

Valledupar, agosto 12 de 2022

Señores

JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO DE VALLEDUPAR
E.S.D

Referencia: VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL

Demandante: LILIANA DEL PILAR MAYA Y OTROS

Demandado: SEGUROS DE VIDA ALFA S.A

Radicado: 20001-31-03-003-001-2019-00225-00

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

MARCOS DANIEL HERRERA GUTIERREZ, mayor, identificado civil y profesionalmente como aparece al pie de mi correspondiente firma, actuando en calidad de apoderado de SEGUROS DE VIDA ALFA S.A, sociedad demandada dentro del proceso de la referencia, con el fin de manifestarle que por medio del presente escrito procedo a dar contestación de la reforma de la demanda presentada por LILIANA DEL PILAR MAYA Y OTROS.

I. IDENTIFICACIÓN Y UBICACIÓN DE LA ASEGURADORA

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., identificada con NIT. 86050367-3, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, Av. Calle 24 A N° 59 - 42 Torre 4 piso 4. la aseguradora en mención se encuentra representada legalmente por el Dr. GUSTAVO TRUJILLO ALVAREZ.

II. IDENTIFICACIÓN Y UBICACIÓN DEL APODERADO

Actúa en calidad de apoderada judicial de SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., sociedad demandada, **MARCOS DANIEL HERRERA GUTIERREZ**, identificado con C.C. N° 1.143.162.081 de Barranquilla, y T.P. N° 372.892 C. S. de la J, domiciliado en la ciudad de Barranquilla, Calle 77B No.59-61, Oficina Centro Empresarial Las Americas II, oficina 907, y correo electrónico: marcos.herrera@juridicaribe.com y notificaciones@juridicaribe.com

III. PRONUNCIAMIENTO EXPRESO SOBRE LOS HECHOS DE LA DEMANDA

PRIMERO. Frente a este hecho nos pronunciaremos de la siguiente manera:



JURIDICARIBE

- Es cierto que, el Banco Bogotá tomó la póliza de protección familiar integral VGE-52, en favor de la senara Liliana del Pilar Maya, a través de certificado de seguro N° 3350.
- No es cierto que, el valor asegurado inicialmente haya sido de \$ 74.763.003, como quiera que el mencionado valor, a la fecha en que se expidió la póliza era de \$50.000.000, y se ha ido actualizando anualmente, de conformidad al IPC.
- Es cierto que, dentro de los amparos de la póliza de protección familiar integral VGE-5, con certificado 3350 se encuentra el amparo muerte, para el asegurado principal y cónyuge; sin embargo, es importante precisar que este opera siempre que se den condiciones del contrato de seguro. Aspecto que no se cumple en el presente proceso, en atención a la configuración de la prescripción de las acciones.

SEGUNDO. Es cierto que la senara LILIANA DEL PILAR MAYA, ingresó al contrato de seguro a través del certificado Individual 3350; sin embargo, no es cierto que, el señor Enrique Jame Bracho (O.E.P.D), se encuentre asegurado con el certificado 3805, comoquiera que este fue expedido por la compañía en el año 2002, pero fue cancelado por falta de pago de la prima.

TERCERO. Frente a este hecho nos pronunciaremos de la siguiente manera:

- No es cierto que, la senara LILIANA DEL PILAR MAYA sea titular de la póliza adquirida a través del certificado N° 3806. Tal y como se indicó en precedencia, la senara MAYA, se encuentra como asegurada principal de la póliza de protección familiar integral VGE-5, UNICAMENTE bajo el certificado 3350, el cual se encuentra vigente a la fecha, en el entendido que ésta ha venido cancelando las primas.
- Es cierto que, en el seguro adquirido por la señora LILIANA DEL PILAR MAYA, incluyo como beneficiarios a su cónyuge, madre, y dos hijos; sin embargo, es importante precisar que para la póliza vigente a la fecha del siniestro (31 de agosto de 2014), dichos porcentajes hablan sido modificados por la asegurada.

CUARTO. No es cierto lo indicado por el apoderado judicial de la parte demandante, comoquiera que la póliza de protección familiar integral VGE-5, con certificado 3805, para la fecha 31 de agosto de 2014, es decir tiempo en que ocurrió el siniestro, no se encontraba vigente.



Indicando lo anterior, que los hijos del señor ENRIQUE JAIME BRACHO (Q.E.P.D), no se encuentran legitimados para pretender el pago de algún valor a su favor, ya que esa póliza no existe.

Para que opere o se pueda afectar la póliza de seguro se deben cumplir las condiciones del contrato de seguro. La primera de ellas es que exista un contrato de seguro, pero como se ha dicho, el seguro con certificado 3805 en el cual se encontraba como asegurado principal el señor ENRIQUE JAIME BRACHO (Q.E.P.D), inició vigencia el día 19/04/2002, pero no continua con la misma por el NO PAGO de primas.

QUINTO. Tenido en cuenta que el apoderado judicial en este numeral realiza varias afirmaciones, es necesario pronunciamos de la siguiente manera:

- No es cierto que las pólizas con certificado 3805 a la fecha se encuentren vigente, ya que el asegurado NO PAGÓ las primas y de conformidad a lo establecido en el artículo 1066 del Código de Comercio, ello constituye terminación del contrato.
- A la fecha el único certificado que se ha encontrado al día y vigente es el 3350, cuya asegurada principal es la señora LILIANA DEL PILAR MAYA, a quien se le ha venido descontado el valor de la prima mensualmente desde su nómina.

SEXTO. No es un hecho que se pueda afirmar o negar por parte de SEGUROS DE VIDA ALFA S.A; sin embargo, dentro de los documentos obrantes en el expediente se encuentra el certificado de defunción del señor ENRIQUE JAIME BRITO (Q.E.P.D).

La situación deberá ser analizada de forma concreta por el despacho, por ende, nos atenemos a lo que resulte probado dentro del proceso, frente a lo señalado en el presente hecho.

SEPTIMO. Es cierto que de conformidad a las condiciones del contrato de seguro suscrito con SEGUROS DE VIDA ALFA S.A, a la señora LILIANA DEL PILAR MAYA le nació el derecho de reclamar ante la compañía aseguradora el monto del valor asegurado para la fecha de la vigencia del seguro, y ocurrencia del siniestro.

No obstante, lo anterior, este derecho lo perdió la señora LILIANA DEL PILAR MAYA, al no ejercerlo dentro del tiempo establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio, es decir, en el plazo de 02 años contados a partir de la muerte del señor ENRIQUE JAIME BRACHO, en especial, al ser ésta la asegurada principal del seguro que pretende reclamar con la presente demanda.



OCTAVO. No es cierto lo indicado por la parte demandante, por las siguientes razones a saber:

- No es cierto que les asista derecho a los demandantes de reclamar ante la compañía el pago del contrato de seguro identificado con certificado N° 3805, como quiera que este no se encuentra vigente desde el año 2002, es decir que, para la fecha del siniestro 31 de agosto de 2014, ESE SEGURO NO EXISTIA, dada su terminación por NO PAGO DE PRIMAS.
- Por lo anterior, no es cierto que los seriarios ENRIQUE DAVID BRACHO y LILIANA BRACHO MAYA, se encontraban como beneficiarios de la póliza bajo certificado 3805.

Mal hace entonces la apoderada judicial iniciar un proceso en el que figure como demandante los señores ENRIQUE DAVID BRACHO y LILIANA BRACHO MAYA, como quiera que estos no se encuentran legitimados para inhibir ninguna acción con ocasión al contrato de seguro antes descrito.

NOVENO. No es cierto lo indicado en el este hecho, por las siguientes razones:

- La señora LILIANA DEL PILAR MAYA, si bien se encuentra como asegurada principal del seguro con certificado 3350, no es menos cierto que frente a estos perdió la oportunidad de ejercer su derecho, ya que han transcurridos más de dos años desde la ocurrencia del siniestro. En ese entendido, se encuentra configurada la prescripción ordinaria del contrato de seguro.
- Los señores ENRIQUE DAVID BRACHO y LILIANA BRACHO MAYA, no se encontraban como beneficiarios de la póliza bajo certificado 3805, ya que este seguro NO EXISTE DESDE EL AÑO 2002.

DECIMO. A SEGUROS DE VIDA ALFA S.A, no le consta lo señalado en el hecho.

No obstante, lo anterior, es pertinente llamar la atención del despacho en el sentido que, la señora LILIANA DEL PILAR MAYA afirma que tuvo conocimiento de las pólizas cuando un día se encontraba haciendo labores del hogar. Sin embargo, por varios años ha sido la asegurada principal del contrato de seguro con certificado 3350, y se ha descontado de su nómina el valor de las primas.

Luego entonces, como es posible que adquiriera un contrato de seguro y no lo recuerde o, peor aún, que mensualmente le descuenten un dinero a fin de cancelar las primas del seguro, y alegue que no tenía conocimiento de la póliza.



DECIMO PRIMERO. No es cierto lo indicado por la parte demandante.

Lo cierto es que el término de prescripción que le corre al señor LILIANA DEL PILAR MAYA no es de 5 años como lo pretende hacer creer la apoderada judicial de la parte demandante. Como bien es sabido por la norma (artículo 1081 del C.CO), la jurisprudencia y doctrina, la prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

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

En este caso, la señora LILIANA DEL PILAR MA YA, como asegurada principal del contrato de seguro, a partir que tuvo conocimiento del fallecimiento de su esposo, es decir en fecha 31 de agosto de 2014, tuvo dos años para iniciar las gestiones tendientes para que SEGUROS DE VIDA ALFA S.A cancelara a su favor los valores asegurados para la fecha del siniestro.

A pesar de lo anterior, la señora LILIANA DEL PILAR solo presentó reclamación solicitando indemnización en fecha 26 de marzo de 2019, es decir cuando ya habían transcurridos más de dos años, configurándose indiscutiblemente la prescripción.

DECIMO SEGUNDO. Es cierto que SEGUROS DE VIDA ALFA S.A, objetó la reclamación presentada por la señora LILIANA DEL PILAR MAYA, como quiera que, indiscutiblemente en el caso objeto de estudio opero el fenómeno de la prescripción.

DECIMO TERCERO. No es cierto lo indicado por la apoderada judicial de la parte demandante. La interpretación de la norma, la jurisprudencia y doctrina es errada, ya que la Corte Suprema de Justicia en varios pronunciamientos ha sido clara frente a la explicación o interpretación que se debe dar al artículo 1081 del Código de Comercio.

En su oportunidad se relacionará sentencia reciente de la corporación en la cual se precisa como opera la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro.

DECIMO CUARTO. SEGUROS DE VIDA ALFA S, A, se obtendrá de pronunciarse frente este hecho, ya que se trata de apreciaciones subjetivas de la parte demandante.

DECIMO QUINTO. No es cierto lo indicado en este numeral. Tal y como se ha mencionado con anterioridad, para la vigencia del seguro con certificado 3805 NO EXISTE desde el año 2002, por incumplimiento en el pago de las primas.



JURIDICARIBE

La compañía aseguradora objeto la reclamación que la senara LILIANA DEL PILAR MAYA, con ocasión a la póliza vigente para la fecha del siniestro, es decir 31 de agosto de 2014.

IV. PRONUNCIAMIENTO EXPRESO SOBRE LAS PRETENSIONES

a) DECLARATIVAS

PRIMERA. Nos oponemos al reconocimiento de esta pretensión por las razones que procederemos a exponer en el acápite de “EXCEPCIONES”. En particular, porque en el caso que nos ocupa se encuentran prescritas las acciones derivadas del contrato de seguro.

b) CONDENAS

SEGUNDA. Nos oponemos al reconocimiento de esta pretensión por las razones que procederemos a exponer en el acápite de “EXCEPCIONES”. En particular, porque en el caso que nos ocupa, Seguros de Vida Alfa S.A, no ha incumplido obligaciones con ocasión al contrato de seguro. Por el contrario, la señora LILIANA DEL PILAR MAYA, no ejerció su derecho en la oportunidad legal, y ahora pretende iniciar un proceso en contra de mi apoderada alegando hechos imprecisos.

TERCERA. Nos oponemos al reconocimiento de esta pretensión por las razones que procederemos a exponer en el acápite de “EXCEPCIONES”. En particular, el que impide la afectación de la póliza expedida consistente en que, el señor ENRIQUE DAVID BRACHO MAYA no se encontraba como beneficiario de la póliza con certificado 3805 para la fecha de fallecimiento del señor ENRIQUE JAIME BRACHO (Q.E.P.D)

CUARTA. Nos oponemos al reconocimiento de esta pretensión por las razones que procederemos a exponer en el acápite de “EXCEPCIONES”. En particular, el que impide la afectación de la póliza expedida consistente en que, la joven LILIANA BRACHO MAYA no se encontraba como beneficiario de la póliza con certificado 3805 para la fecha de fallecimiento del señor ENRIQUE JAIME BRACHO (Q.E.P.D)

QUINTA. Nos oponemos al reconocimiento de esta pretensión por las razones a exponer en el acápite de “EXCEPCIONES”. En particular resulta improcedente el reconocimiento de esta petición en el entendido que no existe cobertura de la póliza de protección familiar integral VGE-5. En ese orden, no se puede cancelar ningún pago de intereses moratorios a favor de la parte demandante.



SEXTA. Nos oponemos al reconocimiento de esta pretensión por las razones a exponer en el acápite de “EXCEPCIONES”. En particular resulta improcedente el reconocimiento de esta petición pues no existe cobertura de la póliza

V. EXCEPCIONES

1. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGUROS VGE-5

La prescripción ha sido definida en el ordenamiento civil, (artículo 2512 del Código Civil), “un modo de adquirir las cosas ajenas o de extinguir las acciones o derechos ajenos, por no haber poseído las cosas y no haberse ejercido dichas acciones y derechos durante cierto lapso de tiempo, y concurriendo los demás requisitos legales”.

Subsiguientemente respecto de la prescripción como medio de extinguir las acciones judiciales, señala que “la prescripción que extingue las acciones y derechos ajenos exige solamente cierto lapso durante el cual no se hayan ejercido dichas acciones. Se cuenta este tiempo desde que la obligación se haya hecho exigible”.

Por otro lado, es importante destacar que las acciones derivadas del contrato de seguros tienen un régimen de prescripción extintiva especial, cuya consagración se encuentra contenida en el artículo 1081 del Código de Comercio. La norma en comento dispone:

“ARTÍCULO 1081. <PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES>. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

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

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

Estos términos no pueden ser modificados por las partes. (resaltado y negrita fuera del texto).”

Como puede observarse, tratándose de contrato de seguros, las acciones judiciales tienen un régimen de prescripción dual, consistente en una prescripción calificada de ordinaria y que opera en dos años, y una calificada como extraordinaria que se configura en cinco años.



La Corte Suprema de Justicia ha tenido la oportunidad de referirse en repetidas oportunidades a esta disposición, y luego de analizar las expresiones “INTERESADO” y “TODA CLASE DE PERSONAS” empleadas en los incisos 2° y 3°, respectivamente, concluye que la Prescripción Ordinaria corre contra todos los interesados, excepto los incapaces, a quienes se les aplica el término de cinco años de la Extraordinaria.

Así se evidencia con el siguiente aparte jurisprudencial tomado de la sentencia proferida el 12 de febrero de 2018, por la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia con ponencia del Dr. AROLDO WILSON QUIROZ en el expediente N° 11001-31-03-031-2002-01133-01 (una de las muchas sentencias que sobre este particular se han proferido):

“En el contrato de seguros la prescripción tiene ciertas reglas especiales, contenidas básicamente en el artículo 1081 del Código de Comercio, la cual puede ser ordinaria o extraordinaria.

La primera «será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción» (inc. 2º); mientras que la otra «será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho» (inc. 3º); términos que «no pueden ser modificados por las partes» (inc. 4º).

En torno al alcance que la jurisprudencia ha dado a las expresiones «tener conocimiento del hecho que da base a la acción» y «desde el momento en que nace el respectivo derecho», empleadas por la citada norma para las dos formas prescriptivas, reiteró la Corte en sentencia de casación civil de 12 de febrero de 2007 :

...comportan ‘una misma idea’ , esto es, que para el caso allí tratado no podían tener otra significación distinta que el conocimiento (real o presunto) de la ocurrencia del siniestro, o simplemente del acaecimiento de éste, según el caso, pues como se aseveró en tal oportunidad ‘El legislador utilizó dos locuciones distintas para expresar una misma idea’ ”. En la misma providencia esta Sala concluyó que el conocimiento real o presunto del siniestro era “el punto de partida para contabilizar el término de prescripción ordinario”, pues, como la Corte dijo en otra oportunidad , no basta el acaecimiento del hecho que da base a la acción, sino que por imperativo legal “se exige además que el titular del interés haya tenido conocimiento del mismo efectivamente, o a lo menos, debido conocer este hecho, momento a partir del cual ese término fatal que puede culminar con la extinción de la acción ‘empezará a correr’ y no antes, ni



JURIDICARIBE

después”. En suma, la regla legal aplicable en casos como el presente, dista radicalmente del planteamiento del casacionista, pues el conocimiento real o presunto del siniestro por parte del interesado en demandar, es el hito temporal que debe ser considerado para que se inicie el conteo de la prescripción ordinaria.

En compendio, el inicio del letal término sólo acontece dentro de las dos hipótesis antes explicadas, en su orden, desde el conocimiento del hecho base de la acción, o desde el momento en que nace el respectivo derecho...”

Lo anterior nos lleva a determinar una primera premisa importante para efectos de la excepción que se propone: La Corte Suprema ha decantado que el concepto de INTERESADO empleado en el inciso 2° del artículo 1081 del Código de Comercio al describir la prescripción ordinaria, cobija a todas las personas que pretendan ejercer cualquier acción derivada del contrato de seguros, salvo los incapaces, a quienes se le aplica la prescripción extraordinaria.

Aclarado lo anterior, viene ahora precisar que, el siniestro o suceso que da base a la acción del presente proceso ocurrió el 31 de agosto de 2014.

Ahora bien, en el presente asunto existen dos certificados de pólizas que se pretenden afectar, uno de ellos es el identificado como 3350, y el otro como 3805.

En el certificado 3350 aparece o se relaciona como asegurada principal desde la fecha de su expedición la señora LILIANA DEL PILAR MAYA.

PLAN PROTECCIÓN FAMILIA INTEGRAL

CERTIFICADO No 3350

TOMADOR: 860002964 BANCO DE BOGOTA S A

PÓLIZA No. VGE 52

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

APellidos

MAYA FORERO

Nombres

LILIANA DEL PILAR

Es decir que ésta siempre ha sido la interesada directa, ya que es la persona encargada de cancelar las primas a fin de que el seguro se mantenga vigente. De hecho, las primas que han sido canceladas a SEGUROS DE VIDA ALFA S.A, siempre han sido descontada mensualmente de la nómina de la señora LILIANA DEL PILAR. En ese



JURIDICARIBE

orden, ha tenido desde el inicio de la suscripción del contrato pleno conocimiento de su existencia, y por consiguiente de las condiciones del mismo.

Ahora bien, para que opere la prescripción ordinaria, tal y como se mencionó con anterioridad es necesario que coexistan dos circunstancias, la primera que, la señora LILIANA sea la interesada directa del contrato de seguro, aspecto que está acreditado al ser la asegurada principal; y en segundo lugar que, haya tenido conocimiento de la ocurrencia del siniestro, que para el caso concreto es la muerte del señor ENRIQUE BRACHO (Q.E.P.D).

El primer hecho queda acreditado se encuentra plenamente acreditado y, el segundo hecho, es decir momento en que tuvo conocimiento del siniestro, también queda acreditado en que fue el día 31 de agosto de 2014, fecha en que falleció el señor BRACHO.

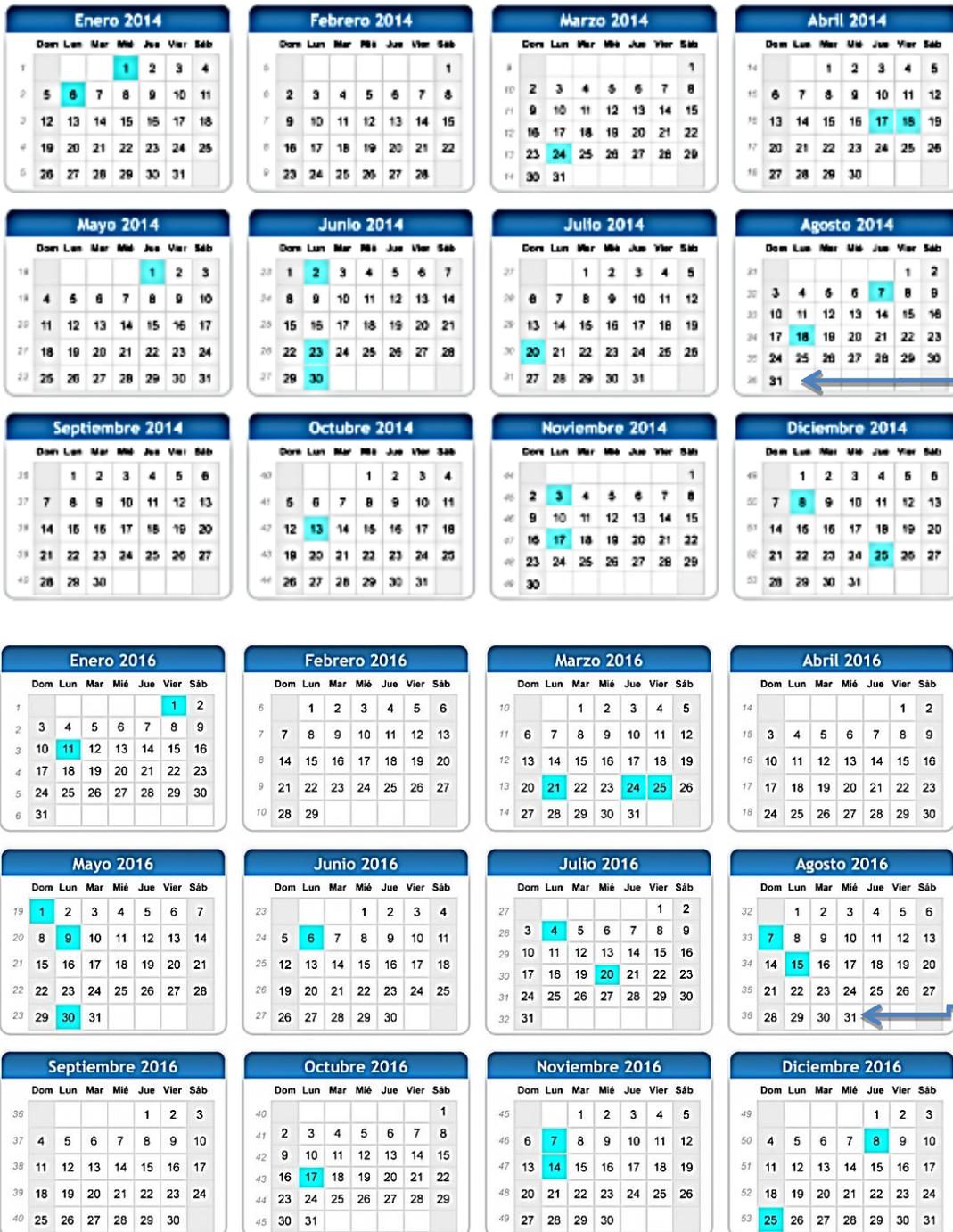
Lo anterior, en el entendido que la señora LILIANA DEL PILAR era esposa del señor ENRIQUE BRACHO (Q.E.P.D), y es apenas lógico que al convivir o sostener un matrimonio, la señora LILIANA DEL PILAR tuvo conocimiento ipso facto de la muerte del señor. Adicionalmente, en el numeral décimo cuarto de la demanda se expone que la señora LILIANA DEL PILAR vivió el duelo por la muerte de su esposo.

Luego entonces, a partir del 31 de agosto de 2014, tenía la señora LILIANA DEL PILAR MAYA, dos años para iniciar las gestiones tendientes a fin que SEGUROS DE VIDA ALFA S.A, cancelara el monto del valor asegurado de la póliza con certificado 3350 para la fecha del siniestro.

Para mayor ilustración, relacionamos la siguiente imagen:



JURIDICARIBE



31 de agosto de 2014, fecha en que fallece el señor ENRIQUE BRACHO (Q.E.P.D), ocurrencia del siniestro.

31 de agosto del 2016: Fecha en que se cumple el término de prescripción de 2 años

Luego entonces, el término para presentar demanda en contra de la Compañía de seguros venció el 31 de agosto del 2016; sin embargo, se presentó reclamación y demanda solo hasta el año 2019, cuando ya habían transcurridos casi 5 años desde la ocurrencia del siniestro.



Por otro lado, frente al certificado de la póliza VGE-52 N° 3805, es necesario poner de presente al despacho que corrió con la misma suerte del seguro anterior, ya que la muerte del asegura principal fue en fecha 31 de agosto de 2014, en consecuencia, la señora LILIANA DEL PILAR como única beneficiaria de la póliza vigente para la fecha del siniestro, tenía hasta el 31 de agosto de 2016, para iniciar todas las gestiones tendientes a fin que SEGUROS DE VIDA ALFA S.A, cancelara a su favor el monto asegurado.

Aspecto que tampoco se cumplió y solo hasta el año 2019 pretende hacer valer un derecho que perdió por no ejercerlo en el tiempo que legalmente corresponde. Y es que de otro modo no podría entenderse, como quiera que ello permitía que las personas.

2. INEFICACIA DEL CONTRATO DE SEGUROS CON CERTIFICADO INDIVIDUAL No. 3805 POR TERMINACIÓN AUTOMÁTICA

En las pretensiones de la demanda se observa que existen dos tipos de contratos que se pretenden hacer valer, por medio de los cuales se persigue una indemnización, uno de ellos es el identificado con el certificado individual de la póliza N° 3805, en el cual se alega aparecía como asegurado el señor ENRIQUE BRACHO (Q.E.P.D).

Frente al particular, es importante poner de presente al despacho que este seguro NO EXISTE, su vigencia fue muy corta ya que fue expedido en el año 2022 y fue cancelado por falta de pago de la prima de seguro.

Ello en aplicación del precepto contenido en el mencionado artículo 1066 del estatuto mercantil en armonía con el artículo 1066 ibidem. En virtud del cual el contrato de seguros celebrado se extinguió en virtud de la figura de la terminación automática derivada de la falta de pago de la prima.

Para tales efectos debemos tener en cuenta que el mencionado artículo 1066 consagra una fórmula que tiene unos presupuestos principales y otros subsidiarios. Véase.

- Art. 1066. Modificado Ley 45190 art. 81. Término para el pago de la prima. El tomador del seguro está obligado al pago de la prima. Salvo disposición legal o contractual en contrario, deberá hacerlo a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza o, si fuere el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella.

Nótese que de acuerdo con la norma transcrita el asegurado debe pagar la prima a más tardar en el plazo de un mes contado a partir de la entrega de la póliza o del certificado respectivo.



En ése sentido, si et tomador no procede al pago de la prima dentro del plazo establecido, se producirá la terminación automática del contrato de seguros, tal como lo dispone et artículo 1068 del Código de Comercio que señala

Art. 1068.-Modificado. L. 45/90, art. 82. Terminación automática del contrato de seguro. La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y .dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

Lo dispuesto en el inciso anterior deberá consignarse por parte del asegurador en la carátula de la póliza, en caracteres destacados.

Lo dispuesto en este artículo no podrá ser modificado por las partes.

Con relación a la terminación AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO por mora en el pago de la prima, ha señalado la jurisprudencia

En relación con esos desatinos debe insistirse en que, desde la modificación que el artículo 82 de la Ley 45 de 1990 le introdujo al 1068 del Código de Comercio, la terminación del contrato de seguro que sobreviene como consecuencia de la mora en el pago de la prima opera automáticamente, es decir, desde el mismo momento en que el tomador desatiende tal obligación a su cargo, toda vez que no requiere para su configuración de una manifestación de voluntad por parte del asegurador, ni de la notificación al tomador y, mucho menos, de sentencia judicial que la declare, pues tal efecto jurídico acaece de pleno derecho.

(...)Si ello es as/, como en efecto lo es, y si, como ya se analizó a espacio, el contrato de seguro termina automáticamente por mora en el pago de la prima, de conformidad con el artículo 1068 del Código de Comercio, en su versión actual, es del caso enter.der, como viene de decirse, que la convención rectora del presente debate se extinguió de esa manera el 4 de noviembre de 2004, fecha en la que debió atenderse la segunda cuota de la prima del seguro, sin que su pago se hubiere verificado, lo cual no ha sido discutido en ninguna de las instancias ni en este recurso extraordinario.



JURIDICARIBE

Obsérvese que en el sistema de la Compañía solo se registra pago de los últimos años por parte de la seriara LILIANA DEL PILAR MAYA, por el seguro 3350, pero no se reporta pago alguno que haya realizado su esposo por el seguro 3805:

| Descuentos efectivos Liliana del Pilar Maya | | | | | | | |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Mes | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| Enero | | 23.563 | 24.426 | 26.081 | 27.579 | 28.707 | 29.622 |
| Febrero | | 23.563 | 24.426 | 26.081 | 27.579 | 28.707 | 29.622 |
| Marzo | | 23.563 | 24.426 | 26.081 | 27.579 | 28.707 | 29.622 |
| Abril | | 23.563 | 24.426 | 26.081 | 27.579 | 28.707 | 29.622 |
| Mayo | 23.115 | 23.563 | 24.426 | 26.081 | 27.579 | 28.707 | 29.622 |
| Junio | 23.115 | 23.563 | 24.426 | 26.081 | 27.579 | 28.707 | 29.622 |
| Julio | 23.563 | 24.426 | 26.081 | 27.579 | 28.707 | 29.622 | 30.747 |
| Agosto | 23.563 | 24.426 | 26.081 | 27.579 | 28.707 | 29.622 | 30.747 |
| Septiembre | 23.563 | 24.426 | 26.081 | 27.579 | 28.707 | 29.622 | 30.747 |
| Octubre | 23.563 | 24.426 | 26.081 | 27.579 | 28.707 | 29.622 | |
| Noviembre | 23.563 | 24.426 | 26.081 | 27.579 | 28.707 | 29.622 | |
| Diciembre | 23.563 | 24.426 | 26.081 | 27.579 | 28.707 | 29.622 | |
| Totales | 187.608 | 287.934 | 303.042 | 321.960 | 337.716 | 349.974 | 269.973 |

Adicional a lo antes descrito. obsérvese que en la demanda solo se anexo un certificado N° 3805 con vigencia del año 2002. Es decir, en ningún aparte de los anexos se vislumbra que hayan allegado una copia de la póliza con vigencia para la fecha del siniestro 31 de agosto de 2014. Ello, en el entendido que no existe ningún certificado para el año 2014 o siguientes.

Cabe precisar además que, la parte demandante no allegó con la demanda soporte alguno de los pagos que debía realizar a la aseguradora.

Corolario de los anteriores planteamientos, se evidencia que en nuestro caso la falta de pago por parte de la asegurada del valor correspondiente a la prima, produjo la terminación automática del contrato de seguro, aspecto que también se consagró en las condiciones de la póliza expedida:

Colorario de los anteriores planteamientos, se evidencia que en nuestro caso la falta de pago por parte de la asegurada del valor correspondiente a la prima, produjo la



JURIDICARIBE

terminación automática del contrato de seguro, aspecto que también se consagró en las condiciones de la póliza expedida.

11. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

El seguro terminará en forma individual respecto de cualquiera de los integrantes del grupo asegurado, al presentarse alguna de las siguientes causas:

- a) Por falta de pago de la prima

En anterior efecto jurídico se encuentra consagrado en el artículo 1068 del código de comercio (norma de carácter imperativo) que contempla la terminación automática del contrato de seguros en los siguientes términos:

MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA. ART. 1068.-Modificado. L. 45190, art. 82. Terminación automática del contrato de seguro. La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

Lo dispuesto en el inciso anterior deberá consignarse por parte del asegurador en la carátula de la póliza, en caracteres destacados.

Lo dispuesto en este artículo no podrá ser modificado por las partes.

De acuerdo a los anteriores planteamientos, se evidencia que en nuestro caso la falta de pago por parte del asegurado del valor correspondiente a la prima y así mismo a la prima por la renovación de la póliza dentro del mes siguiente al inicio de la vigencia, generaron la terminación automática del contrato de seguros recientemente renovado.

Así mismo, en la reforma de la demanda allegada, la parte actora pretender incluir unos comprobantes de descuento de nómina, y puede observarse en dichos descuentos, como el valor que se le descuenta a la señora LILIANA MAYA, corresponde al mismo valor que se encuentra en el valor de la prima No. 3850 expedida por la compañía aseguradora, lo que quiere decir, que no puede pretender la demandante afectar una póliza como lo es la 3805 expedida por la compañía, y que fue cancelada por falta de pago en la prima del seguro.

| Banco de Bogotá | | COMPROBANTE DE PAGO DE NOMINA | | Banco de Bogotá | | COMPROBANTE DE PAGO DE NOMINA | |
|--|--------------------|-------------------------------|------------|--|--------------------|-------------------------------|--|
| NIT. 860.002.964-4 | | | | | | | |
| Periodo de Pago 01-AUG-2015 A 15-AUG-2015 | Comprobante No. 1 | Página 1 | | Periodo de Pago 01-AUG-2015 A 15-AUG-2015 | Comprobante No. 1 | | |
| Centro de Costo 1.12.7.3.10.0 | 0628 OF VALLEDUPAR | 628 OF VALLEDUPAR | | Centro de Costo 1.12.7.3.10.0 | 0628 OF VALLEDUPAR | | |
| Nombre LILIANA DEL PILAR MAYA FORERO | C.C. No. 49743089 | | | Nombre LILIANA DEL PILAR MAYA FORERO | C.C. No. 49743089 | | |
| PAGOS | VALOR | DESCUENTO | VALOR | Firma del Empleado CONSIGNADO EN LA CUENTA AHO No.628335176 | | | |
| SUELDO BASICO | 720,802.00 | CAPITAL PRESTAMO VIVI | 287,550.00 | C.C. No. De | | | |
| AUX. EXTRALEGAL DE TRA | 74,000.00 | INTERESES VIVIENDA ME | 771.00 | | | | |
| SUBS. EXTRAL. TRANSPOF | 9,849.00 | SEGURO DE VIDA ALFA | 65,902.00 | | | | |
| PRIMA DE RESIDENCIA | 750.00 | FEBS COOP | 72,080.00 | | | | |
| INT. FONDO EMPLEADOS | 384,409.00 | ACEB NACIONAL | 5,766.00 | | | | |
| | | ACEB SECCIONALES | 8,650.00 | | | | |



Nótese el valor de la prima, es el mismo correspondiente a la póliza 3850. En ese sentido, no existe la legitimación en la causa por activa, de acuerdo a como se procede a explicarlo a continuación.

FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA DE LOS SEÑORES ENRIQUE BRACHO MAYA Y LILIANA BRACHO MAYA

La legitimación en la causa es un concepto procesal que ha sido entendido de diferentes formas por nuestros procesalistas, evidenciándose principalmente dos grupos: quienes la consideran un presupuesto formal de modo tal que ante la falta de legitimación se hace necesario proferir fallo inhibitorio; y quienes lo consideran un presupuesto sustancial, de modo que solo aquel a quien se le reconozca la titularidad del derecho tiene legitimación en la causa. En esta segunda modalidad, la legitimación en la causa es un presupuesto indispensable para obtener una decisión favorable.

En los procesos civiles, laborales y contencioso-administrativos, esa condición o cualidad que constituye la legitimación en la causa, se refiere a la relación sustancial que se pretende que existe entre las partes del proceso y el interés sustancial en litigio o que es el objeto de la decisión reclamada. Se puede tener la legitimación en la causa: pero no el derecho sustancial pretendido.

Creemos que se precisa mejor la naturaleza de esa condición o calidad o idoneidad; así en los procesos contenciosos, la legitimación en la causa consiste, respecto del demandante, en ser la persona que de conformidad con la ley sustancial está legitimada para que por sentencia de fondo o mérito se resuelva si existe o no el derecho o la relación jurídica sustancial pretendida en la demanda. 6 (se subraya).

Conforme a esta última posición está legitimado en la causa aquel sujeto de derecho que es titular de una relación jurídica sustancial y que, en consecuencia, está facultado para exigir el cumplimiento de la prestación, o de oponerse a dicha pretensión.

Desde este punto de vista, siendo la legitimación en la causa un requisito indispensable para la obtención de sentencia favorable, si la acción es ejercida por quien carezca de esta facultad, su pretensión no prosperará.

En el presente asunto, se relacionan como demandantes los señores ENRIQUE BRACHO MAYA y



JURIDICARIBE

LILIANA BRACHO MAYA, actuando como beneficiarios del contrato de seguro con certificado N° 3805, y pretendiendo el pago del supuesto porcentaje que le corresponde del valor asegurado por el amparo de muerte.

Frente a lo anterior, es importante poner de presente al despacho que éstos cuentan con falta de legitimación en la causa por activa, como quiera que el contrato NO SE ENCONTRARA VIGENTE para la fecha del siniestro. En ese orden, solo estarla en debate el contrato con el certificado 3350, del cual es asegurada principal la señora LILIANA DEL PILAR MAYA, y como única beneficiaria por muerte de su cónyuge de conformidad al amparo de la póliza.

En efecto, se debe tener en cuenta que si bien los demandantes ENRIQUE BRACHO MAYA y LILIANA BRACHO MAYA, cuando se expidió por primera vez el certificado 3805, aparecieron como beneficiario, no es menos cierto que a la fecha de la muerte del señor ya NO TENIA VIGENCIA EL CONTRATO.

Los demandantes antes descritos se encuentran dentro de un proceso en el que no tienen ningún interés legítimo, ingresaron alegando la existencia sobre un contrato que dejo de existir desde el año 2002.

De acuerdo con el planteamiento realizado en la excepción anterior, se colige la improcedencia de la demanda en contra de SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.

IMPROCEDENCIA DE RECONOCIMIENTO DE INTERESES A FAVOR DE LOS DEMANDANTES

De conformidad a lo que se avizora en la demanda, y las situaciones fácticas y jurídicas que constituyen el presente proceso, es improcedente el reconocimiento y pago de intereses moratorias a favor de los demandantes.

A lo largo del presente escrito, se han plasmado suficientes argumentos que impiden el reconocimiento y pago de cualquier monto a favor de los demandantes, en atención a que no cumple con las condiciones del contrato de seguro para acceder al amparo pretendido, en especial, porque se encuentran prescritas las acciones derivadas del contrato de seguro.

En ese orden, no le asiste ninguna obligación a SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. frente a los demandantes, por ello cualquier pago pretendido con ocasión a los certificados 3350 y 3805 de la póliza de protección familiar integral VGE-52, es improcedente e indiscutiblemente deberá ser negado.



Para mayor ilustración, se relaciona el artículo 1080 del Código de Comercio, el cual expone en que momento o bajo qué condiciones las personas tienen derecho al pago de intereses moratorios con ocasión a la expedición de una póliza de seguro.

Así lo establece el código de Comercio en su artículo 1080:

ARTICULO 1080. PLAZO PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN E INTERESES MORA TORIOS. El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de effa, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad.

El contrato de reaseguro no varía el contrato de seguro celebrado entre tomador y asegurador, y la oportunidad en el pago de éste, en caso de siniestro, no podrá diferirse a pretexto del reaseguro.

El asegurado o el beneficiario tendrán derecho a demandar, en lugar de los intereses a que se refiere el inciso anterior <inciso primero original del artículo>, la indemnización de perjuicios causados por la mora del asegurador.

Como bien se explica en el artículo antes transcrito, solo hasta tanto el asegurado o beneficiario acredite su derecho ante el asegurador y vencido el plazo de un mes, podría verse avocada la compañía de seguros al pago de intereses moratorios. Sin embargo, en el caso concreto es preciso indicar que el derecho que persigue los hoy demandantes, no ha sido acreditado, es por ello que frente a la petición del reconocimiento de pago de intereses moratorios presentamos nuestra oposición, ya que, hasta tanto se declare -en un caso remoto- la existencia del derecho en cabeza de los demandantes, y por ende la obligación de pago, NO existe para SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. obligación alguna frente a LILIANA DEL PILAR MAYA, ENRIQUE BRACHO Y LILIANA BRACHO MAYA.

IMPROCEDENCIA DE RECONOCIMIENTO Y PAGO DEL AUXILIO TRIMESTRAL PARA EDUCACIÓN



JURIDICARIBE

Como se puede colegir en la demanda, la señora LILIANA DEL PILAR MAYA pretende que SEGUROS DE VIDA ALFAS.A cancele a su favor el amparo de auxilio trimestral que se relaciona en la póliza.

Frente al particular tenemos que este tipo de amparo si bien proceden cuando haya muerte o incapacidad total y permanente, no es menos cierto que en el caso objeto de estudio es improcedente su afectación, dada la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro.

En ese sentido, muy respetuosamente se solicita al despacho tener como probada la presente excepción.

1.4 AUXILIO PARA EDUCACIÓN

EN EL EVENTO DE MUERTE E INCAPACIDAD TOTAL V PERMANENTE. LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ A LOS BENEFICIARIOS O AL ASEGURADO SEGÚN SEA EL CASO, DE MANERA ADICIONAL AL AMPARO BÁSICO, EL VALOR CONTRATADO EN LA SOLICITUD CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO. EN FORMA TRIMESTRAL Y HASTA POR EL PERIODO INDICADO, PARA ESTE AMPARO. CON EL FIN DE CONTRIBUIR AL PAGO DE LA EDUCACION DE LOS HIJOS.

Adicionalmente, este tipo de amparos nace con el objetivo de auxiliar a la madre o padre por determinado tiempo con el fin que se contribuya a la educación de los hijos, es decir su naturaleza tiene un sentido u objetivo específico.

En el caso objeto de estudio no se ve acreditado que la señora LILIANA DEL PILAR MAYA tenga hijos que se encuentren ejerciendo sus estudios, y que se requiera el determinado amparo. Es decir, no se acredita que el auxilio sea necesario a fin de que se cumpla el objeto para el cual está diseñado

En las condiciones de la póliza se muestra con claridad que para acceder a dicho amparo cuando se tenga hijos es NECESARIO presentar como soporte el documento de la institución educativa donde se acredite que sus hijos se encuentran cursando o que cursaran sus estudios, tal como se evidencia a continuación:

Los gastos para educación, se pagarán a los beneficiarios o al asegurado trimestralmente, de acuerdo con el plan. Escogido en la solicitud certificado individual de seguro, presentando como soporte documento de la institución educativa donde cursa o cursará sus estudios. En caso de no tener hijos que puedan ser beneficiarios de este amparo, el

Luego entonces, no basta estar asegurado para que exista cobertura, pues en estricto sentido se debe cumplir con las condiciones del contra de seguro.

Por lo antes narrado, es improcedente el reconocimiento y pago de este concepto a favor de la señora LILIANA DEL PILAR MAYA.

VALOR ASEGURADO COMO LIMITE DE LA RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA

Solicitamos al señor Juez se tenga en cuenta los límites contractuales que delimitan la

responsabilidad de la sociedad SEGUROS DE VIDA ALFA S.A frente a la asunción de los riesgos asegurados, y entre los cuales nos permitimos destacar el consistente en el que el valor asegurado representa el máximo de responsabilidad a cargo de la compañía de seguros.

En efecto conforme a lo establecido por el artículo 1079 del Código de Comercio, la responsabilidad de la aseguradora no puede ir más allá del valor asegurado, por lo que en el hipotético evento de una condena debe tenerse dicho monto como el límite máximo a cargo de la compañía de seguros.

La norma en comento es del siguiente tenor literal:

Artículo: 1079. El asegurador no estará obligado a responder si no hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1074.

En todo caso su señoría el valor indemnizado no debe superar el valor que se encontraba vigente para la fecha de ocurrencia del siniestro, ya que ese era el que se encontraba amparado por la compañía aseguradora.

En el caso que nos ocupa, tenemos que la señora LILIANA DEL PILAR MAYA, pretende el pago por monto de \$74.763.003, teniendo en cuenta el monto vigente de la póliza para el año 2018-2019.

SOLICITUD CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA

PLAN PROTECCIÓN FAMILIA INTEGRAL **CERTIFICADO No 3350**

TOMADOR: 860002964 BANCO DE BOGOTA S A **PÓLIZA No. VGE 52**


seguros de vida alfa s.a.
NIT. 860 503 817-3

VIGENCIA CERTIFICADO INDIVIDUAL
desde 00:00

| | |
|-----|----|
| Die | 01 |
| Mes | 07 |
| Año | 14 |

| | |
|------|-------|
| HORA | 23:59 |
| Die | 01 |
| Mes | 07 |
| Año | 15 |

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

| | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------------|----------------------------|--|
| APELLIDOS MAYA FORERO | | NOMBRES LILIANA DEL PILAR | | C.C. No. 49743089 |
| DIRECCIÓN CL 7 # 19 E 07 | | CIUDAD VALLEDUPAR | TELÉFONO 5843317 | CELULAR <input type="checkbox"/> |
| FECHA DE NACIMIENTO 05 10 1967 | OCCUPACIÓN CAJERO | | | |
| SEXO <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | |

| COBERTURAS | VALORES ASEGURADOS | | | | | | | |
|--|--------------------|---------------------|------|------------|------|-------|------|--------|
| | PLAN | ASEGURADO PRINCIPAL | PLAN | CONYUGE | PLAN | HIJOS | PLAN | PADRES |
| VIDA Y ACCIDENTES | | | | | | | | |
| VALIERTE | 4 | 61,367,284 | 4 | 61,367,284 | | | | |
| INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR CUALQUIER CAUSA | 4 | 61,367,284 | 4 | 61,367,284 | | | | |

No obstante, lo anterior, es importante precisar que la pretensión o aseveración de la parte demandante, es errada frente al único contrato vigente para la fecha, ya que el valor asegurado del asegurado N° 3350, es de \$61.367.284.

PRUEBAS

Documentales

Solicitamos que se tengan como pruebas las documentales aportadas al proceso y las que a continuación relacionaremos:

- Condiciones particulares de la póliza expedida SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.
- Certificado de la póliza con certificado No. 3350 vigente para la fecha 31 de agosto de 20145

Interrogatorio de parte

- Solicitamos al señor juez se sirva citar al demandante LILIANA DEL PILAR MAYA, para que en la audiencia que disponga el despacho respondan las preguntas que les formularé en relación con los hechos objeto de debate dentro de este proceso. El demandante puede ser ubicada en la dirección señalada en el libelo de la demanda o a través de su apoderado judicial. A su vez podrá ser notificada en la siguiente dirección: Calle 7 N° 19e-01 Barrio la Esperanza de Valledupar - Cesar.
- Solicitamos al señor juez se sirva citar al demandante ENRIQUE BRACHO MAYA, para que en la audiencia que disponga el despacho respondan las preguntas que les formularé en relación con los hechos objeto de debate dentro de este proceso. El demandante puede ser ubicada en la dirección señalada en el libelo de la demanda o a través de su apoderado judicial.



JURIDICARIBE

A su vez podrá ser notificado en la siguiente dirección: Calle 7 N° 19e-01
Barrio la Esperanza de Valledupar - Cesar.

- Solicitamos al señor juez se sirva citar al demandante LILIANA BRACHO MAYA, para que en la audiencia que disponga el despacho respondan las preguntas que les formularé en relación con los hechos objeto de debate dentro de este proceso. La demandante puede ser ubicada en la dirección señalada en el libelo de la demanda o a través de su apoderado judicial.

A su vez podrá ser notificada en la siguiente dirección: Calle 7 N° 19e-01
Barrio la Esperanza de Valledupar- Cesar.

NOTIFICACIONES

Para efectos de la notificación de las decisiones que se adopten en el curso de este proceso, informamos como dirección procesal la correspondiente a nuestra oficina ubicada en la ciudad de en la ciudad de Barranquilla, Calle 77B No.59-61, Oficina Centro Empresarial Las Américas II, oficina 907, y correo electrónico: marcos.herrera@juridicaribe.com y notificaciones@juridicaribe.com

Cordialmente,

MARCOS DANIEL HERRERA GUTIERREZ
C.C. 1.143.162.081 de Barranquilla
T.P 372.892 expedida por el C.S.J

123

SOLICITUD CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA

PLAN PROTECCIÓN FAMILIA INTEGRAL

CERTIFICADO No 3350

TOMADOR: 860002964 BANCO DE BOGOTA S A

PÓLIZA No. VGE 52



seguros de vida alfa s.a.

NIT. 860 503 617-3

VIGENCIA CERTIFICADO INDIVIDUAL

desde 00:00

| | | |
|-----|-----|-----|
| Die | Mes | Año |
| 01 | 07 | 14 |

 hasta 23:59

| | | |
|-----|-----|-----|
| Die | Mes | Año |
| 01 | 07 | 15 |

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

| | | | | | |
|--|--|-------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|--|
| APELLIDOS MAYA FORERO | | NOMBRES LILIANA DEL PILAR | | C.C. No. 49743089 | |
| DIRECCIÓN CL 7 # 19 E 07 | | CIUDAD VALLEDUPAR | TELÉFONO 5843317 | CELULAR | GENERO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
| FECHA DE NACIMIENTO 05 10 1967 | | OCUPACIÓN CAJERO | | | |

| COBERTURAS | VALORES ASEGURADOS | | | | | | | |
|---|--------------------|---------------------|------|------------|------|---------|------|--------|
| | PLAN | ASEGURADO PRINCIPAL | PLAN | CONYUGE | PLAN | HIJOS | PLAN | PADRES |
| VIDA Y ACCIDENTES | | | | | | | | |
| MUERTE | 4 | 61.367.284 | 4 | 61.367.284 | | | | |
| INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR CUALQUIER CAUSA | 4 | 61.367.284 | 4 | 61.367.284 | | | | |
| ENFERMEDADES GRAVES O TRANSPLANTE DE ORGANOS VITALES | 4 | 36.820.370 | 4 | 36.820.370 | | | | |
| BONO TRIMESTRAL PARA ALIMENTACION POR 12 MESES POR MUERTE O INCAPACIDAD | 4 | 1.472.815 | 4 | 1.472.815 | | | | |
| AUXILIO TRIMESTRAL PARA EDUCACION POR 12 MESES POR MUERTE O INCAPACIDAD | 4 | 1.472.815 | 4 | 1.472.815 | | | | |
| MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESEMEMBRACION | 4 | 61.367.284 | 4 | 61.367.284 | | | | |
| AUXILIO POR INCAPACIDAD POR ACCIDENTE | 4 | 368.203 | 4 | 368.203 | | | | |
| CUIDADOS PROLONGADOS Y AUXILIO FUNERARIO | PLAN | ASEGURADO PRINCIPAL | PLAN | CONYUGE | PLAN | HIJOS | PLAN | PADRES |
| AUXILIO FUNERARIO | 4 | 2.454.691 | 4 | 2.454.691 | | | | |
| CUIDADOS PROLONGADOS POR IMPEDIMENTO FISICO | 4 | 2.454.691 | 4 | 2.454.691 | | | | |
| GASTOS MEDICOS | PLAN | ASEGURADO PRINCIPAL | PLAN | CONYUGE | PLAN | HIJOS | PLAN | PADRES |
| BENEFICIO DIARIO POR HOSPITALIZACIÓN | | | | | 4 | 98.188 | | |
| BENEFICIO DIARIO POR HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS | | | | | 4 | 196.374 | | |
| CIRUGIA AMBULATORIA | | | | | 4 | 98.188 | | |
| REEMBOLSO DE GASTOS HOSPITALARIOS POR EL NACIMIENTO DE UN HIJO | | | | | 4 | 368.203 | | |

| GRUPO ASEGURADO | | | | | | |
|---------------------|-------------------------------|------------------------|---------------------|-----|------|---------------|
| PARENTESCO | NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | FECHA DE NACIMIENTO | | | PRIMA MENSUAL |
| | | | ... | ... | ... | |
| ASEGURADO PRINCIPAL | LILIANA DEL PILAR MAYA FORERO | 49743089 | 05 | 10 | 1967 | 23,568 |
| CONYUGE | ENRIQUE BRACHO | 77015964 | 04 | 03 | 1963 | 23,563 |
| HIJOS | ENRIQUE BRACHO | 93100100523 | 01 | 10 | 1993 | 8,222 |
| HIJOS | LILIANA BRACHO | 92061163257 | 11 | 06 | 1992 | 8,222 |
| PRIMA TOTAL MENSUAL | | | | | | 63575 |

| BENEFICIARIOS | | |
|-----------------------------------|------|------------|
| BENEFICIARIOS ASEGURADO PRINCIPAL | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS | % | PARENTESCO |
| ENRIQUE BRACHO | 40.0 | HIJO |

PARA EL ASEGURADO PRINCIPAL, LOS BENEFICIARIOS SERAN LIBREMENTE DE SIGNADOS. PARA LOS DEMAS ASEGURADOS, LOS BENEFICIARIOS SERAN DE SIGNADOS POR LA LEY, SIN EMBARGO, ME DIANTE SOLICITUD ESCRITA A LA COMPAÑIA, SE PODRA SOLICITAR CAMBIO DE BENEFICIARIOS.

| NOMBRES Y APELLIDOS | % | PARENTESCO |
|---------------------|------|------------|
| EDELMIRA FORERO | 20.0 | MADRE |
| LILIANA BRACHO | 40.0 | HIJO |

124



SEGURO DE VIDA GRUPO
PLAN PROTECCIÓN FAMILIA α INTEGRAL

seguros de vida alfa s.a.
NT. 860.503.6173

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. QUIEN PARA EFECTOS DE LA PRESENTE PÓLIZA EN ADELANTE SE DENOMINARÁ «LA COMPAÑÍA» CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES CONTRACTUALES AQUÍ ESTIPULADAS, ASÍ COMO A LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA SOLICITUD PRESENTADA POR EL TOMADOR Y LAS SOLICITUDES INDIVIDUALES DE LOS ASEGURADOS, INDEMNIZARÁ LA SUMA ASEGURADA UNA VEZ SE ACREDITE QUE, COMO CONSECUENCIA DE UNA LESIÓN, ENFERMEDAD O ACCIDENTE, HA OCURRIDO CUALQUIER HECHO CUBIERTO POR LA PÓLIZA A CUALQUIERA DE LAS PERSONAS AMPARADAS DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO.

IGUALMENTE, FORMAN PARTE DEL CONTRATOS, LOS ANEXOS, LAS DECLARACIONES DE ASEGURABILIDAD Y CUALQUIER OTRO DOCUMENTO ESCRITO Y ACEPTADO POR LAS PARTES QUE GUARDEN RELACIÓN CON EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.

PARA EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO SOLO OPERAN AQUELLOS AMPAROS QUE CORRESPONDAN AL PLAN SEÑALADO EN LA SOLICITUD CERTIFICADO INDIVIDUAL, SUS MODIFICACIONES O SU RENOVACIÓN DE ACUERDO CON LAS DEFINICIONES QUE DE ELLOS SE DE.

1. AMPAROS

ESTE SEGURO SE ENCUENTRA INTEGRADO POR SECCIONES. EN CADA SECCIÓN SE INDICAN LOS AMPAROS BAJO LAS CUALES SE OTORGA EL SEGURO.

SECCIÓN A

1.1. VIDA (Amparo básico)

LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS, EL VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN LA CORRESPONDIENTE SOLICITUD-CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO; UNA VEZ SE ACREDITE LA MUERTE DEL ASEGURADO INTEGRANTE DEL GRUPO ASEGURABLE, DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

1.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

SE AMPARA LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SUFRIDA POR EL ASEGURADO MENOR DE SETENTA (70) AÑOS COMO CONSECUENCIA DE UNA LESIÓN O ENFERMEDAD QUE HAYA SIDO OCASIONADA Y SE MANIFIESTE ESTANDO ASEGURADO BAJO EL PRESENTE AMPARO O SUS RENOVACIONES, Y QUE LE IMPIDA TOTAL Y PERMANENTEMENTE DESEMPEÑAR SU OCUPACIÓN HABITUAL U OTRA CUALQUIERA COMPATIBLE CON SU EDUCACIÓN, FORMACIÓN O EXPERIENCIA, POR TENER UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL MAYOR O IGUAL AL 50% SIEMPRE Y CUANDO ESTA INCAPACIDAD HAYA EXISTIDO POR UN PERIODO CONTINUO NO MENOR DE 120 DÍAS, NO SEA PROVOCADA POR EL ASEGURADO Y ESTÉ DETERMINADA POR UNA DE LAS SIGUIENTES ENTIDADES: LAS ARP, EPS, JUNTAS REGIONALES DE CALIFICACIÓN O LA JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ.

SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SE CONSIDERA COMO TAL LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS, LA AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS O AMBOS PIES, O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE, LA PÉRDIDA TOTAL DEL HABLA O LA PÉRDIDA TOTAL DE LA AUDICIÓN POR AMBOS OÍDOS.

PARA LOS EFECTOS DE ESTE AMPARO, LAS PÉRDIDAS ANTERIORES SE DEFINEN ASÍ:

DE LAS MANOS: AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN RADIO CARPIANA.

DE LOS PIES: AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN TIBIO TARSIANA.

DE LOS OJOS: LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN.

DE LA AUDICIÓN: PÉRDIDA TOTAL O IRREPARABLE DE LA AUDICIÓN POR AMBOS OÍDOS.

DEL HABLA: PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA FUNCIÓN DEL HABLA.

LA INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE NO ES ACUMULABLE AL SEGURO DE VIDA Y, POR LO TANTO, UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR DICHA INCAPACIDAD, LA COMPAÑÍA QUEDARÁ LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD EN LO QUE SE REFIERE AL SEGURO DE VIDA DEL ASEGURADO INCAPACITADO.

ESTE AMPARO NO ES ACUMULABLE CON EL DE ENFERMEDADES GRAVES Y CUALQUIER INDEMNIZACIÓN PAGADA POR ESTA ÚLTIMA, REDUCIRÁ LA SUMA ASEGURADA PARA EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

LA FECHA DEL SIMESTRO EN LOS EVENTOS DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SERÁ LA FECHA DE LA ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD.

1.3. BONO PARA ALIMENTACIÓN

EN EL EVENTO DE MUERTE E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ A LOS BENEFICIARIOS O AL ASEGURADO SEGÚN SEA EL CASO, DE MANERA ADICIONAL AL AMPARO BÁSICO UN BONO TRIMESTRAL POR LA SUMA ASEGURADA DETERMINADA EN LA SOLICITUD CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, QUE LE GARANTIZARÁ PRODUCTOS DE LA CANASTA FAMILIAR, DURANTE EL TIEMPO ESTABLECIDO PARA ESTE AMPARO.

1.4. AUXILIO PARA EDUCACIÓN

EN EL EVENTO DE MUERTE E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ A LOS BENEFICIARIOS O AL ASEGURADO SEGÚN SEA EL CASO, DE MANERA ADICIONAL AL AMPARO BÁSICO, EL VALOR CONTRATADO EN LA SOLICITUD CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, EN FORMA TRIMESTRAL Y HASTA POR EL PERIODO INDICADO, PARA ESTE AMPARO, CON EL FIN DE CONTRIBUIR AL PAGO DE LA EDUCACIÓN DE LOS HIJOS.

EN CASO QUE EL ASEGURADO NO TENGA HIJOS QUE PUEDAN SER BENEFICIARIOS DE ESTE AMPARO, EL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN SE SUMARÁ AL VALOR DEL AMPARO DE BONO PARA ALIMENTACIÓN.

1.5. ENFERMEDADES GRAVES O TRANSPLANTE DE ORGANOS VITALES

SALVO LAS EXCLUSIONES QUE SE INDICAN MÁS ADELANTE, LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO MENOR DE 65 AÑOS DE EDAD EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO, SI DURANTE LA VIGENCIA DEL AMPARO, UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN, DIAGNOSTICA POR PRIMERA VEZ, CON BASE EN PRUEBAS CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS, HISTOLÓGICAS Y DE LABORATORIO, LA PRESENCIA O PADECIMIENTO DE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

CÁNCER, ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR O APOPLEJÍA, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, INFARTO AL MIOCARDIO, AFECCIÓN DE ARTERIA CORONARIA QUE EXIJA CIRUGÍA, ESCLEROSIS MÚLTIPLE O TRANSPLANTE DE ÓRGANOS VITALES.

SECCIÓN B

1.6. MUERTE ACCIDENTAL

SALVO LAS EXCLUSIONES QUE SE INDICAN MÁS ADELANTE, EL PRESENTE AMPARO INDEMNIZARÁ EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO, A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS O EN SU DEFECTO A LOS HEREDEROS LEGALES, UNA VEZ SE ACREDITE QUE DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, EL ASEGURADO HA PERDIDO ACCIDENTALMENTE LA VIDA, COMO CONSECUENCIA ÚNICA, EXCLUSIVA Y DIRECTA, DE LESIONES FÍSICAS SUFRIDAS EN UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA.

PARA EFECTOS DE ÉSTE AMPARO SE ENTIENDE POR ACCIDENTE TODO HECHO SÚBITO, EXTERNO, IMPREVISTO, REPENTINO E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO, QUE LE CAUSE LA MUERTE DE MANERA INSTANTÁNEA, O DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA FECHA DEL ACCIDENTE.

1.7. BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL

CUBRE LA PERDIDA DE MIEMBROS, ÓRGANOS O FACULTADES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO, DESCRITAS EN LA TABLA DE INDEMNIZACIONES QUE ADELANTE SE ESTIPULA, SIEMPRE QUE TALES PÉRDIDAS SEAN COMPROBABLES MEDIANTE DICTAMEN MÉDICO, SE PRODUZCA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PRESENTE PÓLIZA Y SE MANIFIESTE DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DIAS SIGUIENTES A LA FECHA DE SU OCURRENCIA.

TABLA DE INDEMNIZACIONES:

| RIESGOS AMPARADOS | SUMA INDEMNIZABLE |
|--|-------------------|
| ENAJENACIÓN MENTAL INCURABLE CON IMPOTENCIA FUNCIONAL ABSOLUTA | 100% |
| PARÁLISIS TOTAL | 100% |
| PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN TOTAL DE AMBOS BRAZOS O DE AMBAS PIERNAS, O DE AMBAS MANOS O DE AMBOS PIES, O DE UN BRAZO Y UNA PIERNA O DE UNA MANO Y UN PIE. | 100% |
| PÉRDIDA TOTAL E IRREMEDIABLE DE LA VISIÓN POR AMBOS OJOS, DEL HABLA O DE LA AUDICIÓN POR AMBOS OÍDOS. | 100% |
| PÉRDIDA COMPLETA DE LA VISIÓN DE UN OJO, JUNTO CON LA PÉRDIDA DE UNA MANO O DE UN PIE. | 100% |
| PÉRDIDA DE LA VISIÓN DE UN OJO O LA AUDICIÓN DE UN OÍDO. | 50% |
| PÉRDIDA TOTAL DE UN BRAZO O DE UNA MANO. | 50% |
| PÉRDIDA DE UN DEDO PULGAR. | 20% |
| PÉRDIDA DE CADA UNO DE LOS DEDOS DE LA MANO EXCEPTO EL PULGAR. | 15% |
| PÉRDIDA COMPLETA DE LA MUÑECA O DEL CODO. | 20% |
| PÉRDIDA POR AMPUTACIÓN O LA INUTILIZACIÓN DE UNA PIERNA POR ENCIMA DE LA RODILLA. | 50% |
| PÉRDIDA POR AMPUTACIÓN O LA INUTILIZACIÓN DE UNA PIERNA POR DEBAJO DEL NIVEL DE LA RODILLA O DE UN PIE. | 40% |
| PÉRDIDA POR AMPUTACIÓN O LA INUTILIZACIÓN DE UNO CUALQUIERA DE LOS DEDOS DEL PIE. | 10% |
| PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DEL TOBILLO. | 15% |
| PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA RODILLA. | 20% |
| FRACTURA MAL CONSOLIDADA DEL MAXILAR QUE CAUSE TRASTORNOS EN LA MASTICACIÓN Y HABLA. | 25% |

PARA LOS EFECTOS DE ESTA CONDICIÓN, LAS PÉRDIDAS ANTERIORES SE DEFINEN ASÍ:

- DE LAS MANOS: AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN RADIOCARPIANA.
- DE LOS PIES: AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN TIBIOTARSIANA.
- DE LOS OJOS: LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN.

LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO, POR UNA SOLA VEZ, UN VALOR IGUAL AL PACTADO. LOS PORCENTAJES SEÑALADOS EN LA TABLA PREVISTA EN EL PRESENTE AMPARO, SE APLICARÁN SOBRE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA EN EL MOMENTO DE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO.

LA INDEMNIZACIÓN POR DESMEMBRACIÓN NO ES ACUMULABLE AL PAGO POR MUERTE ACCIDENTAL, POR LO TANTO AGOTADA LA SUMA ESTABLECIDA COMO INDEMNIZACIÓN POR DICHO CONCEPTO LA COMPAÑÍA QUEDARÁ LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD. EN CASO QUE POR UN MISMO ACCIDENTE SE PRESENTASEN VARIAS PÉRDIDAS, LOS PAGOS PENDIENTES A CADA UNA DE ELLAS, SIN EXCEDER EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA EL AMPARO DE DESMEMBRACIÓN.

1.8. AUXILIO POR INCAPACIDAD POR ACCIDENTE :

LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ POR UNA SOLA VEZ POR VIGENCIA ANUAL, AL ASEGURADO LA SUMA PACTADA Y SEÑALADA EN LA SOLICITUD CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, SI COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE, SE PRODUCE UNA INCAPACIDAD SUPERIOR A 30 DÍAS, PREVIA CONFIRMACIÓN DE LAS EVIDENCIAS CLÍNICAS, SOPORTADAS POR LA INSTITUCIÓN MÉDICA Y LA CERTIFICACIÓN DE UN MÉDICO LEGALMENTE FACULTADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN.

PARA EFECTOS DE ESTE AMPARO SE ENTIENDE POR ACCIDENTE TODO HECHO SÚBITO, EXTERNO, IMPREVISTO, REPENTINO E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO, QUE LE CAUSE LA LESIÓN.

SECCIÓN C

1.9. CUIDADOS PROLONGADOS POR IMPEDIMENTO FÍSICO POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO LA SUMA PACTADA EN FORMA TRIMESTRAL Y HASTA POR EL PERÍODO INDICADO EN LA SOLICITUD CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, SI COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE, EL ASEGURADO SE ENCUENTRA IMPOSIBILITADO PARA LLEVAR A CABO 3 O MÁS DE LAS 6 ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA, SIN LA ASISTENCIA DE OTRA PERSONA, POR CAUSA DE UN IMPEDIMENTO FÍSICO, SIEMPRE Y CUANDO LA LESIÓN O ALTERACIÓN, PERSISTA POR UN PERÍODO CONTINUO NO MENOR DE 120 DÍAS.

EL PRESENTE AMPARO TIENE UN PERÍODO DE CARENCIA DE 30 DÍAS, CONTADOS A PARTIR DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA.

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA:
LAS SIGUIENTES 6 FUNCIONES SON CONSIDERADAS COMO LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE ESTA PÓLIZA:

- BAÑARSE:
CAPACIDAD PARA LAVARSE TODAS LAS PARTES DEL CUERPO UTILIZANDO ELEMENTOS DE ASEO, YA SEA EN UNA DUCHA O EN UNA BAÑERA, INCLUYENDO LA ACCIÓN DE ENTRAR Y SALIR DE LA BAÑERA O DE LA DUCHA.

- VESTIRSE:
CAPACIDAD PARA PONERSE O QUITARSE TODA CLASE DE PRENDAS, INCLUSO MIEMBROS ARTIFICIALES Y APARATOS ORTOPÉDICOS MÉDICAMENTE NECESARIOS.

- ALIMENTARSE:
CAPACIDAD DE ALIMENTARSE INGIRIENDO COMIDA DE UN RECIPIENTE (PLATO O TAZA) O A TRAVÉS DE UN TUBO O SONDA ENTERAL.

- DESPLAZARSE:
CAPACIDAD PARA METERSE EN LA CAMA Y LEVANTARSE DE ELLA, ASÍ COMO PARA SENTARSE Y LEVANTARSE DE UN ASIENTO O DE UNA SILLA DE RUEDAS.

- CONTINENCIA:
CAPACIDAD PARA CONTROLAR VOLUNTARIAMENTE LA FUNCIÓN INTESTINAL Y URINARIA, O LA CORRECTA UTILIZACIÓN DE SISTEMAS ALTERNATIVOS DE CONTINENCIA (CATETER O BOLSA DE COLOSTOMIA).

- NECESIDADES CORPORALES/ IR AL SANITARIO:
CAPACIDAD DE DESPLAZARSE HASTA Y DESDE EL RETRETE, Y DE SENTARSE Y LEVANTARSE DEL MISMO REALIZANDO LA CORRESPONDIENTE HIGIENE PERSONAL.

1.10. AUXILIO FUNERARIO:

LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ A LOS BENEFICIARIOS, EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO EN LA SOLICITUD CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, COMO CONSECUENCIA DEL FALLECIMIENTO DE CUALQUIERA DE LAS PERSONAS ASEGURADAS EN EL PRESENTE AMPARO.

SECCIÓN D. GASTOS MÉDICOS:

1.11 BENEFICIO DIARIO POR HOSPITALIZACIÓN
CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES CONTRACTUALES AQUÍ ESTIPULADAS Y LO DISPUESTO EN LA SOLICITUD CERTIFICADO DE SEGURO INDIVIDUAL, LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO EL VALOR CONTRATADO, SI COMO CONSECUENCIA DIRECTA Y EXCLUSIVA DE UNA ENFERMEDAD O UN ACCIDENTE LA PERSONA ASEGURADA ES HOSPITALIZADA, SIN EXCEDER DE TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS Y DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

BAJO ESTE AMPARO LA COMPAÑÍA PAGARÁ UNA SUMA DIARIA DE BENEFICIO POR CADA DÍA DE HOSPITALIZACIÓN.

EL PARTO NORMAL O QUIRÚRGICO ESTA CUBIERTO EN EL PRESENTE AMPARO, SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA ESTADO ASEGURADA POR UN PERÍODO MÍNIMO Y CONTINUO DE DOSCIENTOS SETENTA (270) DÍAS INMEDIATAMENTE ANTERIORES A LA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO. SE RECONOCERÁ LA SUMA DIARIA ASEGURADA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, POR CADA DÍA QUE LA ASEGURADA PERMANEZCA HOSPITALIZADA, CON UN MÁXIMO DE TRES (3) DÍAS POR EVENTO Y POR VIGENCIA ANUAL DE LA PÓLIZA .

PARÁGRAFO: LOS ACCIDENTES OCURRIDOS O LAS ENFERMEDADES DIAGNÓSTICAS ANTES DE LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, NO SE ENCUENTRAN AMPARADAS.

1.12 BENEFICIO POR HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS:
LA COMPAÑÍA RECONOCERÁ COMO BENEFICIO DIARIO, EL VALOR CONTRATADO EN LA SOLICITUD CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, DURANTE LA PERMANENCIA DEL ASEGURADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y SIN EXCEDER DE 10 DÍAS COMO RESULTADO DE UN MISMO ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

1.13. BENEFICIO POR CIRUGÍA AMBULATORIA:
LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO POR UNA SOLA VEZ ANUAL LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN LA SOLICITUD CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO , SI COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA ENFERMEDAD O LESIÓN AMPARADA POR LA PÓLIZA , DIAGNOSTICADA Y SUFRIDA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SE DEBE PRACTICAR UNA CIRUGÍA AMBULATORIA EN UN CENTRO MÉDICO O CENTRO DE CIRUGÍA QUE CUMPLA CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS PARA TAL FIN.

1.14. REEMBOLSO DE GASTOS HOSPITALARIOS POR NACIMIENTO DE UN HIJO:
LA COMPAÑÍA REEMBOLSARÁ EL VALOR DE LOS GASTOS HOSPITALARIOS, NO CUBIERTOS POR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD O CUALQUIER OTRO PLAN DE MEDICINA, ORIGINADOS POR EL NACIMIENTO DE UN HIJO Y HASTA POR EL VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN LA SOLICITUD CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, SIEMPRE Y CUANDO EL EMBARAZO HAYA INICIADO 2 MESES DESPUÉS DE HABER COMENZADO LA VIGENCIA DEL SEGURO.

LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAYA LUGAR SE PAGARÁ POR UNA SOLA VEZ Y NO SERÁ ACUMULATIVA EN CASO DE ENCONTRARSE ASEGURADOS LOS 2 PADRES.

2. EXCLUSIONES

2.1 APLICABLES A LOS AMPAROS DE VIDA, AUXILIO FUNERARIO, BONO PARA ALIMENTACIÓN, AUXILIO PARA EDUCACIÓN.

2.1.1 LA MUERTE DERIVADA POR UN ACCIDENTE OCURRIDO O ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA ANTES DE LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SI ESTA NO HA SIDO DECLARADA Y AUTORIZADA POR LA COMPAÑÍA.

2.2. POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR INCAPACIDAD POR ACCIDENTE Y CUIDADOS PROLONGADOS.

2.2.1. CUANDO EL HECHO O CIRCUNSTANCIA QUE GENERÓ LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE HAYA PRODUCIDO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INCLUSIÓN DEL ASEGURADO EN EL PRESENTE AMPARO. .

2.2.2. CUANDO EL EVENTO GENERADOR DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE HAYA SIDO PROVOCADO POR EL ASEGURADO.

125

2.3. EXCLUSIONES DEL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES.

NO HABRÁ LUGAR A PAGO ALGUNO SI LA ENFERMEDAD QUE PADECE Y SE DIAGNOSTICA AL ASEGURADO, ES A CONSECUENCIA DE O ESTA EN CONEXIÓN CON:

2.3.1. ENFERMEDADES DERIVADAS O RELACIONADAS CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH) O SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

2.3.2. ADICCIÓN AL ALCOHOL O A DROGAS QUE NO HAYAN SIDO PRESCRITAS POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN.

2.3.3. EN LO QUE SE REFIERE A ACCIDENTES CEREBRO-VASCULARES, CUANDO SEAN ACCIDENTES VASCULARES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS O ACCIDENTES DE LOS QUE EL ASEGURADO PUEDA RECUPERARSE COMPLETAMENTE DENTRO DE LAS SEIS (6) SEMANAS SIGUIENTES AL MISMO.

2.3.4. CUANDO LA ENFERMEDAD CUBIERTA HAYA SIDO DIAGNOSTICADA O EXISTA UN HISTORIAL PREVIO RELACIONADO CON ELLA, O SE HAYA RECIBIDO TRATAMIENTO POR LA MISMA, ANTES DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO

2.3.5. LA ANGIOPLASTIA Y/O CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN INTRA ARTERIAL, ASÍ COMO EL TRATAMIENTO LÁSER, OPERACIONES DE VÁLVULA, OPERACIÓN POR TUMORACIÓN INTRACARDIACA O ALTERACIÓN CONGÉNITA.

2.3.6. LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA, EL CÁNCER DE PIEL (A MENOS QUE SE TRATE DE MELANOMAS MALIGNOS), EL CÁNCER DE CÉRVIX (CUELLO DE LA MATRIZ) CÁNCER IN SITU O NO INVASIVO, TUMORES CON OCASIÓN DEL VIH, O TODO TIPO DE TUMORES QUE SEAN DESCRITOS EN TÉRMINOS HISTOLÓGICOS COMO PREMALIGNOS O QUE SE PRESENTEN CAMBIOS MALIGNOS EN SU FASE INICIAL O TUMORES MALIGNOS SIN EVIDENCIA DE INVASIÓN.

2.4. EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN

2.4.1. SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO, O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA A SÍ MISMO.

2.4.2. GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL (DECLARADA O SIN DECLARAR), INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS Y HOSTILIDADES, HUELGA, MOTINES, ALBOROTOS A MENOS QUE ESTOS ÚLTIMOS TENGAN SU ORIGEN EN EL ACCIDENTE MISMO, LEVANTAMIENTO MILITAR, INSURRECCIÓN, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, PODER MILITAR O USURPADO.

2.4.3. HOMICIDIO Y LESIONES EN CUALQUIERA DE SUS MODALIDADES, SALVO QUE EL BENEFICIARIO PRESENTE FALLO DE AUTORIDAD COMPETENTE QUE CALIFIQUE EL HECHO COMO HOMICIDIO O LESIONES CULPOSAS, O LESIONES O MUERTE EN ACCIDENTE DE TRANSITO U HOMICIDIO EN CASO DE HURTO SIMPLE O CALIFICADO.

2.4.4. ENCONTRARSE VOLUNTARIAMENTE EL ASEGURADO BAJO INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DROGAS TÓXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS, A MENOS QUE EL ASEGURADO NO SE HAYA COLOCADO VOLUNTARIAMENTE EN EL MENCIONADO ESTADO. SE CUBREN LOS EVENTOS POR ACCIDENTES EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO NO INFIRJA LAS NORMAS LEGALES.

2.4.5. ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE CUALQUIER CLASE DE PARTICIPACIÓN EN AVIACIÓN, SALVO QUE VUELE COMO PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.

2.4.6. CARRERAS AUTOMOVILÍSTICAS, RALLIES Y SIMILARES.

2.4.7. LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR VIOLACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO DE CUALQUIER NORMA LEGAL DE CARÁCTER PENAL.

2.4.8. LOS ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO DURANTE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X, CHOQUES ELÉCTRICOS, ETC., SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO.

2.4.9. REACCIONES O RADIACIÓN NUCLEAR, INDEPENDIENTEMENTE COMO SE HAYA GENERADO.

2.5. EXCLUSIONES APLICABLES A LOS AMPAROS DE GASTOS MÉDICOS:

2.5.1. HOSPITALIZACIÓN COMO RESULTADO DE UNA INFECCIÓN PRODUCIDA POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA (VIH O VARIANTES, INCLUYENDO EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) O ENFERMEDADES RELACIONADAS.

2.5.2. HOSPITALIZACIÓN PARA CHEQUEOS MÉDICOS DE RUTINA U OTROS EXÁMENES PREVIOS A LOS CUALES NO EXISTA INDICACIONES DE TRASTORNOS DE SALUD.

2.5.3. HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO EN UN CENTRO HOSPITALARIO QUE NO CUMPLA CON LOS REQUISITOS DESCRITOS EN LAS CONDICIONES DE ÉSTA PÓLIZA O QUE EL ASEGURADO NO SE ENCUENTRE BAJO LA ATENCIÓN Y CUIDADO DE UN MÉDICO AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN.

2.5.4. EVENTOS ORIGINADOS EN EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO Y CONSULTAS MÉDICAS, TRATAMIENTOS DE BELLEZA, O CIRUGÍAS CON FINES ESTÉTICOS O DE EMBELLECIMIENTO.

2.5.5. GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL DECLARADA O SIN DECLARAR, MOTÍN, HUELGA, MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS O ACCIONES PROVENIENTES DE

CUALQUIER GRUPO AL MARGEN DE LA LEY O EN GENERAL, CONMOCIONES POPULARES DE CUALQUIER CLASE.

2.5.6. LESIONES AUTOINFLINGIDAS O CUALQUIER INTENTO DEL MISMO.

2.5.7. PRÁCTICAS, ENTRENAMIENTOS O PARTICIPACIÓN EN COMPETENCIAS CORRESPONDIENTES A DEPORTES COMO EL BUCEO, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑA, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, DEPORTES PROFESIONALES.

2.5.8. VIAJAR COMO PILOTO O TRIPULANTE DE NAVES AÉREAS, INCLUYENDO HELICÓPTEROS.

2.5.9. ENCONTRARSE EL ASEGURADO VOLUNTARIAMENTE BAJO INFLUENCIA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, DROGAS TÓXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS.

2.5.10. TRATAMIENTOS POR DESEQUILIBRIOS MENTALES O CURAS DE REPOSO.

2.5.11. HOSPITALIZACIÓN POR CHEQUEOS DE CONTROL.

2.5.12. CONDICIONES MÉDICAS PREEXISTENTES A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO

2.5.13. EXAMEN O PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO (ENDOSCOPIA, BIOPSIAS, CATETERISMO) Y TODO PROCEDIMIENTO, QUIRÚRGICO O NO, TERAPÉUTICO O NO, QUE SE REALICE CON ANESTESIA LOCAL.

CONDICIONES GENERALES

3. TOMADOR

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

4. GRUPO ASEGURADO Y GRUPO ASEGURABLE

Se entiende por grupo asegurado, el conformado por las personas que tienen el carácter de asegurables y se encuentren amparadas por la presente póliza.

Para efecto del presente contrato son asegurables, las personas naturales, vinculadas en virtud de una situación legal o reglamentaria con una personería jurídica, asociación, sociedad u organización con las cuales tengan relación estable de la misma naturaleza y cuyo vínculo no tenga como relación exclusiva el propósito de celebrar el presente contrato.

5. GRUPO FAMILIAR ASEGURABLE:

Es el grupo familiar conformado por el padre o madre de familia y su conyuge, compañero o compañera permanente, los hijos mayores a 6 meses y menores de 26 años y los progenitores menores de 65 años.

6. DEFINICIONES

Lesión:
Daño corporal accidental resultante de un hecho externo, violento ocasional o súbito, independientemente de la voluntad del asegurado.

Enfermedad:
Cualquier alteración de la salud de una persona, resultado de la acción de agente patógeno con relación al organismo que conduzca a un tratamiento médico y/o quirúrgico.

Accidente:
Suceso imprevisto, externo, violento, visible, repentino e independiente de la voluntad del asegurado, que produzca en la integridad física del mismo cualquiera de las pérdidas, lesiones corporales o perturbaciones funcionales, verificables mediante dictamen médico.

7. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Todo miembro del grupo asegurable podrá obtener los amparos a que se refiere esta póliza, siempre que reúna los siguientes requisitos.

7.1 Ser mayor de dieciocho (18) años.

7.2 Ser menor de setenta (70) años, para la fecha de ingreso a la póliza.

7.3 No tener más de setenta y cinco años (75) para permanecer en la póliza, salvo para el amparo de incapacidad total y permanente, cuya edad máxima de permanencia es hasta los setenta (70) años.

7.4 Diligenciar y firmar la solicitud de certificado de seguro individual.

8. EDADES

La edad mínima de ingreso es de dieciocho (18) años, la máxima de ingreso hasta el día que cumpla setenta (70) años de edad, con permanencia en la póliza hasta el día que cumpla setenta y cinco (75) años, salvo para el amparo de incapacidad total y permanente, cuya edad máxima de permanencia es hasta el día que cumpla setenta (70) años de edad.

9. VALORES ASEGURADO INDIVIDUALES

La suma asegurada es la indicada en la solicitud certificado individual de vida, de acuerdo con el plan escogido por el asegurado.

10. VALOR Y AJUSTE DE LA PRIMA

El valor de la prima para cada persona asegurada, será el señalado en la solicitud certificado individual de seguro. La Compañía, incrementará la suma asegurada y por

ende su prima será ajustada cada año, con base en el índice de precios al consumidor (I.P.C.) establecido por el DANE para todo el territorio nacional, para el año inmediatamente anterior, salvo que el asegurado manifieste su intención de darlo por terminado.

11. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

El seguro terminará en forma individual respecto de cualquiera de los integrantes del grupo asegurado, al presentarse alguna de las siguientes causas:

- Por falta de pago de la prima
- Por vencimiento y no renovación de la póliza
- Un mes después de dejar de pertenecer al grupo asegurado.
- Revocación de la póliza por parte del tomador o del asegurado.
- Al vencimiento de la anualidad más próxima en que el asegurado cumpla setenta y cinco (75) años de edad.
- Para el grupo familiar, cuando el titular asegurado deje de pertenecer al grupo asegurado.

12. PAGO DE LA PRIMA PLAZO DE GRACIA

El tomador es responsable del pago de las primas a la compañía, para lo cual se deberá tener en cuenta que la presente póliza tiene el carácter de seguro contributivo, es decir, que la totalidad de la prima es sufragada por los integrantes del grupo asegurado y la corresponde al asegurado proveer los recursos necesarios para que el tomador efectúe el pago de la prima a la Compañía.

El pago de la prima o de la primera cuota en caso de fraccionamiento para su pago, es condición indispensable para la iniciación de la vigencia del seguro. En caso de fraccionamiento de la prima, para el pago de las cuotas de prima subsiguientes a la primera, la compañía concede, sin recargo de intereses, un plazo de gracia de un mes.

Durante dicho plazo se considerará el seguro en vigor y por consiguiente si ocurre algún siniestro, la compañía tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas y pendientes de pago por parte del tomador, hasta completar la anualidad respectiva.

Si las cuotas de prima posteriores a la primera no fueren pagadas antes de vencerse el plazo de gracia, se producirá la terminación automática del contrato y la compañía quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de dicho plazo.

En caso de renovación del contrato de seguro, se concede para el pago de la primera cuota de prima, un plazo de gracia de un (1) mes a partir de la iniciación de la vigencia de la renovación del seguro, durante el cual se considera el seguro en vigor.

13. DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

El Tomador y los Asegurados individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por la compañía. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por la compañía, le hubieran retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del presente contrato de seguro.

Si la declaración se hace sin sujeción a un cuestionario determinado, la inexactitud o reticencia producen igual efecto si el Tomador, o el Asegurado han encubierto por culpa hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen del error inculpable del asegurado o del tomador, el contrato de seguros no será nulo, pero la compañía solo estará obligada en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o prima señalada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

14. IRREDUCTIBILIDAD

La presente póliza será irreducible o incontestable por error, en la declaración de asegurabilidad, transcurridos dos (2) años, en vida del asegurado contados a partir de la fecha de la iniciación de la respectiva cobertura individualmente considerada.

15. INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE EDAD

En caso de comprobarse inexactitud respecto de la edad del asegurado, en la declaración de asegurabilidad, se procederá de conformidad con las siguientes normas:

- Si la edad verdadera estuviese fuera de los límites establecidos por el asegurador se dará aplicación a lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio.
- Si la edad verdadera fuere mayor que la declarada, la suma asegurada individual se reducirá en la proporción necesaria, para mantener la relación matemática con la prima recibida por la compañía.
- Si la edad verdadera fuera menor que la declarada, la suma asegurada aumentará en la proporción necesaria, para mantener la relación matemática recibida por la compañía.

16. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

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

La designación de beneficiarios a título oneroso, deberá estipularse específicamente en la póliza, en defecto de tal estipulación, la designación del beneficiario será a título gratuito. Cuando la designación del beneficiario sea a título gratuito, él podrá ser cambiado en cualquier momento, pero tal cambio surtirá efecto solamente a partir de la fecha de notificación escrita dirigida a la Compañía. En ningún caso el Tomador puede intervenir en la designación de beneficiarios ni serlo tampoco.

Seguros de Vida Allá S.A., solo aceptará como beneficiario a título gratuito: cónyuge

o compañero (a) permanente, abuelos, padres, hijos, nietos hermanos y sobrinos. Cuando no hubiere designado beneficiarios o la designación sea ineficaz o quedare sin efecto por cualquier causa, tendrán la condición de tales, el cónyuge del respectivo asegurado en la mitad del seguro y los herederos de este en la otra mitad.

Igual regla se aplicará en el evento de haber sido designado genéricamente como beneficiarios los herederos del asegurado.

PARÁGRAFO: Si el asegurado y el beneficiario mueren simultáneamente, o no pudiere determinar quien murió primero, serán beneficiarios del seguro los herederos legales del beneficiario dando aplicación a las reglas de la sucesión intestada.

17. CONTINUIDAD

Si esta póliza ha sido emitida en remplazo inmediato de otra, se ampara a las personas que formen parte de ese grupo asegurado, en las mismas condiciones con que viene de la Aseguradora anterior, en cuanto a estado de salud, amparos, condiciones o circunstancias de suscripción.

La Compañía se reserva los mismos derechos que se asistirán a la Aseguradora con que vienen amparados.

18. INDEMNIZACIÓN

Como se estableció en la definición de los amparos:

En caso de muerte, el pago de la indemnización se realizará a los beneficiarios:

En caso de Incapacidad Total y Permanente, el pago de la indemnización se realizará al propio asegurado de la póliza.

El bono para alimentación se entregará a los beneficiarios o al asegurado trimestralmente, de acuerdo con el plan escogido, el cual garantizará productos de la canasta familiar, durante el tiempo establecido para este amparo en la solicitud certificado individual de seguro. En tal caso, se pagará en forma de bonos de una empresa doblemente establecida, los cuales, podrán ser redimidos en un supermercado de cadena. En las ciudades donde no sea posible el pago en forma de bonos, la indemnización se efectuará en moneda legal Colombiana.

Los gastos para educación, se pagarán a los beneficiarios o al asegurado trimestralmente, de acuerdo con el plan. Escogido en la solicitud certificado individual de seguro, presentando como soporte documento de la institución educativa donde cursa o cursará sus estudios. En caso de no tener hijos que puedan ser beneficiarios de este amparo, el valor correspondiente a indemnizar se sumará al valor asegurado de bono para alimentación.

19. REQUISITOS PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo la presente póliza, sus amparos adicionales o anexos, el tomador y/o beneficiario, según el caso, tiene las siguientes obligaciones:

19.1 Dar aviso a la Compañía del siniestro, dentro de los diez (10) días comunes siguientes, a la fecha en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

19.2 Acompañar el certificado individual del seguro junto con todos los documentos necesarios para acreditar la ocurrencia del siniestro, tales como:

- Registro civil de defunción del asegurado
- Registro civil de nacimiento del asegurado
- Fotocopias de las cédulas de ciudadanía de los beneficiarios si son mayores de edad o registros de nacimiento si son menores de edad.
- Registro civil de matrimonio si quien reclama es el cónyuge.

Por muerte natural:

- Fotocopia o copia original de la historia clínica completa.
- Por muerte accidental u homicidio
- Original del certificado expedido por la fiscalía que adelanta la investigación junto con la copia del acta del levantamiento del cadáver o protocolo de necropsia.
- Por incapacidad total y permanente.
- Dictamen de calificación de la incapacidad, emitido por una de las siguientes entidades: ARP, EPS, Junta Regional de Calificación de Invalidez o de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez.

Por desmembración

- Historia clínica del asegurado y certificado del médico tratante sobre la pérdida funcional u orgánica.

Por cuidados prolongados:

- Historia clínica.
- Valoración del médico de la Aseguradora, que determinará la existencia de tal incapacidad de acuerdo con la definición del amparo

Las reclamaciones deberán ser presentadas llenando el formulario de reclamación (formato de vida año) que la compañía suministra a los asegurados y/o beneficiarios para tal fin.

20. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

El pago de la indemnización se hará a los beneficiarios designados, en caso de muerte y al asegurado en los demás casos, dentro del mes siguiente a aquel en que se acredite la ocurrencia del siniestro.

21. MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO

El Tomador y asegurado están obligados a notificar a la compañía los hechos o circunstancias que signifiquen agravación del riesgo, tales como cambio de ocupación, prácticas de deportes o pasatiempos que puedan agravar el estado de salud del asegurado o novedades médicas que impliquen agravación del riesgo o de salud.

Notificada la modificación del riesgo la compañía podrá revocar el contrato de seguro o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

22. NOTIFICACIONES

Sin perjuicio de las normas legales imperativas, toda declaración que hagan en el desarrollo del presente contrato, deberá efectuarse por escrito y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada de las partes.

23. REVOCACIÓN DEL CONTRATO

Si el tomador o asegurado da aviso por escrito a la compañía para que esta póliza sea revocada, será responsable de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de revocación. El contrato quedará revocado a la fecha de recibo de tal comunicación por la compañía o en la fecha especificada por el tomador o asegurado para tal terminación, la que ocurra más tarde y por lo tanto, será responsable de pagar a la compañía todas las primas debidas en esa fecha, incluyendo la prima a prorrata por el período que comienza con el de gracia y termina en la fecha de tal revocación. El asegurado podrá revocar su seguro individual con arreglo a tal procedimiento.

24. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

Esta póliza de seguro se renovará anualmente de manera automática en la fecha de vencimiento, por un período igual al inicialmente contratado, si el tomador, asegurado o aseguradora, no manifestará por escrito lo contrario con una anticipación no menor a un (1) mes a la fecha de su vencimiento.

25. PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivas del contrato de seguro prescribirán de manera ordinaria o extraordinaria. La prescripción ordinaria será de dos (2) años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

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

26. CONVERTIBILIDAD

Los asegurados menores de setenta y cinco (75) años que se separen del grupo después de permanecer en él por lo menos durante un año continuo, tendrán derecho a ser asegurados sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por la suma igual a la que tengan bajo la póliza de grupo, pero sin beneficios adicionales, en cualquiera de los planes de seguro individual de los que emite la compañía, con excepción de los planes temporales o crecientes, siempre y cuando lo solicite dentro del mes siguiente de su retiro del grupo.

El seguro individual se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan, aplicando la tarifa correspondiente 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 las pólizas 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 ella se hubiere expedido (medie solicitud o pago de prima o no) sus beneficiarios tendrán derecho al pago de la prestación asegurada bajo la póliza respectiva, previa deducción de las primas o fracciones causadas y pendientes de pago hasta completar la anualidad respectiva.

El beneficio de convertibilidad de la póliza no es aplicable a los amparos adicionales.

27. MÁXIMO VALOR ASEGURADO

En el evento que un asegurado se encuentre amparado por una póliza de Seguros de Vida Afla S.A. en virtud de la cual se expidió más de un certificado individual de seguro, la suma de los valores asegurados no podrá exceder del doble máximo contemplado en el plan de mayor cobertura de la misma póliza, sin incluir la que tenga en Vida Grupo Deudor y sin perjuicio de los incrementos a que haya lugar por las variaciones del IPC.

En caso que llegue a estar cubierto por un valor superior al doble del plan de mayor cobertura y ocurra un siniestro, la compañía considerará a esta persona amparada, bajo la póliza que proporcione el mayor beneficio al asegurado.

La compañía devolverá cualquier pago de prima que dicha persona haya hecho por un valor asegurado superior al doble del plan de mayor cobertura.

28. BASE DE DATOS

El asegurado faculta expresamente a la Compañía para consultar las bases de datos de seguros de personas relativas a riesgos agravados e indemnizaciones, al cumplimiento de obligaciones crediticias y a las demás que permitan un conocimiento adecuado del asegurado. Así mismo, la faculta para que informe a esas mismas bases de datos los aspectos que la compañía considere pertinentes en relación con el contrato de seguros celebrado o que se vaya a celebrar.

29. SUMINISTRO Y ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN - SARLAFT

El Tomador, Asegurado, de este contrato de seguro se obliga para con esta Aseguradora a que por lo menos anualmente actualice la información suministrada con ocasión de la celebración de este contrato de seguro, en cumplimiento de las disposiciones legales vigentes en materia de lavado de activos y financiación del terrorismo. El incumplimiento de esta obligación, dará derecho a Seguros de Vida Afla S.A. para dar por terminado el presente contrato.

30. DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de las partes la carrera 13 No. 27 - 47 pisos 22 y 23 de la ciudad de Bogotá, D.C., República de Colombia.

CONDICIONES PARTICULARES PARA EL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES O TRANSPLANTE DE ORGANOS VITALES

31. DEFINICIONES

Para todos los efectos del presente amparo, las afecciones citadas quedan definidas así:

31.1 CANCER: Presencia de un tumor maligno caracterizado por alteraciones celulares morfológicas y cromosómicas, crecimiento y expansión incontrolada de estas células y la invasión del tejido. Esta definición incluye también: Leucemia y enfermedades malignas del sistema linfático, tales como la enfermedad de Hodgkin. El diagnóstico clínico debe ser fundamentado en la historia clínica y confirmado por un diagnóstico histopatológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de un Cáncer.

31.2 ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR O APOPLEJIA: Suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, que produce secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro horas y que son de naturaleza permanente. Esto incluye el infarto del tejido cerebral, la hemorragia intracranial o subaracnóidea, y la embolia de una fuente extra-cranial. El diagnóstico debe ser inequívoco y deberá registrar un déficit neurológico.

31.3 INSUFICIENCIA RENAL: La falla total, crónica e irreversible, de ambos riñones, que exija la diálisis o riñón artificial permanente o trasplante renal.

31.4 INFARTO AL MIOCARDIO: Muerte de una parte del músculo cardíaco a consecuencia del abastecimiento sanguíneo inadecuado, tratado en un centro hospitalario, cuyo diagnóstico debe ser confirmado mediante:

- a) historia de dolor torácico típico,
- b) alteraciones nuevas en el electrocardiograma confirmatorias y
- c) Elevación de las enzimas cardíacas.

31.5 AFECCION DE ARTERIA CORONARIA QUE EXIJA CIRUGIA: Haberse sometido a cirugía cardíaca para corregir estrechamiento u obstrucción de dos o más arterias coronarias con injertos de bypass; en el caso de personas con la limitación de síntomas anginales, la necesidad de tal intervención quirúrgica debe haber sido probada por una angiografía coronaria.

31.6 TRANSPLANTE DE ORGANOS VITALES: Como consecuencia del diagnóstico médico se efectúe un procedimiento de trasplante de corazón, pulmón, hígado, riñón y médula ósea. El beneficio cubre únicamente al receptor y no al donante.

31.7 ESCLEROSIS MÚLTIPLE: Enfermedad cuyo diagnóstico inequívoco realizado por un neurólogo confirma al menos anomalías moderadas neurológicas persistentes, consistentes con la impariedad de función, pero las que no lleven necesariamente al asegurado a una silla de ruedas en forma permanente. Esta enfermedad se caracteriza por zonas de tejidos endurecidos del cerebro o de la médula espinal manifestada por parálisis parcial o completa, parestesia, y/o neuritis óptica.

El diagnóstico radica en el historial y exámenes físicos y el análisis del líquido cerebro-espinal; un episodio anterior o un episodio único de esta enfermedad no demuestra una Esclerosis Múltiple, para efectos de esta definición.

32. EDAD

La edad mínima de ingreso para el otorgamiento del presente amparo es de 18 años, la máxima de ingreso y de permanencia será hasta el Día que el asegurado cumpla 65 años de edad.

33. LÍMITE DEL BENEFICIO

El beneficio se aplica solamente a las enfermedades graves o trasplante de órganos vitales definidas en el numeral 31, cuando éstas sean diagnosticadas por primera vez habiendo transcurrido por lo menos noventa (90) días desde la iniciación de la vigencia del presente amparo.

34. SUMA ASEGURADA

La suma que la Compañía pagará por concepto del presente amparo en caso de enfermedad grave o trasplante de órganos vitales, será igual al 60% del valor asegurado individualmente considerado para cada uno de los integrantes del grupo en el amparo Básico de Vida; la indemnización que la Compañía pague al Asegurado en virtud del presente amparo, constituye un avance de la suma asegurada para el Seguro de Vida.

35. AJUSTE Y DEDUCCIONES DE LA POLIZA

La indemnización por Enfermedad Grave o trasplante de órganos vitales no es acumulable al seguro de vida y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización del presente amparo, dicha suma será deducida del valor asegurado que pueda corresponder por el Básico; en consecuencia, cuando se pague cualquier suma como indemnización por el Amparo de Enfermedades Graves o trasplante de órganos vitales, el valor asegurado del amparo básico se reducirá en ese mismo monto.

Si la póliza a la cual se incluye este amparo, contiene además el de Incapacidad Total y Permanente y en virtud de él la Compañía, ha efectuado algún pago, éste será deducido del que pueda corresponderle al presente anexo.

36. RECLAMACIÓN

Para que la Compañía pague la indemnización correspondiente al presente amparo, el asegurado debe presentar pruebas fehacientes que determinen la existencia del hecho cubierto.

37. REQUISITOS PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

No se indemnizará ningún importe cubierto por este beneficio antes de haber recibido por parte del Asegurado pruebas fehacientes y satisfactorias para la Compañía de la ocurrencia de la enfermedad grave en cuestión, prueba que deberá incluir el diagnóstico confirmado por un médico nombrado por la Compañía para tal efecto, y cuyo diagnóstico deberá estar debidamente sustentado por información clínica, radiológica, histológica y de laboratorio.

38. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

La Compañía pagará la indemnización a que está obligada por el presente amparo, dentro del término legal, para lo cual podrá hacer examinar al Asegurado tantas veces como lo estime conveniente mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente anexo, con el fin de comprobar la veracidad y exactitud de las pruebas presentadas por el Asegurado.

El pago de la indemnización a que hubiere lugar se hará al Asegurado y en el evento de que éste no pueda efectuar el cobro de la indemnización en razón de su estado de salud, el pago se hará a los beneficiarios del seguro de vida o en su defecto a los beneficiarios de ley.

Cualquier prima pagada por un período posterior a la revocación, será reembolsada.

39. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA DE ESTE AMPARO

- Al vencimiento de la anualidad más próxima en que el asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.
- Por cualquier causa de terminación del seguro principal
- Cuando se haya pagado como indemnización el 100% del valor Asegurado para este amparo adicional.

CONDICIONES PARTICULARES PARA LAS COBERTURAS DE GASTOS MÉDICOS

40. EDADES

La edad mínima de ingreso es de dieciocho años (18) años y la edad máxima hasta el día que cumpla sesenta y cinco (65) años de edad con permanencia en la póliza hasta el día que cumpla los setenta (70) años de edad. En el caso de los hijos, la edad mínima de ingreso será desde los seis (6) meses de edad y la máxima de ingreso, hasta el día que cumpla veinticuatro (24) años, con permanencia hasta el día que cumpla los veinticinco (25) años de edad.

41. DEFINICIONES

- 41.1 ENFERMEDAD: SIGNIFICA CUALQUIER ALTERACIÓN DE LA SALUD DE UNA PERSONA, RESULTADO DE LA ACCIÓN DE AGENTE PATÓGENO CON RELACIÓN AL ORGANISMO, QUE CONDUZCA A UN TRATAMIENTO MÉDICO Y/O QUIRÚRGICO.
- 41.2 ACCIDENTE: LESIÓN FÍSICA RESULTANTE DE UN HECHO EXTERNO, VIOLENTO OCASIONAL Y SÚBITO, INDEPENDIEMENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO.
- 41.3 TRATAMIENTO: CONJUNTO DE MEDIOS POR LOS CUALES SE CURA O ALIVIA UNA ENFERMEDAD O UNA LESIÓN POR ACCIDENTE.
- 41.4 MÉDICO: LAS PERSONAS NATURALES QUE CUMPLIENDO LOS REQUISITOS LEGALES, ESTÉN AUTORIZADAS PARA EL EJERCICIO DE LA MEDICINA EN EL ÁREA CLÍNICA QUIRÚRGICA O DE APOYO DIAGNÓSTICO O ASISTENCIAL.
- 41.5 BENEFICIO: SON LAS CANTIDADES MÁXIMAS QUE POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIÓN RECONOCE LA COMPAÑÍA, DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES QUE SE ESTABLEZCAN EN LA PÓLIZA.
- 41.6 UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: ES EL LUGAR DE CUIDADO ESPECIALIZADO EN UN CENTRO HOSPITALARIO, DOTADO CON RECURSOS HUMANOS Y EQUIPOS ESPECIALES DONDE SE PRESTA ATENCIÓN PERMANENTE AL PACIENTE CRÍTICO.
- 41.7 "HOSPITALIZACIÓN: ES LA RECLUSIÓN EN UN HOSPITAL O CLÍNICA COMO PACIENTE INTERNO ESTANDO EL ASEGURADO BAJO EL CUIDADO Y ATENCIÓN DE UN MÉDICO. PARA EFECTOS DEL PAGO INDEMNIZATORIO SE RECONOCERÁ EL BENEFICIO DIARIO POR HOSPITALIZACIÓN, A PARTIR DE LA PRIMERA NOCHE DE HOSPITALIZACIÓN, ENTENDIÉNDOSE COMO TAL EL CAMBIO DE FECHA ENTRE LA ENTRADA Y LA SALIDA"
- 41.8 DIAGNÓSTICO: ES TODA IDENTIFICACIÓN DE UNA ENFERMEDAD FUNDÁNDOSE EN LOS SISTEMAS MANIFESTADOS POR EL PACIENTE, CONFIRMADAS POR EVIDENCIAS CLÍNICAS Y PARACLÍNICAS.
- 41.9 VALOR ASEGURADO: SON LAS CANTIDADES MÁXIMAS QUE POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIÓN RECONOCE LA COMPAÑÍA, DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES QUE SE ESTABLEZCAN EN LA PÓLIZA.
- 41.10 TITULAR ASEGURADO: FUNCIONARIO O CLIENTE DE LA ENTIDAD TOMADORA Y SU CÓNYUGE QUE ADQUIERAN ÉSTE PRODUCTO.
- 41.11 GRUPO ASEGURADO: LOS HIJOS (as) DEL TITULAR ASEGURADO, DE SU CÓNYUGE O COMPAÑERA (O) PERMANENTE Y LOS PADRES DE TITULAR ASEGURADO.
- 41.12 PERSONA ASEGURADA: ES EL TITULAR ASEGURADO, LOS FAMILIARES ELEGIBLES, QUE SE NOMBRAN EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO CON ESA CALIDAD.
- 41.13 PACIENTE INTERNO: ES LA PERSONA ASEGURADA CUYO INGRESO EN EL HOSPITAL SE HACE EN CALIDAD DE PACIENTE Y CUYA RECLUSIÓN ES NECESARIA PARA EL CUIDADO MÉDICO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE UNA ENFERMEDAD O LESIÓN CUBIERTA POR ESTA PÓLIZA Y NO SIMPLEMENTE PARA ALGÚN TIPO DE CUIDADO, CONVALESCENCIA, REHABILITACIÓN O REPOSO.
- 41.14 TRATAMIENTO AMBULATORIO: ES TODO PROCEDIMIENTO QUE NO REQUIERA DE HOSPITALIZACIÓN.
- 41.15 EVENTO: COMPRENDE TODOS LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS CONTINUOS O DISCONTINUOS QUE REQUIERA CUALQUIERA DE LOS ASEGURADOS, DEBIDOS A UNA MISMA CAUSA O CAUSAS RELACIONADOS ENTRE SÍ.
- 41.16 PREEXISTENCIA: ENFERMEDAD QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA O TRATADA, O ACCIDENTE SUFRIDO POR EL ASEGURADO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIACIÓN DE VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

41.17 LESIÓN. ES LA ALTERACIÓN, DAÑO ANATÓMICO DE CUALQUIER PARTE U ÓRGANO DEL CUERPO HUMANO, ORIGINADO POR LA ACCIÓN DE UN OBJETO CONTUNDENTE, DE CORTE, DE FUEGO, ASÍ COMO LA AFECCIÓN PATOLÓGICA INFECCIOSA O NO, O POR CUALQUIER TIPO DE ACCIDENTE QUE NO DEPENDA DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO.

41.18 CIRUGÍA AMBULATORIA. ES TODO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO QUE SE REALICE SIN NECESIDAD DE INTERNAR EL PACIENTE POR UN PERÍODO MAYOR DE 24 HORAS.

41.19 CENTRO MÉDICO, HOSPITALARIO O DE CIRUGÍA AMBULATORIA. ESTABLECIMIENTO LEGALMENTE REGISTRADO Y AUTORIZADO QUE REUNA LAS CONDICIONES EXIGIDAS PARA ATENDER A LOS ENFERMOS, CON MÉDICOS, ENFERMERAS Y ANESTESISTAS DEBIDAMENTE LICENCIADOS; POR LO MENOS DOS SALAS DE CIRUGÍA Y UNA SALA DE RECUPERACIÓN, LABORATORIOS DE DIAGNÓSTICOS Y SALAS DE RADIOGRAFIAS, QUE LE PERMITAN PRESTAR ASISTENCIA DE EMERGENCIAS Y SE ENCUENTREN REGISTRADAS Y AUTORIZADAS DE ACUERDO CON LA LEGISLACIÓN DEL PAÍS. NO SERÁN CONSIDERADOS COMO CENTROS MÉDICOS O CIRUGÍA AMBULATORIA, PARA EFECTOS DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS INSTITUCIONES MENTALES PARA TRATAMIENTOS DE ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS; LOS LUGARES DE REPOSO, CONVALESCENCIA O DESCANSO PARA ANCIANOS, DROGADICTOS O ALCOHÓLICOS; LOS CENTROS DE CUIDADOS INTERMEDIOS; LOS LUGARES DONDE SE PROPORCIONAN TRATAMIENTOS NATURISTAS O DE ESTÉTICA. SE CONSIDERA CENTRO DE CIRUGÍA AMBULATORIA, AQUELLOS PROCEDIMIENTOS ESPECIALIZADOS TALES COMO: CIRUGÍA REFRACTIVA, FOTOCOAGULACIÓN DE RETINA, PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS, OTORRINOS, ORTOPÉDICOS, ENDOSCÓPICOS.

41.20 SALA DE CIRUGÍA. RECINTO ESPECIALMENTE DOTADO DE EQUIPOS QUE SOPORTEN LA VIDA UBICADO EN UN CENTRO MÉDICO O CENTRO DE CIRUGÍA QUE CUMPLA CON LOS REQUISITOS MÍNIMOS LEGALES EXIGIDOS PARA TAL FIN.

41.21 PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO. INTERVENCIÓN MEDIANTE UNA CIRUGÍA, LA CUAL SE REALIZA EN LA SALA QUIRÚRGICA DE UN CENTRO MÉDICO O CENTRO DE CIRUGÍA QUE CUMPLA CON LOS REQUISITOS MÍNIMOS LEGALES EXIGIDOS PARA TAL PROCEDIMIENTO, BAJO EL CUIDADO Y SUPERVISIÓN DE UN MÉDICO QUE POSEEA LICENCIA PERMANENTE Y VÁLIDA PARA PRACTICAR LA MEDICINA EN COLOMBIA.

42. AVISOS, RECLAMACIÓN E INDEMNIZACIONES

42.1 El asegurado o beneficiario deberá dar noticia a la compañía de la ocurrencia del siniestro dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia y esta suministrará al asegurado en tal momento, la información correspondiente a la documentación necesaria para la formalización de la reclamación, si a ello hubiere lugar.

42.2 El monto del valor asegurado se indemnizará según los valores expresados en la solicitud certificado de seguro, conforme con la definición de amparos prevista en la sección D "Gastos Médicos".

42.3 La compañía efectuará el pago indemnizatorio dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiarios hayan formalizado la reclamación. Todo pago parcial efectuado por la compañía bajo la presente póliza, será considerado como un adelanto de la suma definitiva a indemnizar respecto del accidente que originó dicho pago.

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

42.5 La hospitalización del asegurado que comience en la vigencia de esta póliza y que se deba a la misma causa o causas relacionadas con una hospitalización anterior y por la cual se haya pagado indemnización diaria bajo este plan, sin que exista un período entre ellas de por lo menos doce (12) meses, será considerada una continuación de dicha hospitalización anterior, para efectos de determinar el período de indemnización estipulado y el máximo beneficio pagadero por la póliza. Por el contrario, hospitalizaciones separadas por un período igual o superior a doce (12) meses y hospitalizaciones que no tengan una misma causa o causas relacionadas, no serán consideradas como ocurridas durante el mismo período de indemnización estipulado.

43. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA EL TRAMITE DE UNA RECLAMACIÓN

Renta diaria por hospitalización:

- Formulario de reclamación
- Certificación del centro hospitalario donde fue atendido, indicando fecha y hora de ingreso y de salida, así como el tratamiento realizado, diagnóstico y tiempo de evolución.
- Historia Clínica.

Cirugía Ambulatoria:

- Formulario de reclamación
- Certificación del centro médico donde fue atendido, indicando fecha y hora de ingreso y de salida, así como el tratamiento realizado, diagnóstico y tiempo de evolución.
- Historia Clínica.

Reembolso de gastos hospitalarios por nacimiento de un hijo

- Formulario de reclamación
- Certificación del centro hospitalario donde fue atendido, indicando fecha y hora de ingreso y de salida, así como el tratamiento realizado, diagnóstico y tiempo de evolución.
- Facturas del centro hospitalario donde conste que los gastos asumidos por el asegurado no hayan sido cubiertos por el POS u otro plan de medicina.