL: EXÁMENES MÉDICOS DE RUTINA, DE LABORATORIO, RADIOGRAFÍAS O FISIOTERAPIAS, TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS, ASÍ COMO LAS HOSPITALIZACIONES QUE SE REALIZAN POR LOS DENOMINADOS CHEQUEOS

LIMITACIONES

LA SUMA RECONOCIDA POR EL AMPARO DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS MAYORES, ES INDEPENDIENTE, EN CONSECUENCIA UNA VEZ PAGADA LA SUMA CORRESPONDIENTE AL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, DICHO PAGO NO TENDRÁ INCIDENCIA ALGUNA EN EL CAPITAL ASEGURADO QUE CORRESPONDA AL AMPARO BÁSICO.

EDADES DE INGRESO Y DE PERMANENCIA PARA LOS AMPAROS DE CÁNCER DE SENO O MATRIZ, ENFERMEDADES GRAVES Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS MAYORES.

La edad mínima de ingreso es de dieciocho (18) años cumplidos, la edad máxima de ingreso en esta póliza se establece en los cincuenta y nueve (59) años y 364 días con permanencia hasta los sesenta y cuatro (64) años y 364 días para el asegurado principal y su cónyuge, para los hijos la edad mínima de ingreso se establece en un (1) un año cumplido, la edad máxima de ingreso se establece en los cincuenta y nueve (59) años y 364 días con permanencia hasta los sesenta y cuatro (64) años y 364 días.

EJECUTIVOS, EXCEPTO EL EXAMEN QUE SE NECESITE ÚNICAMENTE A CONSECUENCIA DE UNA INCAPACIDAD DETERMINADA POR MÉDICO O CIRUJANO DEBIDAMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER SU PROFESIÓN Y QUE DICHA ENFERMEDAD SE HAYA ORIGINADO DENTRO DE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

- HOSPITALIZACIÓN QUE SE DERIVE DE LESIONES CORPORALES INFLIGIDAS A SÍ MISMO POR EL ASEGURADO, SUICIDIO O INTENTO DE SUICIDIO, BIEN SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA O BAJO EL INFLUJO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS.
- HOSPITALIZACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍAS ESTÉTICAS CON FINES DE EMBELLECIMIENTO, CIRUGÍA PLÁSTICA; A MENOS QUE SEA COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE, Y EN GENERAL TODA OPERACIÓN QUE TENGA POR FINALIDAD CORREGIR DEFORMACIONES, MALFORMACIONES, IMPERFECCIONES Y ANOMALÍAS CONGÉNITAS
- HOSPITALIZACIÓN EN CASAS DE REPOSO, INSTITUCIONES HOSPITALARIAS PARA LA ATENCIÓN DE DESÓRDENES MENTALES, FUNCIONALES, PSICOSIS, NEUROSIS O CLÍNICAS PSIQUIÁTRICAS.
- HOSPITALIZACIÓN PARA RECIBIR TRATAMIENTOS POR DROGADICCIÓN, ALCOHOLISMO O CUALQUIER ESTADO PSIQUIÁTRICO.
- HOSPITALIZACIÓN COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO DONDE EL ASEGURADO VOLUNTARIAMENTE CONDUZCA BAJO LA INFLUENCIA DEL ALCOHOL.
- HOSPITALIZACIÓN COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTES DONDE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE VOLUNTARIAMENTE BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, DROGAS ALUCINÓGENAS O SIMILARES.

- HOSPITALIZACIÓN COMO CONSECUENCIA DE SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), O TODO LO RELACIONADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON ÉSTE.
- HOSPITALIZACIONES QUE INICIEN DESPUÉS DE LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA.
- HOSPITALIZACIONES DURANTE ESTADOS DE GUERRA DECLARADA O NO, INVASIÓN, HOSTILIDAD, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN MILITAR O USURPACIÓN DEL PODER, HUELGA, REBELIÓN, SEDICIÓN, ASONADA, MOTÍN, ACCIONES DE MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS, INGRESO VOLUNTARIO U OBLIGATORIO AL SERVICIO MILITAR EN CUALQUIER FUERZA ARMADA DE CUALQUIER PAÍS U ORGANISMO INTERNACIONAL (FUERZA PÚBLICA).
- HOSPITALIZACIONES COMO CONSECUENCIA DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL O AFICIONADA DE LOS DENOMINADOS DEPORTES DE ALTO RIESGO Y/O DEPORTES EXTREMOS, TALES COMO, PERO NO LIMITADOS A CACERÍA, ESQUÍ ACUÁTICO, TRINEO, CARRERAS DE OBSTÁCULOS, PESCA SUBMARINA, PESCA EN ALTA MAR, NAVEGACIÓN EN BARCOS DE VELA, REMO O MOTOR, NAVEGACIÓN EN ALTA MAR, TREAKING, ASCENSIONES, RAFTING, CANOTAJE, OVERLANDING, ESPELELISMO, MOUNTAIN BIKE, TIROLESA O "ZIP LINE" O CABLE VUELO, BUNGEE JUMPING, RAPEL O DESCENSO EN CUERDAS, PARACAIDISMO, PARAPENTE, ENTRE OTROS.
- HOSPITALIZACIONES COMO CONSECUENCIA DE PARTICIPACIÓN EN COMPETENCIAS O PRUEBAS DE VELOCIDAD O RESISTENCIA DE VEHÍCULOS DE MOTOR EN CALIDAD DE CONDUCTOR O ACOMPAÑANTE, TALES COMO, PERO NO LIMITADOS A MOTOCICLETA, MOTONETA O VEHÍCULO SIMILAR, TANTO EN PRÁCTICAS COMO PROFESIONAL O COMO AFICIONADO.
- HOSPITALIZACIONES COMO CONSECUENCIA DE QUE EL ASEGURADO VUELE COMO PILOTO, ALUMNO PILOTO, MECÁNICO DE VUELO O MIEMBRO DE TRIPULACIÓN DE CUALQUIER NAVE AÉREA.
- HOSPITALIZACIONES CAUSADAS POR CONDICIONES FÍSICAS O DE SALUD PREEXISTENTES.
- HOSPITALIZACIONES PARA REALIZAR TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS CIENTÍFICAMENTE POR LAS AUTORIDADES DE SALUD.
- HOSPITALIZACIONES ORDENADAS POR MÉDICOS QUE TENGAN, EN RELACIÓN CON EL ASEGURADO, PARENTESCO DENTRO DEL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO DE AFINIDAD.
- HOSPITALIZACIONES COMO CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES O ACCIDENTES DERIVADOS DE LA FUSIÓN O FISIÓN NUCLEAR.
- HOSPITALIZACIÓN PARA TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD, ESTERILIDAD Y/O PLANIFICACIÓN FAMILIAR.
- HOSPITALIZACIONES DERIVADAS DE ACTOS ILÍCITOS COMETIDOS POR EL ASEGURADO.

3.2 VALOR ASEGURADO:

EL VALOR A SEGUADO ES LA SUMA A SEGURADA CONSIGNADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE SEGURO.

3.3 PERÍODO CONTINUO DE HOSPITALIZACIÓN

LOS PERÍODOS SUCESIVOS DE HOSPITALIZACIÓN QUE PROVENGAN DE LA MISMA LESIÓN O ENFERMEDAD Y QUE ESTÉN SEPARADOS POR PERÍODOS MENORES DE NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO, CONSTITUIRÁN UN SOLO PERIODO CONTINUO DE HOSPITALIZACIÓN Y SERÁN INDEMNIZADOS HASTA EL LÍMITE DE TIEMPO DE LA COBERTURA CONTRATADO.

PERÍODOS SUCESIVOS DE HOSPITALIZACIÓN QUE PROVENGAN DE LA MISMA LESIÓN O ENFERMEDAD Y QUE ESTÉN SEPARADOS POR PERÍODOS MAYORES DE 90 DÍAS, SE CONSIDERARÁN COMO DISTINTOS PERÍODOS DE HOSPITALIZACIÓN; CADA UNO DE ESTOS SERÁ INDEMNIZADO HASTA EL LÍMITE PREVISTO PARA EL TIEMPO DE COBERTURA, SIEMPRE Y CUANDO CUMPLA LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN EL PRESENTE AMPARO. SI SUBSIGUIENTE A UN PERÍODO DE HOSPITALIZACIÓN EL ASEGURADO ES HOSPITALIZADO NUEVAMENTE COMO RESULTADO DE UNA NUEVA LESIÓN O ENFERMEDAD, SE CONSIDERA COMO UN NUEVO PERÍODO DE HOSPITALIZACIÓN CONTINUO O EFECTIVO DESDE LA FECHA DE HOSPITALIZACIÓN.

3.5. DEDUCIBLE:

ES AQUELLA PORCIÓN DEL SINIESTRO O PÉRDIDA QUE DEBE SER ASUMIDA POR EL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO. EL DEDUCIBLE SE APLICARÁ UNA VEZ POR CADA CASO (DOLENCIA O CONDICIÓN MÉDICA DIAGNOSTICADA) POR EL CUAL SEA PRESENTADA UNA RECLAMACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN Y QUE SE ESPECIFIQUE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O EN LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE SEGUROS QUE SE EXPIDAN.

3.7 REDUCCIÓN DE LA SUMA ASEGURADA

LAS SUMAS ASEGURADAS QUE APARECEN EN EL CUADRO DE BENEFICIOS SERÁN REDUCIDAS A LA MITAD A PARTIR DEL MOMENTO EN QUE EL ASEGURADO CUMPLA SESENTA Y CINCO (65) AÑOS DE EDAD YHASTA QUE ÉSTE CUMPLA SETENTA (70) AÑOS DE EDAD, FECHA EN QUE TERMINA LA COBERTURA

3.8 SEGUROS BAJO EL PRESENTE PLAN:

EL ASEGURADO NO PODRÁ ESTAR CUBIERTO POR MÁX DE UNA PÓLIZA DEL PRESENTE PLAN DE SEGUROS. EN CASO DE QUE LO ESTÉ, SURA CONSIDERARÁ A LA PERSONA COMO ASEGURADA BAJO LA PÓLIZA QUE PROVEA LA MAYOR CANTIDAD DE RENTA DIARIA. SI LA RENTA ES IDÉNTICA EN CADA PÓLIZA, SURA CONSIDERARÁ QUE ESTA PERSONA SE ENCUENTRA ASEGURADA BAJO LA PÓLIZA QUE HAYA SIDO EMITIDA PRIMERO, EN CUYO CASO SURA REINTEGRARÁ CUALQUIER PAGO DE PRIMA QUE EL ASEGURADO HAYA EFECTUADO ADICIONAL A DICHA PÓLIZA.

CONDICIÓN QUINTA CONTROL EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

SURA se reserva el derecho de verificar, por medio de sus peritos médicos y manteniendo la debida comunicación con el médico tratante y la institución hospitalaria de que se trate, las condiciones y la necesidad de permanencia de cualquier Asegurado en estado de hospitalización y de advertir acerca de las razones de su inconformidad eventual con tales condiciones y permanencias.

CONDICIONES PARTICULARES APLICABLES A LA PÓLIZA DE SEGURO HOSPITAL CASH RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

EL CLAUSULADO BASE PARA ESTE AMPARO ES EL DEPOSITADO EN LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA CON EL Código: 29/04/2011-1315-P-31-RSAPHOSPITALCASH SALVO LAS CONDICIONES AQUÍ ESPECIFICADAS

TIEMPO DE COBERTURA

AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN HASTA 90 DÍAS POR EVENTO, SIN DÍAS DE DEDUCIBLE.

BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS HASTA 8 DÍAS POR EVENTO, SIN DÍAS DE DEDUCIBLE

No obstante la exclusión establecida en la cobertura hospital cash renta diaria por hospitalización, bajo esta cobertura se cubre la hospitalización por embarazo, aborto, parto normal o quirúrgico y sus consecuencias y la hospitalización en casa bajo las siguientes definiciones.

HOSPITALIZACIÓN POR EMBARAZO, ABORTO, PARTO NORMAL O QUIRÚRGICO Y SUS CONSECUENCIAS

La Compañía pagará a la asegurada, el valor asegurado diario estipulado en la carátula de la póliza y/o en sus certificados individuales, en caso de hospitalización continua del asegurado, por un período superior a 48 horas en un hospital y/o clínica, que sea consecuencia de hospitalización por embarazo, aborto legal, parto normal o quirúrgico y sus consecuencias, ocurrido durante la vigencia del presente amparo, hasta un máximo de 2 días.

AMPARO DE HOSPITALIZACIÓN EN CASA

Si como consecuencia de un accidente y/o enfermedad no excluidos por el presente anexo, y cuya ocurrencia se presenta durante la vigencia, el asegurado resultare internado de modo necesario y continuo en un centro hospitalario por más de veinticuatro (24) horas por recomendación de un médico en ejercicio, o que hubiese sido enviado por el centro hospitalario a su residencia bajo la modalidad de hospitalización domiciliaria, por más de veinticuatro (24) horas la compañía pagará al asegurado el valor de la renta diaria contratada, por cada día que permanezca hospitalizado en su domicilio, bajo supervisión diaria de cualquiera de los integrantes del grupo interdisciplinario de la salud (médico, enfermera y/o terapeuta, etc.), con un diagnóstico específico, que no corresponda a una enfermedad crónica (epoc - enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades neurológicas, úlceras por decúbito, insuficiencia venosa, etc), que no exceda los 8 días por vigencia.

Este amparo se otorga a la mujer embarazada al momento del parto (normal o por cesárea), con máximo tres (3) días de estancia hospitalaria, siempre y cuando dicho embarazo haya iniciado por lo menos con treinta (30) días después del ingreso a la presente póliza.

AMPARO DE RENTA POST-HOSPITALARIA

SURA PAGARÁ AL ASEGURADO, POR CADA DÍA QUE LA PERSONA ASEGURADA SE ENCUENTRE RECLUIDA EN SU DOMICILIO TRAS HABER PERMANECIDO INGRESADA EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA O CLÍNICA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O UN PADECIMIENTO NO PREEXISTENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO, POR UN PERIODO MÁXIMO DE 8 DÍAS. MÁXIMO 2 EVENTOS AL AÑO.

1.1.1.EXCLUSIONES

APLICAN LAS MISMAS DE LA COBERTURA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

AMPARO DE TRATAMIENTO O CIRUGÍA AMBULATORIA (PAGO ÚNICO)

EN CASO DE QUE AL ASEGURADO LE SEA PRACTICADA UNA CIRUGÍA AMBULATORIA O TRATAMIENTO AMBULATORIO EN UNA CLÍNICA U HOSPITAL, PROCEDIMIENTO QUE NO SUPERE LAS 24 HORAS, SURA LE PAGARA AL ASEGURADO EL MONTO ESTIPULADO Y CONTRATADO EN LA PÓLIZA EN FORMA DE PAGO ÚNICO. MÁXIMO 2 EVENTOS AL AÑO.

1.1.1.EXCLUSIONES

ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DE RENTA DIARIA PO HOSPITALIZACIÓN, SE EXCLUYE:

- ENFERMEDADES CONGÉNITAS.
- TRATAMIENTOS O CIRUGÍAS ODONTOLÓGICAS.
- TRATAMIENTOS O CIRUGÍAS DE FERTILIDAD Y ESTERILIDAD.
- TRATAMIENTOS Y CIRUGÍAS ESTÉTICAS.
- TRATAMIENTOS AMBULATORIOS VISUALES.

AMPARO INCAPACIDAD POST- TRATAMIENTO O CIRUGÍA AMBULATORIA

SI A CONSECUENCIA DE UNA CIRUGÍA O TRATAMIENTO AMBULATORIO SE LE DICTAMINA AL ASEGURADO UNA INCAPACIDAD TEMPORAL, SURA PAGARA AL ASEGURADO EL MONTO CONTRATADO EN LA PÓLIZA HASTA POR 8 DÍAS. MÁXIMO 2 EVENTOS AL AÑO.

1.1.1.EXCLUSIONES

ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN, SE EXCLUYE:

- ENFERMEDADES CONGÉNITAS.
- TRATAMIENTOS O CIRUGÍAS ODONTOLÓGICAS.
- TRATAMIENTOS O CIRUGÍAS DE FERTILIDAD Y ESTERILIDAD.
- TRATAMIENTOS Y CIRUGÍAS ESTÉTICAS.
- TRATAMIENTOS AMBULATORIOS VISUALES.

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA PARA LOS AMPAROS ANTERIORES

La edad mínima de ingreso a esta póliza, para el asegurado principal y/o su cónyuge, es de dieciocho (18) años cumplidos; la edad máxima de ingreso es de sesenta y cuatro (64) años y 364 días, con permanencia hasta los sesenta y nueve (69) años y 364 días. La edad mínima de ingreso a esta póliza, para los hijos asegurados es de un (1) año cumplido; la edad máxima de ingreso se establece en los sesenta y cuatro (64) años y 364 días con permanencia hasta los sesenta y nueve (69) años y 364 días.

ANEXO ASISTENCIA CONSULTA MÉDICA DOMICILIARIA

En caso que el beneficiario requiera de una visita al domicilio por parte de un profesional de la salud, SURA pondrá a su disposición un médico general para que adelante la consulta en su domicilio, oficina o lugar donde se encuentre el asegurado. Este servicio se prestará previa autorización del médico del call center adscrito a SURA.

EXCLUSIONES

- Estos servicios serán prestados por emergencia.
- No incluyen asistencia a enfermedades paliativas
- Los servicios serán prestados dentro del perímetro urbano de las ciudades principales de departamento.

LIMITACIONES

Número de evento: 2 eventos al año al año
Monto límite de evento: \$50.000

Ámbito Territorial

Esta asistencia se prestará a nivel nacional en las siguientes ciudades principales: Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Cartagena, Cúcuta, Bucaramanga, Soacha, Santa Marta, Pereira, Manizales y Tunja.

En caso de no tomar el servicio se realizara un reembolso hasta máximo \$ 50.000, lo anterior presentando evidencia valida y certificada del médico tratante.

ANEXO ASISTENCIA AMBULANCIA BÁSICA PERÍMETRO URBANO

En virtud del presente anexo, SURA a través de la compañía de asistencia que designe, prestará los servicios de ambulancia básica perímetro urbano, en caso que el asegurado y/o

beneficiario requiera un traslado médico terrestre de emergencia dentro del perímetro urbano de su ciudad de residencia como consecuencia de una lesión súbita o traumatismo, que constituya una emergencia vital y que requiera un traslado médico en ambulancia, se coordinará y hará seguimiento hasta el arribo de unidades médicas para trasladar al beneficiario hasta el centro médico asistencial más cercano, lo anterior de acuerdo con los términos y condiciones consignadas en el presente anexo.

Este servicio se prestará previa autorización del médico del call center adscrito a SURA.

EXCLUSIONES

No son objeto de la cobertura de asistencia los siguientes hechos:

- a) Traslados fuera del perímetro urbano de la ciudad de residencia del asegurado/beneficiario.
- b) No incluye traslados intrahospitalarias
- c) No incluye horas de espera.
- d) No incluyen asistencia a enfermedades paliativas

LIMITACIONES

Numero de eventos por vigencia: 2 eventos al año
Monto límite de evento: \$200.000

Ámbito Territorial

Esta asistencia se prestará a nivel nacional en las siguientes ciudades principales: Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Cartagena, Cúcuta, Bucaramanga, Soacha, Santa Marta, Pereira, Manizales y Tunja.

En caso de no tomar el servicio se realizara un reembolso hasta máximo \$ 200.000, lo anterior presentando evidencia valida y certificada de haber tomado el servicio de ambulancia.

CONDICIONES PARTICULARES APLICABLES A LA POLIZA

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Se acepta designación de beneficiarios a una entidad fiduciaria del seguro, para aquellos casos en los que el asegurado desee que esta entidad le maneje el valor de la indemnización para el estudio de sus hijos, haciendo salvedad que SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. no asume responsabilidad de responder por el manejo de esos dineros en esa eventualidad.

VIGENCIA

La vigencia de la póliza inicia a partir de las 0:00 horas del primer día del mes en que se efectúa el primer descuento. La vigencia será anual de renovación automática, salvo que la compañía, el asegurado o el tomador manifiesten con diez (10) días de antelación y por escrito su intención de no renovar

TERMINACIÓN DEL CONTRATO

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

1. Por falta de pago de la prima, una vez vencido el período de gracia.
2. Cuando el Asegurado, por escrito, solicite su exclusión del seguro, con excepción de las pólizas de Grupo Deudores.
3. A la terminación o revocación del contrato de seguro.
4. Al vencimiento de la póliza si ésta no se renueva.

EDADES DE INGRESO Y DE PERMANENCIA PARA TODOS LOS AMPAROS EN EL PLAN DE PROGENITORES

Para el plan de progenitores se establece La edad máxima de ingreso en la póliza en cincuenta y nueve años (59) años y 364 días con permanencia Hasta los setenta y nueve (79) años y 364 días.

En caso de solicitar alguna de las asistencias otorgadas el asegurado se podrá comunicar a las siguientes líneas telefónicas:
LÍNEA NACIONAL GRATUITA: 018000112772 - DESDE SU CELULAR #772 - EN BOGOTÁ: 6118772

