

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO PLUS

COMPAÑÍA ASEGURADORA: ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A., NIT. 860.002.534-0 QUE PARA TODOS LOS EFECTOS DEL CONTRATO DE SEGUROS SE LLAMARÁ ZURICH O LA COMPAÑÍA.

1. COBERTURA.

¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

ZURICH AMPARA AL ASEGURADO CONTRA EL RIESGO DE FALLECIMIENTO LEGALMENTE COMPROBADO, OCURRIDO COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD, DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, Y QUE NO SE ENCUENTRE EXCLUIDO.

¿CUÁL ES EL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO?

EL VALOR ASEGURADO, SERÁ EL PACTADO EXPRESAMENTE EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO EN DONDE SE ESTIPULARÁN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA QUE APLIQUEN A ESTE.

¿EN QUÉ CONDICIONES OPERA ESTE SEGURO?

- LA MUERTE POR SUICIDIO ESTARÁ AMPARADA DESPUÉS DE TRANSCURRIDO UN AÑO DESDE LA FECHA DE INICIO DE LA PRIMERA VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.
- LA MUERTE POR HOMICIDIO ESTÁ AMPARADA SIEMPRE Y CUANDO NO SEA CAUSADA POR LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN LA COMISIÓN DE ACTOS DELICTIVOS, EN ACTOS TERRORISTAS, Y/O POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO.
- AL VALOR ASEGURADO CONTRATADO EN ESTE AMPARO SE LE DEDUCIRÁ EL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN PAGADA POR LOS AMPAROS ADICIONALES CONTRATADOS, SI EN ELLOS SE INDICA QUE APLICA UNA DEDUCCIÓN SOBRE ESTE AMPARO.
- HABRÁ RESTABLECIMIENTO DEL VALOR ASEGURADO DE ESTE AMPARO, SI ASÍ SE PACTARA EN CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA Y EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, O SI ASÍ ESTUVIERA ESTABLECIDO EN UN AMPARO OPCIONAL CONTRATADO. EL RESTABLECIMIENTO SE EFECTUARÁ EN LAS CONDICIONES INDICADAS EN LOS AMPAROS RESPECTIVOS.

¿EL AMPARO BÁSICO PUEDE TENER AMPAROS OPCIONALES?

SÍ, EL AMPARO OPCIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD, U OTROS SIEMPRE Y CUANDO ESTÉN EXPRESAMENTE INDICADOS EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

EN TODO CASO, SI SE CONTRATAN AMPAROS OPCIONALES, A ELLOS APLICARÁN, ADEMÁS DE ESTAS CONDICIONES GENERALES, LOS DESCRIPTO EN LAS CONDICIONES PROPIAS DE CADA AMPARO.

2. EXCLUSIONES.

¿QUÉ NO CUBRE ESTE SEGURO?

- A. EL FALLECIMIENTO CAUSADO DIRECTAMENTE POR GUERRA INTERIOR O EXTERIOR, INVASIÓN, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, SEDICIÓN, ASONADA O ACTOS VIOLENTOS MOTIVADOS POR CONMOCIÓN CIVIL O POR APLICACIÓN DE LA LEY MARCIAL, REBELIÓN, INSURRECCIÓN, PODER MILITAR USURPADO O MOTÍN.
- B. EL FALLECIMIENTO COMO CONSECUENCIA DE FUSIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, RADIOACTIVIDAD O EL USO DE ARMAS ATÓMICAS, BACTERIOLÓGICAS O QUÍMICAS.
- C. EL FALLECIMIENTO CAUSADO POR LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN LA COMISIÓN DE ACTOS DELICTIVOS, EN ACTOS TERRORISTAS, Y/O POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO.
- D. EL FALLECIMIENTO POR PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS.
- E. EL FALLECIMIENTO POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE ESTAR BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES CON GRADO IGUAL O MAYOR A TRES, O DE SUSTANCIAS ALUCINÓGENAS O CUALQUIER SUSTANCIA ILEGAL, SALVO QUE SE DEMUESTRE PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
- F. EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO QUE TENGA COMO CAUSA O SEA CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES O PATOLOGÍAS Y/O LESIONES QUE SE HAYAN MANIFESTADO, DIAGNOSTICADO Y/O TRATADO ANTES DE LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.
- G. EL SUICIDIO, SI EL ASEGURADO SE QUITARE LA VIDA ANTES DE HABER TRANSCURRIDO UN (1) AÑO DESDE LA FECHA DE INICIO DE LA PRIMERA VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL

PARÁGRAFO: LA COMPAÑÍA NO ESTARÁ OBLIGADA A PROVEER COBERTURA, REALIZAR PAGOS, PRESTAR SERVICIOS U OTORGAR BENEFICIOS AL ASEGURADO O A TERCEROS, RELACIONADOS CON LA PÓLIZA, EN LA MEDIDA EN QUE DICHA COBERTURA, PAGO, SERVICIO, BENEFICIO Y/O CUALQUIER NEGOCIO O ACTIVIDAD DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO, SEA VIOLATORIA DE LEYES O REGULACIONES SOBRE SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES, LOCALES O INTERNACIONALES QUE LE SEAN APLICABLES A ZURICH.

3. RECLAMACIÓN, INDEMNIZACIÓN Y PAGO.

¿QUÉ HACER EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO?

En caso de fallecimiento se debe presentar reclamo a la aseguradora con documentos que acrediten la ocurrencia del evento amparado, tales como:

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía o documento de identidad del Asegurado.
- Fotocopia del registro civil de defunción.
- Historia clínica con antecedentes.
- En caso de muerte presunta, sentencia proferida por autoridad judicial.
- En caso de muerte accidental: Certificación de Fiscalía y croquis en caso de accidente de tránsito.
- Si quienes presentan la reclamación son los beneficiarios de ley, deberán adjuntar los documentos mediante los cuales acrediten tal calidad, de acuerdo con lo establecido en la normatividad que rige la materia.

Así mismo, en caso de ser necesario y las circunstancias lo ameriten, se podrán solicitar documentación adicional para la acreditación del siniestro y de su cuantía si fuera necesario.

¿QUÉ PLAZO TENGO PARA PRESENTAR LA RECLAMACIÓN?

La reclamación puede ser presentada en cualquier momento antes de la ocurrencia de la prescripción establecida en el artículo 1081 del Código de Comercio, que establece:

“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.”

¿CÓMO SE PAGA EL SINIESTRO?

ZURICH pagará a los beneficiarios designados o a los beneficiarios de ley, si no hubo designación, el valor de la indemnización, teniendo como límite al valor asegurado a la fecha de ocurrencia del siniestro, establecido en el certificado individual de seguro para la cobertura contratada y afectada, descontando el valor de las indemnizaciones pagadas por los amparos adicionales contratados si en ellos se indica que aplica dicha deducción. El plazo para que la Compañía acepte o niegue la reclamación será de veinte (20) días hábiles contado a partir de la fecha en la cual se entregue la totalidad de los documentos necesarios para demostrar la ocurrencia del siniestro.

LA COMPAÑÍA solicitará la documentación necesaria para poder realizar los pagos a beneficiarios designados o los de ley, como: fotocopia de cédula de cada uno de los beneficiarios, certificación bancaria, SARLAFT o documentaciones que acrediten parentescos con la persona asegurada.

¿SE PUEDE PERDER EL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN?

Sí, el derecho a la indemnización se pierde cuando en la reclamación se utilice cualquier prueba que no corresponda a la realidad o sea obtenida por medios fraudulentos para demostrar la ocurrencia del siniestro o su cuantía.

¿QUÉ DERECHOS TENGO EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE LA COMPAÑÍA?

Si la Compañía no define la reclamación dentro del plazo pactado, habiéndose acreditado la cuantía y la ocurrencia del siniestro, usted puede acudir ante el defensor del consumidor financiero de ZURICH, cuyos datos de ubicación se encuentran en la página web de la Compañía y en el certificado de seguro, o acudir a la Superintendencia Financiera De Colombia o iniciar acciones legales para obtener el pago.

En caso de que ZURICH no pague la reclamación o no la niegue dentro del plazo pactado, usted tendrá derecho a la obtención del valor asegurado a través del inicio de las acciones legales ante los jueces de la república o ante quien haga sus veces. Cualquier pago efectuado con posterioridad al vencimiento del plazo para realizarlo, le dará derecho al beneficiario a que sobre el importe de la indemnización se le paguen intereses moratorios a la máxima tasa vigente al momento de realizar el pago.

4. GRUPO ASEGURABLE, MODALIDAD DE SEGURO, PRIMA VIGENCIA Y EDADES

¿QUIÉNES HACEN PARTE DEL GRUPO ASEGURADO?

Las personas naturales que tienen una relación comprobable con el Tomador que no surja de la expedición únicamente por el seguro. Además del asegurado principal, pueden ser asegurables los cónyuges o compañeros (as) permanente, padres, hermanos e hijos dependientes del asegurado principal cuando así se indique en la carátula de la póliza o en el certificado individual.

¿CUÁL ES LA MODALIDAD DEL SEGURO?

Este seguro puede ser contributivo, si el pago de la prima está a cargo del asegurado, o no contributivo, si el pago de la prima está a cargo del tomador del seguro.

¿QUÉ PASA SINO SE PAGA LA PRIMA DE SEGURO?

La prima es el precio que se paga para tener la cobertura del seguro, de no pagarse en el plazo pactado la cobertura del certificado individual respectivo termina automáticamente.

¿CUÁL ES LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO?

La vigencia de la póliza es anual. No obstante, podrá pactarse una vigencia por períodos inferiores o superiores, la cual será pactada expresamente en el certificado individual de seguro en donde se estipularán las condiciones particulares de la póliza que apliquen a este.

El ámbito de la cobertura quedará indicado en las condiciones particulares de la póliza.

¿CUÁLES SON LAS EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DE ESTA PÓLIZA?

Las edades de ingreso y permanencia estarán establecidas en las condiciones particulares de la póliza que se incluirán en el certificado individual de seguro para el amparo básico y los amparos opcionales contratados. Usted como asegurado deberá declarar la edad actual al momento de suscribir el seguro.

¿QUÉ CONSECUENCIAS TIENE UN ERROR EN LA DECLARACIÓN DE LA EDAD?

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

1. Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa de la Compañía, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el artículo 1058 del Código Comercio.
2. Si es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por la Compañía, y
3. Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el numeral anterior.

5. CONVERTIBILIDAD

El asegurado principal menor de sesenta y cinco (65) años de edad que revoque su seguro o que, por causa distinta al pago de un siniestro, se separe del grupo asegurado después de permanecer en él por lo menos

durante un año continuo, tendrá derecho a ser asegurado de manera individual con cualquier otra compañía de seguros con la que ZURICH tenga un contrato o convenio. Lo anterior sin la exigencia del cumplimiento de requisitos de asegurabilidad, garantizando la misma suma asegurada vigente del amparo básico al momento de retirarse del grupo sin beneficios adicionales, siempre y cuando solicite la convertibilidad dentro del término de un mes contado a partir de su retiro del grupo. El seguro que la otra compañía expida, se emitirá de acuerdo con las condiciones respectivas del asegurado y conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el asegurado, a su ocupación y estado de salud en la fecha de la solicitud.

Si el asegurado fallece después de haber solicitado la convertibilidad a la nueva póliza, conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que ella se hubiera expedido, sus beneficiarios tendrán derecho a la prestación asegurada bajo la presente póliza, caso en el cual se deducirá del valor de la indemnización el valor de la prima anual correspondiente.

6. PRINCIPIO DE CAUSALIDAD

La eventual reticencia o inexactitud solo podrá ser alegada por la aseguradora si tal error en la declaración del estado del riesgo tiene relación de causalidad con el siniestro, por lo que, en caso contrario, la aseguradora reconocerá el valor asegurado.

De acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio se presenta reticencia o inexactitud cuando el tomador o asegurado omite declarar hechos o circunstancias acerca del estado del riesgo, que, de haber sido conocidos por el asegurador al momento de contratar, éste se hubiera retraído de celebrar el contrato o lo hubiera hecho en condiciones más onerosas.

7. DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENCIA

La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro de acuerdo con lo establecido por el artículo 1058 del Código de Comercio.

El TOMADOR y los asegurados individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo según el cuestionario que les sea propuesto por ZURICH.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el TOMADOR ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del TOMADOR, el contrato no será nulo pero ZURICH sólo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato representen respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 del Código de Comercio, el cual indica que transcurridos dos años en vida del asegurado, desde la fecha del perfeccionamiento del contrato, el valor del seguro de vida no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad.

Si la reticencia o inexactitud provienen del asegurado, se aplicarán las mismas sanciones respecto de su seguro individual (Artículo 1058, Código de Comercio).

Aunque ZURICH prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 del Código de Comercio, ni de las sanciones a las que su infracción dé lugar.

ZURICH se reserva el derecho a solicitar la información médica requerida del asegurado con el fin de verificar las declaraciones presentadas.

Si respecto a la edad del asegurado se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el artículo 1161 del Código de Comercio.

8. IRREDUCTIBILIDAD

De conformidad con lo establecido por los artículos 1160 y 1161 del Código de Comercio, una vez transcurridos dos (2) años en vida del Asegurado, contados desde la fecha del perfeccionamiento del contrato, y encontrándose éste vigente, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error inculpable en la Declaración de Asegurabilidad o en la Solicitud de Seguro, sin perjuicio de lo establecido en la condición de Inexactitud en la Declaración de Edad.

9. REVOCACIÓN.

¿CÓMO OPERA LA REVOCACIÓN EN ESTA PÓLIZA?

El tomador y/o asegurado podrán revocar el seguro y quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación por ZURICH o en la fecha especificada por el tomador para tal terminación, la que ocurra más tarde y el tomador será responsable de pagar a la compañía todas las primas debidas en esa fecha.

El presente contrato no podrá ser revocado unilateralmente por el asegurador en el amparo básico de muerte.

Tratándose de los amparos adicionales, ZURICH podrá revocarlos mediante aviso escrito al tomador enviado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha del envío. En este caso, ZURICH devolverá la parte proporcional de la prima no devengada desde la fecha de la revocación. En caso de que ZURICH reciba suma alguna después de la fecha de revocación no hará perder los efectos de dicha revocación. En consecuencia, cualquier pago posterior será reembolsado.

10. CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

El amparo individual de cualquier de los asegurados termina por las siguientes causas:

- A. Por falta de pago de la prima, una vez vencido el periodo de gracia estipulado.
- B. Cuando el asegurado solicite por escrito la revocación del seguro.
- C. Cuando el Tomador solicite revocar la póliza o no renovar.
- D. Para los asegurados individualmente considerados, cuando ZURICH pague la indemnización por muerte o en el momento en que la indemnización de alguno de los amparos opcionales agote el valor asegurado del amparo básico de vida.
- E. Para los asegurados individualmente considerados, cuando ZURICH pague la indemnización por incapacidad total y permanente.
- F. En caso de haberse otorgado la posibilidad de asegurar al cónyuge o compañero(a) permanente, padres, hermanos y/o hijos dependientes del asegurado principal, su cobertura finalizará en caso de fallecimiento del asegurado principal o salida de este del grupo asegurado.

11. PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS

De conformidad con lo establecido por las normas legales de Colombia sobre el tema de prevención de lavados de activos, el Tomador, el (los) asegurado (os) y el (los) beneficiario (s), según sea el caso, se obligan a diligenciar con datos ciertos y reales el formato que para tal menester se le entregue y a suministrar los documentos que se soliciten como anexo, al inicio de la póliza, de la renovación de la misma, y al momento del pago de indemnizaciones.

12. CONDICIONES NO PREVISTAS Y COMPLETITUD.

Este contrato de seguro debe interpretarse de forma armónica y en su conjunto, para lo no expresamente regulado, se deberá acudir a las normas colombianas que le sean aplicables.

13. JURISDICCIÓN, NOTIFICACIONES Y DOMICILIO.

El presente seguro queda sometido a la jurisdicción colombiana y será competente el juez del lugar de celebración del contrato de seguro o del domicilio de la Compañía a elección del Tomador.

La notificación se realizará en la última dirección registrada por el asegurado o Tomador, respectivamente.

Sin perjuicio de las disposiciones correspondientes, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de las partes la ciudad mencionada en la carátula de la póliza y ubicada en la República de Colombia.

AMPAROS ADICIONALES OPCIONALES

LOS AMPAROS ADICIONALES OPCIONALES QUE A CONTINUACIÓN SE MENCIONAN FORMARAN PARTE DE LA PÓLIZA SI APARECEN RELACIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

AMPARO OPCIONAL ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PLUS

COMPAÑÍA ASEGURADORA:

ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A., NIT. 860.002.534-0 QUE PARA TODOS LOS EFECTOS DEL CONTRATO DE SEGUROS SE LLAMARÁ ZURICH O LA COMPAÑÍA.

AL PRESENTE AMPARO LE SON APLICABLES LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO PLUS DE LA QUE HACE PARTE, EN ADICIÓN A LAS CONDICIONES INDICADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO QUE PRIMARÁN SOBRE LAS GENERALES, EN CASO DE EXISTIR ALGUNA CONTRADICCIÓN ENTRE ELLAS.

1. COBERTURA.

¿QUÉ CUBRE ESTE AMPARO?

ZURICH AMPARA EL RIESGO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE QUE SUFRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O DE UNA ENFERMEDAD QUE NO SE ENCUENTRE EXCLUIDO. LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE, EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD Y LA ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD DEBEN DARSE DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO. LA CALIFICACIÓN DE LA INCAPACIDAD DEBE REALIZARSE POR LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS EN EL MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ (DECRETO 1507 DE 2014 O AQUEL VIGENTE AL MOMENTO DE LA CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ).

SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CUANDO SE PRODUZCAN LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES QUE GENEREN UNA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL MAYOR O IGUAL AL 50%. PARA ESTE EVENTO LA FECHA DEL SINIESTRO ES LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN.

TAMBIÉN SE CONSIDERA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS QUE SEAN CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD:

- A. LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS;
- B. LA AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS O DE AMBOS PIES;
- C. LA PÉRDIDA DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE;
- D. LA PÉRDIDA DE TODA UNA MANO O DE TODO UN PIE Y LA VISIÓN POR UN OJO;
- E. LA PÉRDIDA TOTAL DEL HABLA;
- F. LA PÉRDIDA TOTAL DE LA AUDICIÓN POR AMBOS OÍDOS.

PARA EFECTOS DE LO ANTERIOR, SE CONSIDERARÁ QUE HAY PÉRDIDA CUANDO SE CUMPLAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- A. MANOS: AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN RADIOCARPIANA O MÁS PROXIMAL.
- B. PIES: AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN TIBIOTARSIANA O MÁS PROXIMAL.
- C. OJOS: LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN.

¿CUÁL ES EL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO?

EL VALOR ASEGURADO ES LA SUMA MÁXIMA DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA, INDICADA EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

¿EN QUÉ CONDICIONES OPERA ESTE AMPARO?

- LA CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL DE SER REALIZADA POR LA EPS, ARL, O ENTIDAD DEL RÉGIMEN GENERAL DE PENSIONES Y EN CASO DE DISCREPANCIA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA, LA CALIFICACIÓN DEFINITIVA PARA ESTE AMPARO SERÁ LA ESTABLECIDA POR EL DICTAMEN DE LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ QUE SE ENCUENTRE EN FIRME.
- LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD DEBE TENER UNA CAUSA DISTINTA A LA GENERADA POR CUALQUIER ENFERMEDAD O PATOLOGÍA Y/O LESIONES QUE SE HAYAN MANIFESTADO, DIAGNOSTICADO Y/O TRATADO ANTES DE LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL.
- LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE DEBE TENER UNA CAUSA DISTINTA A LAS LESIONES OCASIONADAS POR EL ASEGURADO.
- LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE QUE SEA CONSECUENCIA DE PADECIMIENTOS, ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS, SIEMPRE Y CUANDO NO SEAN CONOCIDOS POR EL ASEGURADO AL INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL O A LA INCLUSIÓN DE LOS AMPAROS OPCIONALES. O QUE, SIENDO CONOCIDAS, LAS HAYA DECLARADO A LA COMPAÑÍA Y ÉSTA LAS HUBIERE ACEPTADO.

2. EXCLUSIONES.

¿QUÉ NO CUBRE ESTE AMPARO?

PARA ESTE AMPARO SON APLICABLES, EN LO QUE CORRESPONDA, LAS EXCLUSIONES DEL AMPARO BÁSICO DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACcede ESTE AMPARO OPCIONAL Y EN ADICIÓN A DICHAS EXCLUSIONES, APLICAN LAS SIGUIENTES:

- A. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE PRODUCIDA POR EL USO DE VEHÍCULO O ARTEFACTOS AÉREOS EN CALIDAD DE PILOTO, ESTUDIANTE DE PILOTAJE, MECÁNICO DE AVIACIÓN O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN, O COMO PASAJERO EN VUELOS NO COMERCIALES.
- B. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CAUSADA POR LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN PRÁCTICAS O EN COMPETENCIAS DE DEPORTES DE ALTO RIESGO, TALES COMO: VUELOS EN COMETA, ALA DELTA, PARAPENTE, PARACASIDISMO, MOTOCROSS, KARTISMO, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, MOTONÁUTICA, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, ESPELEOLOGÍA, RAFTING, VUELO EN ULTRALIVIANOS, PLANEADORES, SURFING, BOXEO, SALTO CON CUERDAS DESDE PUENTES O CONSTRUCCIONES Y EN CUALQUIER OTRO CONCURSO, COMPETENCIA, O SUS PREPARATIVOS, BUCEO, DEPORTES DE INVIERNO Y LA PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL Y OTROS SIMILARES, SEA COMO MIEMBRO ACTIVO O EJECUTANTE, Y CUALQUIER OTRO DEPORTE QUE EN LA LITERATURA UNIVERSAL SE CONSIDERE DE ALTO RIESGO O EXTREMO COMO CONSECUENCIA DE LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN PRÁCTICAS,

ENTRENAMIENTOS O EN COMPETENCIAS DE DEPORTES CONSIDERADOS COMÚNMENTE COMO EXTREMOS O DE ALTO RIESGO.

- C. EL ESTADO DE COMA PROVOCADO POR EL ABUSO DEL ALCOHOL, SUSTANCIAS TÓXICAS O DROGAS NO PRESCRITAS POR UN MÉDICO.
- D. LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD QUE SE HAYA MANIFESTADO, DIAGNOSTICADO Y/O TRATADO ANTES DE LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL, O POR ACCIDENTE QUE NO HAYA OCURRIDO DENTRO DE LA VIGENCIA DEL CERTIFICADO DE SEGURO
- E. LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE COMO CONSECUENCIA DE LESIONES OCASIONADAS POR EL MISMO ASEGURADO, INCLUIDA PERO NO LIMITADA A LA TENTATIVA DE SUICIDIO.
- F. LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE EN MOTOCICLETA, MOTONETA U OTROS VEHÍCULOS A MOTOR DE SOLO 2 RUEDAS, SI EL ASEGURADO ES MENOR DE 25 AÑOS YA SEA COMO CONDUCTOR O ACOMPAÑANTE.

3. RECLAMACIÓN, INDEMNIZACIÓN Y PAGO.

¿QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO?

Los beneficiarios designados en el certificado individual de seguro deberán acreditar la ocurrencia del siniestro, se recomienda presentar los siguientes documentos:

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía o documento de identidad del Asegurado.
- Copia de la historia clínica con antecedentes.
- Copia de la declaración del médico tratante.
- Dictamen de Junta calificadora medica regional, EPS o ARL donde indica porcentaje de pérdida de la capacidad laboral, fecha de dictamen y fecha de estructuración. (incluyendo la respectiva ponencia)

Así mismo, en caso de ser necesario y las circunstancias lo ameriten, se podrán solicitar documentación adicional para la acreditación del siniestro y de su cuantía si fuera necesario.

¿CÓMO SE PAGA ESTE AMPARO?

ZURICH pagará a los beneficiarios designados o a los beneficiarios de ley, si no hubo designación, el valor de la indemnización, teniendo como límite al valor asegurado a la fecha de ocurrencia del siniestro, establecido en el certificado individual de seguro para la cobertura contratada y afectada. El plazo para que la Compañía acepte o niegue la reclamación será de veinte (20) días hábiles contado a partir de la fecha en la cual se entregue la totalidad de los documentos necesarios para demostrar la ocurrencia del siniestro.

El valor asegurado del amparo opcional de Incapacidad Total y Permanente por accidente o enfermedad, no es acumulable con el amparo básico de vida y, por lo tanto, el valor de la indemnización que se pague por este amparo será deducido del valor del amparo Básico de Vida.

4. TERMINACIÓN DEL AMPARO

Este amparo terminará por alguna de las causas indicadas en el amparo básico, o bien, por alguna de las siguientes causas:

- A. Que el amparo básico de muerte haya terminado por cualquier razón.
- B. Por el pago del 100% de la indemnización indicada para este amparo opcional.
- C. Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en el certificado individual de seguro.

AMPARO OPCIONAL ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL PLUS

COMPAÑÍA ASEGURADORA:

ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A., NIT. 860.002.534-0 QUE PARA TODOS LOS EFECTOS DEL CONTRATO DE SEGUROS SE LLAMARÁ ZURICH O LA COMPAÑÍA.

AL PRESENTE AMPARO LE SON APLICABLES LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO PLUS DE LA QUE HACE PARTE, EN ADICIÓN A LAS CONDICIONES INDICADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO QUE PRIMARÁN SOBRE LAS GENERALES, EN CASO DE EXISTIR ALGUNA CONTRADICCIÓN ENTRE ELLAS.

1. COBERTURA.

¿QUÉ CUBRE ESTE AMPARO OPCIONAL?

ZURICH SE OBLIGA A PAGAR A LOS BENEFICIARIOS, UNA INDEMNIZACIÓN ADICIONAL A LA PAGADA POR EL AMPARO BÁSICO DE VIDA, HASTA EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO PARA EL AMPARO OPCIONAL DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL, CUANDO LA MUERTE DEL ASEGURADO SEA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE Y SIEMPRE Y CUANDO OCURRA DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DEL ACCIDENTE.

¿CUÁL ES EL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO OPCIONAL?

EL VALOR ASEGURADO, SERÁ EL PACTADO EXPRESAMENTE EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO EN DONDE SE ESTIPULARÁN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA QUE APLIQUEN A ESTE.

¿EN QUÉ CONDICIONES OPERA ESTE SEGURO?

- PARA EFECTOS DE ESTE AMPARO, SE ENTENDERÁ POR ACCIDENTE, EL HECHO EXTERIOR, INDEPENDIENTE, IMPREVISTO, REPENTINO, COMPROBABLE Y FORTUITO INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO.
- LA MUERTE CAUSADA POR SUICIDIO, HOMICIDIO O SU TENTATIVA, ESTARÁ AMPARADAS SÓLO SI EL ASEGURADO CONTRATÓ UN AMPARO OPCIONAL QUE EXPRESAMENTE OTORGUE COBERTURA PARA ESOS EVENTOS.

2. EXCLUSIONES.

¿QUÉ NO CUBRE ESTE AMPARO OPCIONAL?

PARA ESTE AMPARO SON APLICABLES, EN LO QUE CORRESPONDA, LAS EXCLUSIONES DEL AMPARO BÁSICO DE LA PÓLIZA SEGURO DE VIDA GRUPO PLUS A LA CUAL ACcede ESTE AMPARO OPCIONAL Y EN ADICIÓN A DICHAS EXCLUSIONES NO HAY COBERTURA PARA LA INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- A. EVENTOS CAUSADOS DIRECTAMENTE POR GUERRA INTERIOR O EXTERIOR, INVASIÓN, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA, GUERRA CIVIL,

REVOLUCIÓN, SEDICIÓN, ASONADA O ACTOS VIOLENTOS MOTIVADOS POR CONMOCIÓN CIVIL O POR APLICACIÓN DE LA LEY MARCIAL, REBELIÓN, INSURRECCIÓN, PODER MILITAR USURPADO, MOTÍN.

- B. PRESTACIÓN DEL SERVICIO MILITAR, EN SERVICIO ACTIVO Y/O EN EJERCICIO DE SUS FUNCIONES COMO MILITAR, NAVAL, AÉREO O DE POLICÍA, MIEMBRO DE ORGANISMO DE SEGURIDAD, DE INTELIGENCIA, GUARDAESPALDAS O VIGILANTE.
- C. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN PRÁCTICAS O EN COMPETENCIAS DE DEPORTES DE ALTO RIESGO, TALES COMO: VUELOS EN COMETA, ALA DELTA, PARAPENTE, PARACASIDISMO, MOTOCROSS, KARTISMO, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, MOTONÁUTICA, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, ESPELEOLOGÍA, RAFTING, VUELO EN ULTRALIVIANOS, PLANEADORES, SURFING, BOXEO, SALTO CON CUERDAS DESDE PUENTES O CONSTRUCCIONES Y EN CUALQUIER OTRO CONCURSO, COMPETENCIA, O SUS PREPARATIVOS, BUCEO, DEPORTES DE INVIERNO Y LA PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL Y OTROS SIMILARES, SEA COMO MIEMBRO ACTIVO O EJECUTANTE, Y CUALQUIER OTRO DEPORTE QUE EN LA LITERATURA UNIVERSAL SE CONSIDERE DE ALTO RIESGO O EXTREMO.
- D. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS O EN CUALQUIER ACTO DELICTIVO.
- E. POR ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO VIAJE COMO PASAJERO EN VUELOS NO COMERCIALES O DE CARGA.
- F. FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR O RADIOACTIVIDAD, SEA EN FORMA DIRECTA O INDIRECTA.
- G. ACCIDENTES Y/O LESIONES SUFRIDAS POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE ESTAR BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES CON GRADO IGUAL O MAYOR A TRES, O DE SUSTANCIAS ALUCINÓGENAS O CUALQUIER SUSTANCIA ILEGAL, SALVO QUE SE DEMUESTRE PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
- H. INTOXICACIÓN, SALVO QUE SE TRATE DE ENVENENAMIENTO CAUSADO POR UN TERCERO CUANDO EL AMPARO DE MUERTE POR HOMICIDIO HAYA SIDO CONTRATADO.
- I. ESTRANGULAMIENTO DE HERNIAS DE CUALQUIER CLASE.
- J. INFECCIÓN BACTERIANA Y TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS QUE NO SEAN MOTIVADOS POR ACCIDENTE AMPARADO POR ESTA COBERTURA; CUALQUIER ENFERMEDAD CORPORAL O MENTAL, OCCLUSIONES INTESTINALES, RUPTURA DE ANEURISMAS, PANDEMIAS Y EPIDEMIAS.
- K. LESIONES CORPORALES (INTERNAS O EXTERNAS) QUE SUFRA EL ASEGURADO CON ANTERIORIDAD A LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO, O QUE TENGAN COMO CAUSA, O SEAN UNA CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO ANTES DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA OTORGADA POR LA PRESENTE PÓLIZA.
- L. ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR LA PICADURA DE INSECTOS (VECTORES) QUE CAUSEN ENFERMEDADES TALES COMO, PERO SIN LIMITARSE A PALUDISMO, LA LEISHMANIASIS, ENFERMEDAD DE CHAGAS, LA TRIPANOSOMIASIS AFRICANA, DENGUE, FIEBRE AMARILLA, CHIKUNGUÑA, FILARIASIS LINFÁTICA, ENTRE OTRAS.

3. RECLAMACIÓN, INDEMNIZACIÓN Y PAGO.

¿QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO?

En caso de fallecimiento se debe presentar reclamo a la aseguradora con documentos que acrediten la ocurrencia del evento amparado, tales como:

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Asegurado o documento de identidad.

- Acta de levantamiento de cadáver, Necropsia, informe de autoridad competente Fiscalía o fotocopia legible del croquis de tránsito, según el caso.
- Fotocopia del registro civil de defunción indicando la causa del fallecimiento.
- Si quienes presentan la reclamación son los beneficiarios de ley, deberán adjuntar los documentos mediante los cuales acrediten tal calidad, de acuerdo con lo establecido en la normatividad que rige la materia.

Así mismo, en caso de ser necesario y las circunstancias lo ameriten, se podrán solicitar documentación adicional para la acreditación del siniestro y de su cuantía si fuera necesario.

¿CÓMO SE PAGA ESTE AMPARO?

ZURICH pagará a los beneficiarios designados o a los beneficiarios de ley, si no hubo designación, el valor de la indemnización, teniendo como límite al valor asegurado a la fecha de ocurrencia del siniestro, establecido en el certificado individual de seguro para la cobertura contratada y afectada. El plazo para que la Compañía acepte o niegue la reclamación será de veinte (20) días hábiles contado a partir de la fecha en la cual se entregue la totalidad de los documentos necesarios para demostrar la ocurrencia del siniestro.

El valor asegurado del amparo opcional de indemnización adicional por muerte accidental no es acumulable con el valor asegurado del amparo opcional de desmembración accidental ni con el valor asegurado del amparo opcional de incapacidad total y permanente por accidente, por lo tanto, el valor de la indemnización será deducido del valor asegurado de tales amparos.

4. TERMINACIÓN DEL AMPARO.

Este amparo terminará por alguna de las causas indicadas en el amparo básico, o bien, por alguna de las siguientes causas:

- A. Que el amparo básico de muerte haya terminado por cualquier motivo.
- B. Por el pago del 100% el amparo opcional de incapacidad total y permanente si hubiera sido contratado.
- C. Por el pago del 100% de la indemnización indicada para este amparo opcional.
- D. Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en el certificado individual de seguro.

AMPARO OPCIONAL ADICIONAL DE BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL PLUS

COMPAÑÍA ASEGURADORA:

ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A., NIT. 860.002.534-0 QUE PARA TODOS LOS EFECTOS DEL CONTRATO DE SEGUROS SE LLAMARÁ ZURICH O LA COMPAÑÍA.

AL PRESENTE AMPARO LE SON APLICABLES LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO PLUS DE LA QUE HACE PARTE, EN ADICIÓN A LAS CONDICIONES INDICADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO QUE PRIMARÁN SOBRE LAS GENERALES, EN CASO DE EXISTIR ALGUNA CONTRADICCIÓN ENTRE ELLAS.

1. COBERTURA.

¿QUÉ CUBRE ESTE AMPARO OPCIONAL?

ZURICH AMPARA LA DESMEMBRACIÓN CUANDO DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS COMUNES SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DIRECTA Y EXCLUSIVA DE UN ACCIDENTE AMPARADO Y NO EXCLUIDO POR ESTA PÓLIZA, EL ASEGURADO SUFRIERA LESIONES CORPORALES (INTERNAS O EXTERNAS). LA DESMEMBRACIÓN DEBE OCURRIR DENTRO DE LA VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

LA COMPAÑÍA PAGARÁ LAS SUMAS QUE RESULTEN DE APLICAR AL VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA PARA EL AMPARO OPCIONAL DE BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN, LOS PORCENTAJES QUE A CONTINUACIÓN SE DESCRIBEN:

	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN	INDEMNIZACIÓN
1	ENAJENACIÓN MENTAL INCURABLE	100 %
2	PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN DE AMBOS OJOS	100 %
3	PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN DE UN OJO	50 %
4	CATARATA TRAUMÁTICA BILATERAL OPERADA	20 %
5	CATARATA TRAUMÁTICA UNILATERAL OPERADA	10 %
6	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE AMBAS MANOS O DE AMBOS PIES O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE	100 %
7	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNA MANO O DE UN PIE JUNTO CON LA PÉRDIDA DE LA VISIÓN POR UN OJO	100 %
8	PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DEL HABLA	50 %
9	PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA AUDICIÓN POR AMBOS OÍDOS	50 %
10	PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA AUDICIÓN POR UN OÍDO	25 %
11	PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DEL OLFAUTO O DEL GUSTO	5 %
12	ABLACIÓN O EXTIRPACIÓN DE LA MANDÍBULA INFERIOR	30 %

13	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNA MANO O DE UN PIE	50 %
14	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE DOS O MÁS DEDOS DE CUALQUIERA DE LAS MANOS	25 %
15	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UN DEDO DE CUALQUIERA DE LAS MANOS	5 %
16	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DEL DEDO GORDO DE CUALQUIERA DE LOS PIES	10 %
17	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE DOS O MÁS DEDOS DE CUALQUIERA DE LOS PIES	5 %
18	PÉRDIDA DE UN PULMÓN O REDUCCIÓN AL 50% DE SU CAPACIDAD, O PÉRDIDA DE UN RIÑÓN	50 %

SE ENTIENDE POR: A) MANOS: A LA ALTURA DE LA MUÑECA O POR ENCIMA DE ELLA; PIES: A LA ALTURA DEL TOBILLO O POR ENCIMA DE ÉL; DEDOS: AL NIVEL DE LAS ARTICULACIONES METACARPOFALÁNGICAS O METATARSOFALÁNGICAS O POR ENCIMA DE ELLAS.

SE ENTIENDE COMO PÉRDIDA O DESMEMBRACIÓN, LA SEPARACIÓN COMPLETA POR AMPUTACIÓN, O LA INHABILIDAD TOTAL E IRREPARABLE POR IMPOTENCIA FUNCIONAL. PARA EL CASO DE LOS DEDOS Y ARTEJOS SE ENTENDERÁ POR PERDIDA O DESMEMBRACIÓN LA SEPARACIÓN COMPLETA POR AMPUTACIÓN DE LA TOTALIDAD DE LAS FALANGES.

¿EN QUÉ CONDICIONES OPERA ESTE AMPARO ADICIONAL?

PARA EFECTOS DE ESTE AMPARO Y DE LA TABLA ANTERIOR:

- SE ENTIENDE POR ACCIDENTE, EL HECHO EXTERIOR, IMPREVISTO, REPENTINO, VIOLENTO, COMPROBABLE Y FORTUITO DE UNA FUERZA EXTERNA E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO.
- LA DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL CAUSADA POR TENTATIVA DE HOMICIDIO, ESTARÁ AMPARADA SÓLO SI EL ASEGURADO CONTRATÓ EL AMPARO OPCIONAL DE MUERTE POR HOMICIDIO.

¿CUÁL ES EL VALOR ASEGURADO POR ESTE AMPARO?

EL VALOR ASEGURADO SERÁ EL ESTABLECIDO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, EN DONDE SE ESTIPULARÁN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA QUE APLIQUEN A ESTE.

2. EXCLUSIONES.

¿QUÉ NO CUBRE ESTE AMPARO?

PARA ESTE AMPARO SON APLICABLES, EN LO QUE CORRESPONDA, LAS EXCLUSIONES DEL AMPARO BÁSICO DE LA PÓLIZA SEGURO DE VIDA GRUPO PLUS A LA CUAL ESTE ACcede Y EN ADICIÓN A DICHAS EXCLUSIONES NO HAY COBERTURA PARA LA DESMEMBRACIÓN:

- A. POR LESIONES CAUSADAS POR UN TERCERO CON ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE U OBJETO CONTUNDENTE, O CON EXPLOSIVOS SALVO QUE HAYA SIDO CONTRATADO EL AMPARO OPCIONAL DE MUERTE POR HOMICIDIO.
- B. POR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MILITAR, EN SERVICIO ACTIVO Y/O EN EJERCICIO DE SUS FUNCIONES COMO MILITAR, NAVAL, AÉREO O DE POLICÍA, MIEMBRO DE ORGANISMO DE SEGURIDAD, DE INTELIGENCIA, GUARDAESPALDAS O VIGILANTE.

- C. POR LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN PRÁCTICAS O EN COMPETENCIAS DE DEPORTES DE ALTO RIESGO, TALES COMO: VUELOS EN COMETA, ALA DELTA, PARAPENTE, PARACAISSIMO, MOTOCROSS, KARTISMO, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, MOTONÁUTICA, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, ESPELEOLOGÍA, RAFTING, VUELO EN ULTRALIVIANOS, PLANEADORES, SURFING, BOXEO, SALTO CON CUERDAS DESDE PUENTES O CONSTRUCCIONES Y EN CUALQUIER OTRO CONCURSO, COMPETENCIA, O SUS PREPARATIVOS, BUCEO, DEPORTES DE INVIERNO Y LA PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL Y OTROS SIMILARES, SEA COMO MIEMBRO ACTIVO O EJECUTANTE, Y CUALQUIER OTRO DEPORTE QUE EN LA LITERATURA UNIVERSAL SE CONSIDERE DE ALTO RIESGO O EXTREMO.
- D. POR LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS O EN CUALQUIER ACTO DELICTIVO O CONTRAVENCIÓN, EN CALIDAD DE AUTOR, CÓMPlice O ENCUBRIDOR. LA DESMEMBRACIÓN DERIVADA DE LESIONES OCASIONADAS POR EL MISMO ASEGURADO CON LA INTENCIÓN DE SUICIDARSE, ESTANDO O NO EL ASEGURADO EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES.
- E. POR LA LUMBALGIA, ESPASMOS MUSCULARES O HERNIAS DE CUALQUIER CLASE.
- F. POR ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO VIAJE COMO PASAJERO EN VUELOS NO COMERCIALES O DE CARGA.
- G. POR INTOXICACIÓN O ENVENENAMIENTO.
- H. POR INFECCIÓN BACTERIANA Y TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS QUE NO SEAN MOTIVADOS POR ACCIDENTE AMPARADO POR ESTA COBERTURA; CUALQUIER ENFERMEDAD CORPORAL O MENTAL, HERNIAS DE CUALQUIER CLASE, OCLUSIONES INTESTINALES, RUPTURA DE ANEURISMAS, PANDEMIAS Y EPIDEMIAS.
- I. POR ENFERMEDADES CONGÉNITAS O ADQUIRIDAS, LESIONES POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE ESTAR BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES CON GRADO IGUAL O MAYOR A TRES, O DE SUSTANCIAS ALUCINÓGENAS O CUALQUIER SUSTANCIA ILEGAL, SALVO QUE SE DEMUESTRE PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
- J. POR LA PICADURA DE INSECTOS (VECTORES) QUE CAUSEN ENFERMEDADES TALES COMO, PERO SIN LIMITARSE A PALUDISMO, LA LEISHMANIASIS, ENFERMEDAD DE CHAGAS, LA TRIPANOSOMIASIS AFRICANA, DENGUE, FIEBRE AMARILLA, CHIKUNGUÑA, FILARIASIS LINFÁTICA, ENTRE OTRAS.

3. RECLAMACIÓN, INDEMNIZACIÓN Y PAGO.

¿QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO?

El beneficiario designado en el certificado individual de seguro deberá acreditar la ocurrencia del siniestro, se recomienda presentar los siguientes documentos:

- Carta del reclamante presentando la solicitud de indemnización
- Fotocopia del documento de identidad del Asegurado
- Historia clínica completa, incluyendo informe médico en el cual se indique el origen, evolución y naturaleza de la desmembración.
- Dictamen de pérdida de incapacidad por la ARL, EPS, o junta regional o nacional de calificación de invalidez.

Así mismo, en caso de ser necesario y las circunstancias lo ameriten, se podrán solicitar documentación adicional para la acreditación del siniestro y de su cuantía si fuera necesario.

¿CÓMO SE PAGA ESTE AMPARO?

ZURICH pagará a los beneficiarios designados o a los beneficiarios de ley, si no hubo designación, el valor de la indemnización, teniendo como límite al valor asegurado a la fecha de ocurrencia del siniestro, establecido en el certificado individual de seguro para la cobertura contratada y afectada. El plazo para que la Compañía acepte o niegue la reclamación será de veinte (20) días hábiles contado a partir de la fecha en la cual se entregue la totalidad de los documentos necesarios para demostrar la ocurrencia del siniestro.

El valor asegurado del amparo opcional de desmembración accidental no es acumulable con el amparo opcional por muerte accidental y/o del amparo opcional por incapacidad total y permanente por accidente, por lo tanto, el valor de la indemnización será deducido del valor asegurado de tales amparos.

4. TERMINACIÓN DEL AMPARO.

Este amparo terminará al manifestarse alguna de las causas de terminación indicadas en el amparo básico, o bien, algunas de las siguientes causas:

- A. Que el amparo básico de vida haya terminado por cualquier motivo.
- B. Por el pago del 100% el amparo opcional de incapacidad total y permanente y/o del amparo opcional de incapacidad total y permanente por accidente.
- C. Por el pago del 100% de la indemnización indicada para este amparo adicional.
- D. Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en el certificado individual de seguro.

AMPARO OPCIONAL ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE PLUS

COMPAÑÍA ASEGURADORA:

ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A., NIT. 860.002.534-0 QUE PARA TODOS LOS EFECTOS DEL CONTRATO DE SEGUROS SE LLAMARÁ ZURICH O LA COMPAÑÍA.

AL PRESENTE AMPARO LE SON APLICABLES LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO PLUS DE LA QUE HACE PARTE, EN ADICIÓN A LAS CONDICIONES INDICADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO QUE PRIMARÁN SOBRE LAS GENERALES, EN CASO DE EXISTIR ALGUNA CONTRADICCIÓN ENTRE ELLAS.

3. COBERTURA.

¿QUÉ CUBRE ESTE AMPARO?

ZURICH AMPARA LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, QUE SUFRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE NO EXCLUIDO, CUANDO DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS COMUNES SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DIRECTA Y EXCLUSIVA DEL ACCIDENTE, SE ESTRUCTURE DICHA INCAPACIDAD Y SIEMPRE Y CUANDO LA FECHA DE ESTA ESTRUCTURACIÓN SE ENCUENTRE DENTRO DE LA VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO. LA CALIFICACIÓN DE LA INCAPACIDAD DEBE REALIZARSE POR LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS EN EL MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ (DECRETO 1507 DE 2014 O AQUEL VIGENTE AL MOMENTO DE LA CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ).

PARA LOS EFECTOS DE ESTE AMPARO, SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL MAYOR O IGUAL AL 50%, PRODUCIDA POR LAS LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES CUANDO SE PRODUZCAN COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE. PARA ESTE EVENTO LA FECHA DEL SINIESTRO ES LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN.

TAMBIÉN SE CONSIDERA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS QUE SEAN CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE:

- A. LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS;
- B. LA AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS O DE AMBOS PIES;
- C. LA PÉRDIDA DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE;
- D. LA PÉRDIDA DE TODA UNA MANO O DE TODO UN PIE Y LA VISIÓN POR UN OJO;
- E. LA PÉRDIDA TOTAL DEL HABLA;
- F. LA PÉRDIDA TOTAL DE LA AUDICIÓN POR AMBOS OÍDOS.

PARA EFECTOS DE LO ANTERIOR, SE CONSIDERARÁ COMO FECHA DE SINIESTRO LA FECHA EN QUE SE HAYA PRESENTADO LA PÉRDIDA. HAY PÉRDIDA CUANDO SE CUMPLAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- A. MANOS: AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN RADIOCARPIANA O MÁS PROXIMAL.
- B. PIES: AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN TIBIOTARSIANA O MÁS PROXIMAL.
- C. OJOS: LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN.

¿CUÁL ES EL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO?

EL VALOR ASEGURADO ES LA SUMA MÁXIMA DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA, INDICADA EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, AL QUE SE LE DEDUCIRÁ EL VALOR DE LAS INDEMNIZACIONES PAGADAS POR EL AMPARO OPCIONAL DE DESMEMBRACIÓN SI ESTE FUERA CONTRATADO.

¿EN QUÉ CONDICIONES OPERA ESTE AMPARO?

- LA CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL DE SER REALIZADA POR LA EPS, ARL, O ENTIDAD DEL RÉGIMEN GENERAL DE PENSIONES Y EN CASO DE DISCREPANCIA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA, LA CALIFICACIÓN DEFINITIVA PARA ESTE AMPARO SERÁ LA ESTABLECIDA POR EL DICTAMEN DE LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ QUE SE ENCUENTRE EN FIRME.
- LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE NO DEBE SER CONSECUENCIA DIRECTA DE CUALQUIER PATOLOGÍA Y/O LESIONES POR ACCIDENTE QUE SE HAYAN MANIFESTADO, DIAGNOSTICADO Y/O TRATADO ANTES DE LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL.
- LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE DEBE TENER UNA CAUSA DISTINTA A LAS LESIONES OCASIONADAS POR EL ASEGURADO.
- LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE QUE SEA CONSECUENCIA DE PADECIMIENTOS, ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS.

4. EXCLUSIONES.

¿QUÉ NO CUBRE ESTE AMPARO?

PARA ESTE AMPARO SON APLICABLES, EN LO QUE CORRESPONDA, LAS EXCLUSIONES DEL AMPARO BÁSICO DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACcede ESTE AMPARO OPCIONAL Y EN ADICIÓN A DICHAS EXCLUSIONES, APLICAN LAS SIGUIENTES:

- A. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE PRODUCIDA POR EL USO DE VEHÍCULO O ARTEFACTOS AÉREOS EN CALIDAD DE PILOTO, ESTUDIANTE DE PILOTAJE, MECÁNICO DE AVIACIÓN O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN, O COMO PASAJERO EN VUELOS NO COMERCIALES.
- B. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CAUSADA POR LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN PRÁCTICAS O EN COMPETENCIAS DE DEPORTES DE ALTO RIESGO, TALES COMO: VUELOS EN COMETA, ALA DELTA, PARAPENTE, PARACAISSIMO, MOTOCROSS, KARTISMO, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, MOTONÁUTICA, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, ESPELEOLOGÍA, RAFTING, VUELO EN ULTRALIVIANOS, PLANEADORES, SURFING, BOXEO, SALTO CON CUERDAS DESDE PUENTES O CONSTRUCCIONES Y EN CUALQUIER OTRO CONCURSO, COMPETENCIA, O SUS PREPARATIVOS, BUCEO, DEPORTES DE INVIERNO Y LA PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL Y OTROS SIMILARES, SEA COMO MIEMBRO ACTIVO O EJECUTANTE, Y CUALQUIER OTRO DEPORTE QUE EN LA LITERATURA UNIVERSAL SE CONSIDERE DE ALTO RIESGO O EXTREMO.
- C. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CAUSADA POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE ESTAR BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES CON GRADO IGUAL O MAYOR A TRES, O DE SUSTANCIAS ALUCINÓGENAS O CUALQUIER SUSTANCIA ILEGAL, SALVO QUE SE DEMUESTRE PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
- D. LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE CUALQUIER PATOLOGÍA Y/O LESIONES POR ACCIDENTE QUE SE HAYAN MANIFESTADO, DIAGNOSTICADO Y/O TRATADO ANTES DE LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL.

- E. LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE COMO CONSECUENCIA DE LESIONES OCASIONADAS POR EL MISMO ASEGURADO, INCLUIDA PERO NO LIMITADA A LA TENTATIVA DE SUICIDIO.
- F. LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS O EN CUALQUIER ACTO DELICTIVO.
- G. LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE EN MOTOCICLETA, MOTONETA U OTROS VEHÍCULOS A MOTOR DE SOLO 2 RUEDAS, SI EL ASEGURADO ES MENOR DE 25 AÑOS YA SEA COMO CONDUCTOR O ACOMPAÑANTE.
- H. LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR O RADIOACTIVIDAD, SEA EN FORMA DIRECTA O INDIRECTA.
- I. LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR INTOXICACIÓN, SALVO QUE SE TRATE DE ENVENENAMIENTO CAUSADO POR UN TERCERO.
- J. LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ESTRANGULAMIENTO DE HERNIAS DE CUALQUIER CLASE.
- K. LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR INFECCIÓN BACTERIANA Y TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS QUE NO SEAN MOTIVADOS POR ACCIDENTE AMPARADO POR ESTA COBERTURA; CUALQUIER ENFERMEDAD CORPORAL O MENTAL, OCLUSIONES INTESTINALES, RUPTURA DE ANEURISMAS, PANDEMIAS Y EPIDEMIAS.
- L. LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR LESIONES CORPORALES (INTERNAS O EXTERNAS) QUE SUFRA EL ASEGURADO CON ANTERIORIDAD A LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO, O QUE TENGAN COMO CAUSA, O SEAN UNA CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO ANTES DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA OTORGADA POR LA PRESENTE PÓLIZA.
- M. LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE A CAUSA DE ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR LA PICADURA DE INSECTOS (VECTORES) QUE CAUSEN ENFERMEDADES TALES COMO, PERO SIN LIMITARSE A PALUDISMO, LA LEISHMANIASIS, ENFERMEDAD DE CHAGAS, LA TRIPANOSOMIASIS AFRICANA, DENGUE, FIEBRE AMARILLA, CHIKUNGUÑA, FILARIASIS LINFÁTICA, ENTRE OTRAS.
- N. LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR PRESTACIÓN DEL SERVICIO MILITAR, EN SERVICIO ACTIVO Y/O EN EJERCICIO DE SUS FUNCIONES COMO MILITAR, NAVAL, AÉREO O DE POLICÍA, MIEMBRO DE ORGANISMO DE SEGURIDAD, DE INTELIGENCIA, GUARDAESPALDAS O VIGILANTE.

3. RECLAMACIÓN, INDEMNIZACIÓN Y PAGO.

¿QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO?

Los beneficiarios designados en el certificado individual de seguro deberán acreditar la ocurrencia del siniestro, se recomienda presentar los siguientes documentos:

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía o documento de identidad del Asegurado.
- Copia de la historia clínica con antecedentes.
- Copia de la declaración del médico tratante.
- Dictamen de Junta calificadora medica regional, EPS o ARL donde indica porcentaje de pérdida de la capacidad laboral, fecha de dictamen y fecha de estructuración. (incluyendo la respectiva ponencia)

Así mismo, en caso de ser necesario y las circunstancias lo ameriten, se podrán solicitar documentación adicional para la acreditación del siniestro y de su cuantía si fuera necesario.

¿CÓMO SE PAGA ESTE AMPARO?

ZURICH pagará a los beneficiarios designados o a los beneficiarios de ley, si no hubo designación, el valor de la indemnización, teniendo como límite al valor asegurado a la fecha de ocurrencia del siniestro, establecido en el certificado individual de seguro para la cobertura contratada y afectada. El plazo para que la Compañía acepte o niegue la reclamación será de veinte (20) días hábiles contado a partir de la fecha en la cual se entregue la totalidad de los documentos necesarios para demostrar la ocurrencia del siniestro.

El valor asegurado del amparo opcional de Incapacidad Total y Permanente por accidente, no es acumulable con el amparo básico de vida y, por lo tanto, el valor de la indemnización que se pague por este amparo será deducido del valor del amparo Básico de Vida.

El valor de la indemnización corresponderá al valor asegurado del presente amparo menos el valor de las indemnizaciones pagadas por el amparo opción al de desmembración si este fuera contratado.

4. TERMINACIÓN DEL AMPARO

Este amparo terminará por alguna de las causas indicadas en el amparo básico, o bien, por alguna de las siguientes causas:

- A. Que el amparo básico de muerte haya terminado por cualquier razón.
- B. Por el pago del 100% de la indemnización indicada para este amparo opcional.
- C. Por el pago del 100% de la indemnización de incapacidad total y permanente por enfermedad
- D. Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en el certificado individual de seguro.

AMPARO OPCIONAL ADICIONAL DE MUERTE POR HOMICIDIO PLUS

COMPAÑÍA ASEGURADORA:

ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A., NIT. 860.002.534-0 QUE PARA TODOS LOS EFECTOS DEL CONTRATO DE SEGUROS SE LLAMARÁ ZURICH O LA COMPAÑÍA.

AL PRESENTE AMPARO LE SON APLICABLES LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO PLUS DE LA QUE HACE PARTE Y LAS CONDICIONES DEL AMPARO OPCIONAL ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL PLUS, EN ADICIÓN A LAS CONDICIONES INDICADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO QUE PRIMARÁN SOBRE LAS GENERALES Y SOBRE LAS CONDICIONES DEL AMPARO OPCIONAL ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL PLUS, EN CASO DE EXISTIR ALGUNA CONTRADICCIÓN ENTRE ELLAS.

1. COBERTURA.

¿QUÉ CUBRE ESTE AMPARO OPCIONAL?

ZURICH CUBRE MEDIANTE ESTE AMPARO OPCIONAL, EL FALLECIMIENTO ACCIDENTAL DEL ASEGURADO PRODUCIDO POR HOMICIDIO QUE SE ENCUENTRA EXCLUIDO EN EL AMPARO OPCIONAL ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL PLUS, OCURRIDO DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO, SIEMPRE Y CUANDO SE ENCUENTRE CONTRATADO EXPRESAMENTE.

¿CUÁL ES EL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO OPCIONAL?

EL VALOR ASEGURADO, SERÁ EL MISMO QUE FUE PACTADO PARA EL AMPARO OPCIONAL ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL PLUS INDICADO EXPRESAMENTE EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

¿EN QUÉ CONDICIONES OPERA ESTE SEGURO?

PARA EFECTOS DE ESTE AMPARO, SE ENTENDERÁ POR HOMICIDIO LA MUERTE CAUSADA AL ASEGURADO POR OTRA PERSONA.

2. RECLAMACIÓN, INDEMNIZACIÓN Y PAGO.

¿QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO?

En caso de siniestro, se debe proceder en la misma forma indicada en el amparo opcional adicional de muerte adicional por muerte accidental plus.

AMPARO OPCIONAL ADICIONAL DE BONO CANASTA FAMILIAR POR MUERTE PLUS

COMPAÑÍA ASEGURADORA:

ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A., NIT. 860.002.534-0 QUE PARA TODOS LOS EFECTOS DEL CONTRATO DE SEGUROS SE LLAMARÁ ZURICH O LA COMPAÑÍA.

AL PRESENTE AMPARO LE SON APLICABLES LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO PLUS DE LA QUE HACE PARTE, EN ADICIÓN A LAS CONDICIONES INDICADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO QUE PRIMARÁN SOBRE LAS GENERALES, EN CASO DE EXISTIR ALGUNA CONTRADICCIÓN ENTRE ELLAS.

1. COBERTURA.

¿QUÉ CUBRE ESTE AMPARO OPCIONAL?

ZURICH, EN ADICIÓN AL VALOR ASEGURADO EN EL AMPARO BÁSICO PAGARÁ, ANTE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO CUBIERTO POR LA PÓLIZA, EL VALOR CONTRATADO COMO AUXILIO DE CANASTA FAMILIAR.

¿CUÁL ES EL VALOR ASEGURADO DE ESTE AMPARO?

EL VALOR ASEGURADO SERÁ EL ESTABLECIDO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, EN DONDE SE ESTIPULARÁN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA QUE APLIQUEN A ESTE.

2. EXCLUSIONES.

¿QUÉ NO CUBRE ESTE AMPARO?

SE APLICAN LAS MISMAS EXCLUSIONES GENERALES QUE LAS INDICADAS PARA EL AMPARO BÁSICO DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO PLUS.

AMPARO OPCIONAL ADICIONAL DE BONO CANASTA FAMILIAR POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PLUS

COMPAÑÍA ASEGURADORA:

ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A., NIT. 860.002.534-0 QUE PARA TODOS LOS EFECTOS DEL CONTRATO DE SEGUROS SE LLAMARÁ ZURICH O LA COMPAÑÍA.

AL PRESENTE AMPARO LE SON APLICABLES LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO PLUS DE LA QUE HACE PARTE, EN ADICIÓN A LAS CONDICIONES INDICADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO QUE PRIMARÁN SOBRE LAS GENERALES, EN CASO DE EXISTIR ALGUNA CONTRADICCIÓN ENTRE ELLAS.

1. COBERTURA.

¿QUÉ CUBRE ESTE AMPARO OPCIONAL?

ZURICH, EN ADICIÓN AL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO PLUS PAGARÁ, ANTE LA ESTRUCTURACIÓN DE UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO CUBIERTO POR LA PÓLIZA, EL VALOR CONTRATADO COMO BONO CANASTA FAMILIAR POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

¿CUÁL ES EL VALOR ASEGURADO DE ESTE AMPARO?

EL VALOR ASEGURADO SERÁ EL ESTABLECIDO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, EN DONDE SE ESTIPULARÁN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA QUE APLIQUEN A ESTE.

2. EXCLUSIONES.

¿QUÉ NO CUBRE ESTE AMPARO?

SE APLICAN LAS MISMAS EXCLUSIONES GENERALES QUE LAS INDICADAS PARA EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO PLUS.

AMPARO OPCIONAL ADICIONAL DE AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE PLUS

COMPAÑÍA ASEGURADORA:

ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A., NIT. 860.002.534-0 QUE PARA TODOS LOS EFECTOS DEL CONTRATO DE SEGUROS SE LLAMARÁ ZURICH O LA COMPAÑÍA.

AL PRESENTE AMPARO LE SON APLICABLES LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO PLUS DE LA QUE HACE PARTE, EN ADICIÓN A LAS CONDICIONES INDICADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO QUE PRIMARÁN SOBRE LAS GENERALES, EN CASO DE EXISTIR ALGUNA CONTRADICCIÓN ENTRE ELLAS.

1. COBERTURA.

¿QUÉ CUBRE ESTE AMPARO OPCIONAL?

ZURICH, EN ADICIÓN AL VALOR ASEGURADO AL AMPARO BÁSICO DE VIDA, PAGARÁ EL VALOR CONTRATADO COMO AUXILIO FUNERARIO, ANTE EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO AMPARADO POR LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO PLUS.

¿CUÁL ES EL VALOR ASEGURADO DE ESTE AMPARO?

EL VALOR ASEGURADO SERÁ EL ESTABLECIDO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, EN DONDE SE ESTIPULARÁN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA QUE APLIQUEN A ESTE.

2. EXCLUSIONES.

¿QUÉ NO CUBRE ESTE AMPARO?

PARA ESTE AMPARO ADICIONAL SE APLICAN LAS MISMAS EXCLUSIONES GENERALES PARA EL AMPARO BÁSICO DE LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO PLUS.

3. RECLAMACIÓN, INDEMNIZACIÓN Y PAGO.

¿QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO Y COMO SE PAGA ESTE AMPARO?

Demostrada la ocurrencia del siniestro del amparo básico de vida y aceptada la reclamación, la compañía procederá al pago del auxilio funerario por muerte conforme al valor asegurado establecido en el certificado individual de seguro.

AMPARO OPCIONAL ADICIONAL DE REEMBOLSO DE GASTOS POR TRASLADO DE RESTOS MORTALES PLUS

COMPAÑÍA ASEGURADORA:

ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A., NIT. 860.002.534-0 QUE PARA TODOS LOS EFECTOS DEL CONTRATO DE SEGUROS SE LLAMARÁ ZURICH O LA COMPAÑÍA.

AL PRESENTE AMPARO LE SON APLICABLES LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO PLUS DE LA QUE HACE PARTE, EN ADICIÓN A LAS CONDICIONES INDICADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO QUE PRIMARÁN SOBRE LAS GENERALES, EN CASO DE EXISTIR ALGUNA CONTRADICCIÓN ENTRE ELLAS.

1. COBERTURA.

¿QUÉ CUBRE ESTE AMPARO OPCIONAL?

ZURICH ASUME BAJO LA MODALIDAD DE REEMBOLSO Y HASTA EL LÍMITE DE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA, LA COBERTURA DE LOS GASTOS NECESARIOS PARA EL TRASLADO DE RESTOS MORTALES DEL ASEGURADO DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL O DESDE EL EXTERIOR HASTA SU LUGAR DE RESIDENCIA EN COLOMBIA POR EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO OCURRIDO DENTRO DE LA VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

¿EN QUÉ CONDICIONES OPERA ESTE SEGURO?

- TRASLADO INTERNACIONAL: EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO MIENTRAS SE ENCUENTRA DE VIAJE POR FUERA DE SU CIUDAD DE RESIDENCIA PERMANENTE EN COLOMBIA.

PARA TRASLADOS DESDE EL EXTERIOR, ESTA COBERTURA OPERA POR UN PERÍODO MÁXIMO DE NOVENTA (90) DÍAS CONTINUOS, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO SALGA DEL PAÍS. NO HABRÁ COBERTURA A PARTIR DEL DÍA NOVENTA Y UNO (91) DE PERMANENCIA CONTINUA DEL ASEGURADO EN EL EXTERIOR.

- TRASLADO NACIONAL: EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO DENTRO DEL TERRITORIO COLOMBIANO POR FUERA DE SU CIUDAD DE RESIDENCIA PERMANENTE EN COLOMBIA.

2. EXCLUSIONES.

¿QUÉ NO CUBRE ESTE AMPARO?

- EL TRASLADO DE RESTOS MORTALES SI LA COMPAÑÍA RECHAZA U OBJETA LA INDEMNIZACIÓN DEL AMPARO BÁSICO DE VIDA DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO PLUS.
- ESTE AMPARO NO CUBRE EL PAGO DE LOS GASTOS FUNERARIOS, LOS DE INHUMACIÓN Y/O LOS DE CREMACIÓN.

3. RECLAMACIÓN, INDEMNIZACIÓN Y PAGO.

¿QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO?

Para acreditar la ocurrencia y cuantía del siniestro se recomienda presentar documentos tales como:

Las facturas de soporte de pago (original) por los gastos del traslado de los restos mortales junto con los mismos documentos mencionados para el amparo básico de muerte.

En caso de ser necesario y las circunstancias lo ameriten, se podrán solicitar documentación adicional para la acreditación del siniestro y de su cuantía si fuera necesario.

¿CÓMO SE PAGA ESTE AMPARO?

ZURICH pagará al asegurado, el valor de la indemnización, teniendo como límite al valor asegurado a la fecha de ocurrencia del siniestro, establecido en el certificado individual de seguro para la cobertura contratada y afectada. El plazo para que la Compañía acepte o niegue la reclamación será de veinte (20) días hábiles contado a partir de la fecha en la cual se entregue la totalidad de los documentos necesarios para demostrar la ocurrencia del siniestro.

4. TERMINACIÓN DEL AMPARO.

Este amparo terminará por alguna de las causas indicadas en el amparo básico, o bien, por alguna de las siguientes causas:

- A. Que el amparo básico de muerte haya terminado por cualquier motivo.
- B. Por el pago del 100% de la indemnización del amparo opcional de incapacidad total y permanente y/o amparo opcional de incapacidad total y permanente por accidente.
- C. Por el pago del 100% de la indemnización indicada para este amparo opcional.
- D. Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en las condiciones de la póliza.

AMPARO OPCIONAL ADICIONAL DE GASTOS HOSPITALARIOS Y/O MÉDICOS POR ACCIDENTE PLUS

COMPAÑÍA ASEGURADORA:

ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A., NIT. 860.002.534-0 QUE PARA TODOS LOS EFECTOS DEL CONTRATO DE SEGUROS SE LLAMARÁ ZURICH O LA COMPAÑÍA.

AL PRESENTE AMPARO LE SON APLICABLES LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO PLUS DE LA QUE HACE PARTE, EN ADICIÓN A LAS CONDICIONES INDICADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO QUE PRIMARÁN SOBRE LAS GENERALES, EN CASO DE EXISTIR ALGUNA CONTRADICCIÓN ENTRE ELLAS.

1. COBERTURA.

¿QUÉ CUBRE ESTE AMPARO OPCIONAL?

ZURICH ASUME BAJO LA MODALIDAD DE REEMBOLSO Y HASTA EL LÍMITE DE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA, LA COBERTURA DE LOS GASTOS HOSPITALARIOS Y/O MÉDICOS EN LOS QUE INCURRA EL ASEGURADO, DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DE UN ACCIDENTE NO EXCLUIDO, SIEMPRE Y CUANDO ESTE SE ENCUENTRE DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO PLUS.

¿CUÁL ES EL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO OPCIONAL?

EL VALOR ASEGURADO, SERÁ EL PACTADO EXPRESAMENTE EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO EN DONDE SE ESTIPULARÁN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA QUE APLIQUEN A ESTE.

¿EN QUÉ CONDICIONES OPERA ESTE AMPARO?

- PARA EFECTOS DE ESTE AMPARO, SE ENTENDERÁ POR ACCIDENTE, EL HECHO EXTERIOR, IMPREVISTO, REPENTINO, VIOLENTO, COMPROBABLE Y FORTUITO DE UNA FUERZA EXTERNA E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO.
- LOS GASTOS HOSPITALARIOS Y/O MÉDICOS INCURRIDOS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE LA TENTATIVA DE HOMICIDIO, SOLO ESTARÁN AMPARADOS SI CONTRATÓ UN AMPARO OPCIONAL QUE EXPRESAMENTE OTORGUE COBERTURA DE HOMICIDIO.
- PARA LOS EFECTOS DE ESTE AMPARO, SE REEMBOLSARÁN COMO GASTOS HOSPITALARIOS Y/O MÉDICOS LOS SIGUIENTES:
 - A. TRASLADO DE URGENCIA HASTA LA CLÍNICA O EL HOSPITAL.
 - B. HONORARIOS MÉDICOS.
 - C. COSTOS DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.
 - D. COSTOS HOSPITALARIOS Y FARMACÉUTICOS NECESARIOS PARA EL RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD DEL ASEGURADO.
 - E. COSTOS DE RAYOS X.
 - F. POR MEDICAMENTOS.
 - G. FISIOTERAPIA.
 - H. PRÓTESIS.
 - I. APARATOS ORTOPÉDICOS DE TIPO FUNCIONAL.
 - J. SERVICIO DE ENFERMERÍA PERTINENTE PARA LA RECUPERACIÓN DEL LESIONADO.

- K. CUALQUIER OTRO PROCEDIMIENTO CLÍNICAMENTE AVALADO Y AUTORIZADOS POR UN MÉDICO CON LICENCIA VIGENTE PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN.

2. EXCLUSIONES.

¿QUÉ NO CUBRE ESTE AMPARO?

PARA ESTE AMPARO SON APLICABLES, EN LO QUE CORRESPONDA, LAS EXCLUSIONES DEL AMPARO BÁSICO DE LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO PLUS A LA CUAL ACcede ESTE AMPARO OPCIONAL Y EN ADICIÓN A DICHAS EXCLUSIONES NO HAY COBERTURA PARA LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- A. GASTOS HOSPITALARIOS Y/O MÉDICOS INCURRIDOS DESPUÉS DE (180) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA FECHA DEL ACCIDENTE AMPARADO, AUNQUE LA PÓLIZA SE ENCUENTRE VIGENTE.
- B. GASTOS GENERADOS POR LESIONES CAUSADAS POR UN TERCERO CON ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE U OBJETO CONTUNDENTE, O CON EXPLOSIVOS, SALVO QUE HAYA SIDO CONTRATADO EL AMPARO OPCIONAL DE MUERTE POR HOMICIDIO.
- C. ENFERMEDADES CONGÉNITAS O ADQUIRIDAS, LESIONES O DEFECTOS FÍSICOS O FISIOLÓGICOS ORIGINADOS U OCURRIDOS ANTES DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, CON O SIN CONOCIMIENTO DEL ASEGURADO.
- D. EL SUMINISTRO DE ANTEOJOS
- E. LAS INTERNACIONES CONSECUENCIA DE SITUACIONES PREEXISTENTES A LA FECHA DE CONTRATACIÓN DE ESTE AMPARO ADICIONAL
- F. LOS GASTOS MÉDICOS Y/U HOSPITALARIOS DERIVADOS DE LESIONES OCASIONADAS POR EL MISMO ASEGURADO CON LA INTENCIÓN DE SUICIDARSE, ESTANDO O NO EL ASEGURADO EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES.
- G. POR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MILITAR, EN SERVICIO ACTIVO Y/O EN EJERCICIO DE SUS FUNCIONES COMO MILITAR, NAVAL, AÉREO O DE POLICÍA, MIEMBRO DE ORGANISMO DE SEGURIDAD, DE INTELIGENCIA, GUARDAESPALDAS O VIGILANTE.
- H. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN PRÁCTICAS O EN COMPETENCIAS DE DEPORTES DE ALTO RIESGO, TALES COMO: VUELOS EN COMETA, ALA DELTA, PARAPENTE, PARACAISSIMO, MOTOCROSS, KARTISMO, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, MOTONÁUTICA, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, ESPELEOLOGÍA, RAFTING, VUELO EN ULTRALIVIANOS, PLANEADORES, SURFING, BOXEO, SALTO CON CUERDAS DESDE PUENTES O CONSTRUCCIONES Y EN CUALQUIER OTRO CONCURSO, COMPETENCIA, O SUS PREPARATIVOS, BUCEO, DEPORTES DE INVIERNO Y LA PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL Y OTROS SIMILARES, SEA COMO MIEMBRO ACTIVO O EJECUTANTE, Y CUALQUIER OTRO DEPORTE QUE EN LA LITERATURA UNIVERSAL SE CONSIDERE DE ALTO RIESGO O EXTREMO.
- I. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS O EN CUALQUIER ACTO DELICTIVO.
- J. ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO VIAJE COMO PASAJERO EN VUELOS NO COMERCIALES O DE CARGA.
- K. INTOXICACIÓN O ENVENENAMIENTO.
- L. LUMBALGIA, ESPASMOS MUSCULARES O HERNIAS DE CUALQUIER CLASE.
- M. INTERNACIONES DERIVADAS DE ACCIDENTES Y/O LESIONES SUFRIDAS POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE ESTAR BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES CON GRADO IGUAL O MAYOR A TRES, O DE SUSTANCIAS ALUCINÓGENAS O CUALQUIER SUSTANCIA ILEGAL, SALVO QUE SE DEMUESTRE PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
- N. INTERNACIONES COMO CONSECUENCIA DE LA PRÁCTICA DE CIRUGÍA PLÁSTICA, EXCEPTUANDO AQUELLAS CIRUGÍAS RESTAURADORAS COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA.

3. RECLAMACIÓN, INDEMNIZACIÓN Y PAGO.

¿QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO?

Los beneficiarios designados en el certificado individual de seguro deberán acreditar la ocurrencia del siniestro, se recomienda presentar los siguientes documentos:

- Carta del reclamante presentando la solicitud de indemnización
- Fotocopia del documento de identidad del Asegurado
- Historia clínica completa
- Copia de la Factura detallada con los servicios médicos, quirúrgico y hospitalarios y soporte de su pago

Así mismo, en caso de ser necesario y las circunstancias lo ameriten, se podrán solicitar documentación adicional para la acreditación del siniestro y de su cuantía si fuera necesario.

¿CÓMO SE PAGA ESTE AMPARO?

ZURICH, previa validación de la reclamación determinará si hay lugar a la indemnización e indemnizará hasta la suma asegurada contratada vigente al momento del siniestro para este amparo descontando el deducible que se haya pactado en el certificado individual de seguro en donde estarán las condiciones particulares de la póliza que apliquen a este. Únicamente se procederá al pago si junto con la reclamación se realiza la presentación de las facturas originales debidamente canceladas, siempre y cuando:

- Los tratamientos, procedimientos y medicamentos hayan sido ordenados por médicos con licencia vigente para el ejercicio de la profesión, con la finalidad exclusiva y necesaria para la curación de las lesiones sufridas.
- Los gastos se hayan ocasionado dentro de una entidad prestadora de servicios de salud debidamente autorizada y habilitada por las autoridades.

Las indemnizaciones pagadas por este amparo reducen automáticamente, en la vigencia de la póliza, el valor asegurado establecido para este amparo opcional de gastos hospitalarios por accidente en el monto de lo efectivamente pagado.

Los gastos hospitalarios y/o médicos otorgados bajo el presente amparo, salvo pacto en contrario, operan en exceso de los gastos cubiertos por el sistema de seguridad social en salud o de cualquier plan complementario o adicional con el que cuente el asegurado. En caso de accidente de tránsito, esta cobertura se otorga en exceso de la suma concedida por el seguro obligatorio para accidentes de tránsito SOAT.

4. TERMINACIÓN DEL AMPARO.

En caso de renovación de la póliza, este amparo se renovará de manera automática, siempre y cuando no se produzca la revocación de la póliza, ni la revocación del amparo por decisión de algunas de las partes.

Este amparo terminará al manifestarse alguna de las causas de terminación indicadas en el amparo básico, o bien, algunas de las siguientes causas:

- A. Que el amparo básico de vida haya terminado por cualquier motivo.
- B. Por el pago del 100% de la indemnización indicada para este amparo adicional.
- C. Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en el certificado individual de seguro en donde se estipularán las condiciones particulares de la póliza que apliquen a este.

AMPARO OPCIONAL ADICIONAL DE AUXILIO POR MATERNIDAD Y/O PATERNIDAD PLUS

COMPAÑÍA ASEGURADORA:

ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A., NIT. 860.002.534-0 QUE PARA TODOS LOS EFECTOS DEL CONTRATO DE SEGUROS SE LLAMARÁ ZURICH O LA COMPAÑÍA.

AL PRESENTE AMPARO LE SON APLICABLES LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO PLUS DE LA QUE HACE PARTE, EN ADICIÓN A LAS CONDICIONES INDICADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO QUE PRIMARÁN SOBRE LAS GENERALES, EN CASO DE EXISTIR ALGUNA CONTRADICCIÓN ENTRE ELLAS.

1. COBERTURA.

¿QUÉ CUBRE ESTE AMPARO OPCIONAL?

ZURICH PAGARÁ EL VALOR INDICADO COMO AUXILIO DE MATERNIDAD O PATERNIDAD AL ASEGURADO EN LOS SIGUIENTES CASOS:

- A. POR EL NACIMIENTO VIVO DE UN HIJO, AUN TRATÁNDOSE DE ALUMBRAMIENTO MÚLTIPLE.
- B. POR LA ADOPCIÓN DE UN HIJO, AUN TRATÁNDOSE DE ADOPCIÓN MÚLTIPLE.

¿EN QUÉ CONDICIONES OPERA ESTE SEGURO?

- EL AMPARO SOLO TENDRÁ COBERTURA SI HAN TRASCURRIDO TREINTA (30) DÍAS DESDE EL INICIO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO.
- LA COBERTURA SOLO PROCEDERÁ POR UNA ÚNICA VEZ POR ASEGURADO Y POR VIGENCIA.
- EN CASO DE QUE AMBOS PADRES TENGAN EL CARÁCTER DE ASEGURADOS BAJO LA MISMA PÓLIZA, EL AUXILIO SERÁ RECONOCIDO SÓLO PARA UNO DE LOS PADRES.

¿CUÁL ES EL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO OPCIONAL?

EL VALOR ASEGURADO, SERÁ EL PACTADO EXPRESAMENTE EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA QUE SE INDICARÁN EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

2. EXCLUSIONES.

¿QUÉ NO CUBRE ESTE AMPARO?

PARA ESTE AMPARO SON APLICABLES LAS EXCLUSIONES DEL AMPARO BÁSICO DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE ESTE AMPARO OPCIONAL Y EN ADICIÓN A DICHAS EXCLUSIONES NO OPERARÁ EL AUXILIO POR MATERNIDAD O PATERNIDAD CUANDO SEA CONSECUENCIA DE:

- A. NACIMIENTOS DE HIJOS SIN VIDA.
- B. ADOPCIONES QUE NO ESTÉN ACREDITADAS LEGALMENTE.

3. RECLAMACIÓN, INDEMNIZACIÓN Y PAGO.

¿QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO Y COMO SE PAGA ESTE AMPARO?

Se debe presentar reclamo a la aseguradora con documentos que acrediten la ocurrencia del evento amparado, tales como:

- Fotocopia del documento de identidad del Asegurado
- Registro civil nacimiento del menor o sentencia judicial de adopción ejecutoriada.

Así mismo, en caso de ser necesario y las circunstancias lo ameriten, se podrán solicitar documentación adicional para la acreditación del siniestro y de su cuantía si fuera necesario.

¿CÓMO SE PAGA ESTE AMPARO?

ZURICH pagará al asegurado, el valor de la indemnización, teniendo como límite al valor asegurado a la fecha de ocurrencia del siniestro, establecido en el certificado individual de seguro para la cobertura contratada y afectada. El plazo para que la Compañía acepte o niegue la reclamación será de veinte (20) días hábiles contado a partir de la fecha en la cual se entregue la totalidad de los documentos necesarios para demostrar la ocurrencia del siniestro.

4. TERMINACIÓN DEL AMPARO

En caso de renovación de la póliza, este amparo se renovará de manera automática, siempre y cuando no se produzca la revocación de la póliza, ni la revocación del amparo por decisión de algunas de las partes.

Este amparo terminará al manifestarse alguna de las causas de terminación indicadas en el amparo básico, o bien, algunas de las siguientes causas:

- A. Que el amparo básico de vida de la póliza de seguro de vida grupo plus haya terminado por cualquier motivo.
- B. Por el pago del 100% de la indemnización del amparo opcional de incapacidad total y permanente y/o amparo opcional de incapacidad total y permanente por accidente.
- C. Por el pago del 100% de la indemnización indicada para este amparo adicional.
- D. Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en las condiciones de la póliza.

AMPARO OPCIONAL ADICIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES PLUS

COMPAÑÍA ASEGURADORA:

ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A., NIT. 860.002.534-0 QUE PARA TODOS LOS EFECTOS DEL CONTRATO DE SEGUROS SE LLAMARÁ ZURICH O LA COMPAÑÍA.

AL PRESENTE AMPARO LE SON APLICABLES LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO PLUS DE LA QUE HACE PARTE, EN ADICIÓN A LAS CONDICIONES INDICADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO QUE PRIMARÁN SOBRE LAS GENERALES, EN CASO DE EXISTIR ALGUNA CONTRADICCIÓN ENTRE ELLAS.

1. COBERTURA.

¿QUÉ CUBRE ESTE AMPARO OPCIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES?

ZURICH, HABIENDO TRANSCURRIDO POR LO MENOS NOVENTA (90) DÍAS DESDE EL INICIO DEL AMPARO INDIVIDUAL, PAGARÁ AL ASEGURADO EL VALOR ESTIPULADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, CUANDO MEDIANTE PRUEBAS CLÍNICAS, PARACLÍNICAS, RADIOLÓGICAS Y DE LABORATORIO CONCLUYENTES, LE SEA DIAGNOSTICADA POR PRIMERA VEZ LA PRESENCIA DE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES ESTABLECIDAS EN EL PRESENTE ANEXO POR UN MÉDICO AUTORIZADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN, O CUANDO REQUIERA POR PRIMERA VEZ LA PRÁCTICA DE ALGUNA DE LAS CIRUGÍAS DETALLADAS A CONTINUACIÓN:

- INFARTO AL MIOCARDIO

EL INFARTO AL MIOCARDIO CORRESPONDE A LA MUERTE DE UNA PARTE DEL MÚSCULO DEL MIOCARDIO COMO CONSECUENCIA DE UNA IRRIGACIÓN SANGUÍNEA DEFICIENTE A LA ZONA RESPECTIVA. EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DEBERÁ ESTAR SOPORTADO CON TRES O MÁS DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- HISTORIAL DE DOLORES TORÁCICOS.
- ALTERACIONES RECIENTES EN ELECTROCARDIOGRAMAS.
- ELEVACIÓN DE LAS ENZIMAS CARDIACAS.
- ELEVACIÓN DE LA TROONINA.
- EVIDENCIA DE ZONAS AQUINETICAS EN UN ECOCARDIOGRAMA.

- CÁNCER

ENFERMEDAD PROVOCADA POR UN TUMOR MALIGNO CARACTERIZADO POR EL CRECIMIENTO Y LA DISPERSIÓN INCONTROLABLE DE CÉLULAS MALIGNAS, EN DIAGNÓSTICO DE METÁSTASIS, Y INVASIÓN DEL TEJIDO NORMAL ADYACENTE. SE INCLUYEN LOS LINFOMAS, LA ENFERMEDAD DE HODGKIN Y LAS LEUCEMIAS.

- EVENTO CEREBRO VASCULAR O APOPLEJÍA

TODO ACCIDENTE CEREBROVASCULAR QUE CAUSE LOS SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS CORRESPONDIENTES DURANTE MÁS DE 24 HORAS.

DEBE EXISTIR LA DESTRUCCIÓN DEL TEJIDO CEREBRAL CAUSADA POR TROMBOSIS, HEMORRAGIA O EMBOLIA DE FUENTE EXTRACRANEAL AL IGUAL QUE LAS SECUELAS DE DISFUNCIÓN NEUROLÓGICA PERMANENTE Y QUE HAYAN PERSISTIDO POR MÁS DE 90 DÍAS.

- INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

EL FALLO TOTAL, CRÓNICO E IRREVERSIBLE DE UNO O DE AMBOS RIÑONES, A CONSECUENCIA DE LA CUAL HAY QUE PRACTICAR PERIÓDICAMENTE DIÁLISIS RENAL O PERITONEAL, O EL TRASPLANTE DE RIÑÓN.

- ESCLEROSIS MÚLTIPLE

ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL CON ANORMALIDADES NEUROLÓGICAS PRODUCIDAS POR LA DEGENERACIÓN DEL TEJIDO NEURAL ESCLEROSADO, QUE EXISTA POR UN PERÍODO CONTINUO DE AL MENOS NOVENTA (90) DÍAS.

DEBEN ESTAR EVIDENCIADAS POR SÍNTOMAS TÍPICOS DE AFECTACIÓN DE LAS FUNCIONES SENSORIALES Y MOTORAS Y CUYA PROGRESIÓN HAYA PRODUCIDO UN DETERIORO INCAPACITANTE SIGNIFICATIVO EN LAS FUNCIONES BÁSICAS.

- REVASCULARIZACIÓN CARDIACA O BY-PASS

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA A CORAZÓN ABIERTO PARA LA RECUPERACIÓN DE DOS (2) O MÁS ARTERIAS CORONARIAS, LAS CUALES PRESENTAN UN PORCENTAJE SIGNIFICATIVO DE OBSTRUCCIÓN AL FLUJO CARDIACO, MEDIANTE LA IMPLANTACIÓN DE UN BY-PASS CORONARIO. LA INDICACIÓN DE ESTE TIPO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA TIENE QUE HABER SIDO COMPROBADA POR MEDIO DE UNA ANGIOGRAFÍA CORONARIA O CATETERISMO CARDIACO.

- REEMPLAZO DE VÁLVULA CARDIACA

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA EL REEMPLAZO DE UNA O MÁS VÁLVULAS CARDIACAS POR VÁLVULAS PROTÉSICAS, YA SEAN MECÁNICAS O BIOLÓGICAS. ESTO INCLUYE EL REEMPLAZO DE VÁLVULAS AÓRTICA, MITRAL, TRICÚSPIDE Y PULMONAR, POR VÁLVULAS ARTIFICIALES DEBIDO A ESTENOSIS O INCOMPETENCIA O A LA COMBINACIÓN DE ESTAS CONDICIONES.

- TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA MEDIANTE LA CUAL SE TRASPLANTA UN ÓRGANO (O PARTE DE UN ÓRGANO), PROVENIENTE DE UN DONANTE HUMANO FALLECIDO O VIVO. LOS ÚNICOS TRASPLANTES DE ÓRGANOS QUE ESTÁN CUBIERTOS BAJO ESTA PÓLIZA SON LOS DE CORAZÓN, PULMÓN, PÁNCREAS, RIÑÓN, HÍGADO, MÉDULA ÓSEA O ALGUNA COMBINACIÓN DE ÉSTOS, SIEMPRE QUE SEA MÉDICAMENTE NECESARIO.

PARA EL PROCESO DE INDEMNIZACIÓN POR TRASPLANTE DE ÓRGANOS, ES CONDICIÓN INDISPENSABLE QUE SE CUMPLAN TODAS Y CADA UNA DE LAS DISPOSICIONES Y LEYES VIGENTES QUE REGULEN EL TRASPLANTES DE ÓRGANOS.

- **INJERTO AÓRTICO**

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EFECTUADA EN LA ARTERIA AORTA TORÁCICA O AORTA ABDOMINAL, DEBIDO A ENFERMEDAD O LESIÓN DE LA MISMA QUE AMERITA SU ESCISIÓN Y REEMPLAZO QUIRÚRGICO CON UN INJERTO. ESTA DEFINICIÓN NO APLICA A LAS LESIONES O ENFERMEDAD DE LAS RAMAS Y COLATERALES DE LA AORTA TORÁCICA Y AORTA ABDOMINAL, AL IGUAL QUE LOS DAÑOS DE LA AORTA PRODUCTO DE TRAUMATISMOS.

- **QUEMADURAS GRAVES (GRAN QUEMADO)**

QUEMADURAS DE TERCER GRADO SUPERIORES AL 20% DE ÁREA DE SUPERFICIE DEL CUERPO DEL ASEGURADO. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER CONFIRMADO POR ESPECIALISTA Y EVIDENCIADO POR LOS RESULTADOS DE LA CARTA DE LUND BROWDER O UN CALCULADOR EQUIVALENTE DE ÁREAS CORPORALES QUEMADAS.

- **TRAUMATISMO MAYOR DE CABEZA**

TRAUMA MAYOR DE LA CABEZA CON TRASTORNO DE LA FUNCIÓN CEREBRAL QUE DEBE SER CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA Y EVIDENCIADO POR HALLAZGOS TÍPICOS EN LAS PRUEBAS NEURO RADIOLÓGICOS (POR EJEMPLO: TAC O RNM DE CEREBRO).

EL TRAUMA DEBE PROVOCAR UNA INCAPACIDAD PERMANENTE PARA REALIZAR INDEPENDIENTEMENTE TRES O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

- **ENFERMEDAD DE ALZHEIMER**

TRASTORNO NEUROLÓGICO PROGRESIVO QUE PROVOCA LA MUERTE DE LAS CÉLULAS NERVIOSAS DEL CEREBRO, DÉFICIT DE MEMORIA, ALTERACIONES DEL ESTADO DE ÁNIMO, DIFICULTADES DE ORIENTACIÓN, PROBLEMAS DEL LENGUAJE Y ALTERACIONES COGNITIVAS.

LA ENFERMEDAD SE PUEDE DIVIDIR EN TRES ETAPAS:

- INICIAL, CON UNA SINTOMATOLOGÍA LIGERA O LEVE. EL PACIENTE MANTIENE SU AUTONOMÍA Y SÓLO NECESITA SUPERVISIÓN CUANDO SE TRATA DE TAREAS COMPLEJAS.
- INTERMEDIA, CON SÍNTOMAS DE GRAVEDAD MODERADA. EL PACIENTE DEPENDE DE UN CUIDADOR PARA REALIZAR LAS TAREAS COTIDIANAS.
- TERMINAL, ESTADO AVANZADO Y TERMINAL DE LA ENFERMEDAD. EL PACIENTE ES COMPLETAMENTE DEPENDIENTE.

- **ENFERMEDAD DE PARKINSON**

TRASTORNO DEGENERATIVO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL QUE PERTENECE A UN GRUPO DE ENFERMEDADES LLAMADAS TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO.

LOS CUATRO SÍNTOMAS PRINCIPALES SON:

- TEMBLOR GENERALIZADO, O TEMBLOR EN LAS MANOS, LOS BRAZOS, LAS PIERNAS Y LA MANDÍBULA O LA CABEZA.
- RIGIDEZ, O AGARROTAMIENTO DE LAS EXTREMIDADES Y EL TRONCO.
- BRADICINESIA O LENTITUD EN LOS MOVIMIENTOS.
- INESTABILIDAD POSTURAL, O DETERIORO DEL EQUILIBRIO.

ESTAS CONDICIONES DEBEN ESTAR MÉDICAMENTE DOCUMENTADAS POR LO MENOS DURANTE NOVENTA (90) DÍAS.

LA ENFERMEDAD DE PARKINSON ES A LA VEZ CRÓNICA YA QUE PERSISTE DURANTE UN EXLENDO PERÍODO DE TIEMPO; Y PROGRESIVA, LO QUE SIGNIFICA QUE SUS SÍNTOMAS EMPEORAN CON EL TIEMPO. EL DIAGNÓSTICO SE BASA EN LA HISTORIA CLÍNICA Y EN UN EXAMEN NEUROLÓGICO ESPECIALIZADO.

¿CUÁL ES EL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO?

EL VALOR ASEGURADO ES LA SUMA MÁXIMA DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA, INDICADA EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

2. EXCLUSIONES.**¿QUÉ NO CUBRE ESTE AMPARO OPCIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES?**

PARA ESTE AMPARO SON APLICABLES LAS EXCLUSIONES DEL AMPARO BÁSICO DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE ESTE AMPARO OPCIONAL Y EN ADICIÓN A DICHAS EXCLUSIONES NO HAY COBERTURA PARA NINGUNA DE LAS ENFERMEDADES GRAVES OBJETO DE ESTE AMPARO QUE SEAN CONSECUENCIA O ESTÉN RELACIONADAS CON:

1. EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), AL IGUAL QUE CUALQUIER ENFERMEDAD DERIVADA DE ESTE.
2. ACCIDENTES OCURRIDOS O ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS O NO CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DEL PRESENTE ANEXO Y QUE POR SUS SÍNTOMAS O SIGNOS NO PUDIESEN PASAR DESAPERCIBIDOS POR EL ASEGURADO.
3. ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES DE ORIGEN CONGÉNITO, YA SEAN CONOCIDAS O NO POR EL ASEGURADO.
4. EL CÁNCER NO INVASIVO O IN-SITU, CÁNCER DE SENO NO METASTÁSICO, CÁNCER DE ÚTERO NO METASTÁSICO, LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA, Y CUALQUIER TIPO DE CÁNCER DE PIEL, EXCEPTUANDO EL MELANOMA MALIGNO.
5. LA ANGIOGRAFÍA, ANGIOPLASTIA, Y/O CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN INTRA- ARTERIAL, AL IGUAL QUE LOS TRATAMIENTOS LASER, LA VALVULOPLASTIA Y LA VALVULOSTOMÍA.
6. ISQUEMIAS CEREBRALES TRANSITORIAS.
7. INTENTO DE SUICIDIO O LESIONES AUTO-INFRINGIDAS, ESTANDO O NO EN USO NORMAL DE SUS FACULTADES MENTALES.
8. ACCIDENTES O LESIONES CAUSADOS CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE, VOLUNTARIAMENTE, BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE SUSTANCIAS TÓXICAS, HEROICAS, ALUCINÓGENAS O CUALQUIER OTRA QUE POR SU PROPIA NATURALEZA PRODUZCA DEPENDENCIA FÍSICA O SÍQUICA.
9. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CAUSADA POR LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN PRÁCTICAS O EN COMPETENCIAS DE DEPORTES DE ALTO RIESGO, TALES COMO: VUELOS EN COMETA, ALA DELTA, PARAPENTE, PARACASIDISMO, MOTOCROSS, KARTISMO, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO,

MOTONÁUTICA, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, ESPELEOLOGÍA, RAFTING, VUELO EN ULTRALIVIANOS, PLANEADORES, SURFING, BOXEO, SALTO CON CUERDAS DESDE PUENTES O CONSTRUCCIONES Y EN CUALQUIER OTRO CONCURSO, COMPETENCIA, O SUS PREPARATIVOS, BUCEO, DEPORTES DE INVIERNO Y LA PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL Y OTROS SIMILARES, SEA COMO MIEMBRO ACTIVO O EJECUTANTE, Y CUALQUIER OTRO DEPORTE QUE EN LA LITERATURA UNIVERSAL SE CONSIDERE DE ALTO RIESGO O EXTREMO. COMO CONSECUENCIA DE LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGUROADO EN PRÁCTICAS, ENTRENAMIENTOS O EN COMPETENCIAS DE DEPORTES CONSIDERADOS COMÚNMENTE COMO EXTREMOS O DE ALTO RIESGO.

10. ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGUROADO CUANDO SE ENCUENTRE VIAJANDO COMO PARTE DE LA TRIPULACIÓN O COMO PASAJERO DE CUALQUIER TIPO DE AERONAVE PRIVADA.
12. CUANDO EL ASEGUROADO PRESTE SUS SERVICIOS EN LAS FUERZAS ARMADAS, TERRESTRES, NAVALES, AÉREAS, DE POLICÍA O CUALQUIER OTRO ORGANISMO DE SEGURIDAD DEL ESTADO.
13. ERUPCIONES VOLCÁNICAS, TEMBLORES DE TIERRA, TERREMOTO, TIFÓN, HURACÁN, CICLÓN O CUALQUIER OTRA CONVULSIÓN DE LA NATURALEZA O PERTURBACIÓN ATMOSFÉRICA.
15. TENTATIVA DE HOMICIDIO.
16. EL EVENTO DE UNA SEGUNDA RECLAMACIÓN POR LA MISMA ENFERMEDAD GRAVE CUBIERTA POR LA PÓLIZA Y QUE YA HAYA SIDO OBJETO DE UNA INDEMNIZACIÓN PREVIA POR PARTE DE ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A.
17. DIAGNÓSTICOS REALIZADOS POR PERSONAS QUE NO OSTENTEN TÍTULO DE MEDICINA DEBIDAMENTE ACREDITADO DE ACUERDO CON LAS NORMAS VIGENTES PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN.

3. RECLAMACIÓN, INDEMNIZACIÓN Y PAGO.

¿QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO?

Los beneficiarios designados en el certificado individual de seguro deberán acreditar la ocurrencia del siniestro, Es decir, la clase de enfermedad, su origen, consecuencias, evolución y diagnóstico, para lo cual podrán presentar, entre otros, los siguientes documentos:

- En caso de CANCER: Resultados de anatomía patológica e historia clínica.
- En caso de ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: Certificado del médico especialista y Resultado de exámenes médicos practicados, copia de historia clínica.
- En caso de INSUFICIENCIA RENAL CRONICA: Certificado del médico especialista y resultado de exámenes médicos practicados, copia de la historia clínica.
- En caso de INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO: Copia de la historia clínica completa. Electrocardiogramas y ecocardiograma (Lectura) durante la hospitalización. Resultado de medición de enzimas cardíacas.
- En caso de CIRUGIA ARTERIOCORONARIA: Reporte de la angiografía coronaria o la descripción quirúrgica del procedimiento, informe médico e historia clínica.
- En caso de ESCLEROSIS MULTIPLE: Resonancia magnética que permita observar las placas de desmielinización e historia clínica.
- En caso de TRANSPLANTE DE ORGANOS: Historia clínica con el nombre quirúrgico, descripción del procedimiento.
- En caso de GRAN QUEMADO: Historia clínica.

En todo caso, LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de exigir al asegurado que se someta a un examen médico practicado por un especialista que ella designe.

¿CÓMO SE PAGA ESTE AMPARO?

ZURICH pagará al asegurado, el valor de la indemnización, teniendo como límite al valor asegurado a la fecha de ocurrencia del siniestro, establecido en el certificado individual de seguro para la cobertura contratada y afectada. El plazo para que la Compañía acepte o niegue la reclamación será de veinte (20) días hábiles contado a partir de la fecha en la cual se entregue la totalidad de los documentos necesarios para demostrar la ocurrencia del siniestro.

El valor asegurado del amparo opcional de enfermedades graves no es acumulable con el valor asegurado del amparo básico de vida, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por este amparo, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por el amparo básico de vida. En consecuencia, cuando se pague cualquier suma por indemnización por el amparo de enfermedades graves, el valor asegurado del amparo básico se reducirá en la misma proporción.

¿SE PUEDE REESTABLECER EL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO BÁSICO DESPUÉS DEL PAGO DE UN SINIESTRO POR ENFERMEDADES GRAVES?

El valor asegurado del amparo básico de Vida podrá ser reestablecido, siempre y cuando quede indicado en las condiciones particulares de la póliza y en el certificado individual de seguro. En caso de ser otorgado, el amparo opcional de enfermedades graves tendrá un costo adicional. El restablecimiento del valor asegurado de la cobertura básica al 100%, será posible siempre y cuando hayan transcurrido al menos seis (6) meses después de la fecha en que se realizó el diagnóstico de la enfermedad grave y esta haya sido cancelada por parte de LA COMPAÑÍA. Asimismo, se otorga únicamente para cubrir las enfermedades indicadas en las condiciones generales de la póliza y distinta a la enfermedad ya indemnizada.

4. TERMINACIÓN DEL AMPARO.

Este amparo terminará por alguna de las causas de terminación indicadas en el amparo básico, o bien, algunas de las siguientes causas:

- A. Cuando el amparo básico de Vida haya terminado.
- B. Cuando el asegurado cumpla la edad de permanencia establecida en la carátula de la póliza para el amparo básico de vida.
- C. Por el pago del 100% de la indemnización del amparo opcional de incapacidad total y permanente y/o amparo opcional de incapacidad total y permanente por accidente.
- D. Por el pago del 100% de la indemnización indicada para este amparo opcional.
- E. Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia para este amparo adicional.

5. DEFINICIONES.

Actividades de la vida diaria: Se consideran: bañarse (capacidad de tomar un baño o ducharse), vestirse y desvestirse, higiene personal (capacidad de usar el lavatorio y mantener un nivel razonable de higiene), movilidad (capacidad de desplazarse al interior de un mismo nivel o piso), continencia (control sobre los esfínteres), comer/ beber (capacidad de alimentarse por sí mismo pero no de preparar la comida) o causar postración e incapacidad para levantarse sin asistencia de terceras personas. Estas condiciones deben estar médicaamente documentadas por lo menos durante 3 meses.

AMPARO OPCIONAL ADICIONAL DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN PLUS

COMPAÑÍA ASEGURADORA:

ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A., NIT. 860.002.534-0 QUE PARA TODOS LOS EFECTOS DEL CONTRATO DE SEGUROS SE LLAMARÁ ZURICH O LA COMPAÑÍA.

AL PRESENTE AMPARO LE SON APLICABLES LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO PLUS DE LA QUE HACE PARTE, EN ADICIÓN A LAS CONDICIONES INDICADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO QUE PRIMARÁN SOBRE LAS GENERALES, EN CASO DE EXISTIR ALGUNA CONTRADICCIÓN ENTRE ELLAS.

1. ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

ZURICH AMPARA AL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO POR EL VALOR DIARIO ESTABLECIDO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, CUANDO POR CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD Y/O PADECIMIENTO NO PREEXISTENTE NO EXCLUIDO, OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, DEBA SOMETERSE A UNA HOSPITALIZACIÓN CONTINUA.

¿CUÁL ES EL VALOR ASEGURADO?

EL VALOR ASEGURADO Y LA INDEMNIZACIÓN MÁXIMA POR EVENTO PARA CADA ASEGURADO SERÁN LOS PACTADOS EXPRESAMENTE EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO EN DONDE SE ESTIPULARÁN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA QUE APLIQUEN A ESTE.

¿BAJO QUÉ CONDICIONES OPERA ESTE AMPARO?

PARA EFECTOS DE ESTE AMPARO:

- SE ENTENDERÁ POR ACCIDENTE, EL HECHO EXTERIOR, INDEPENDIENTE, IMPREVISTO, REPENTINO, COMPROBABLE Y FORTUITO INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO.
- SE ENTENDERÁ POR ENFERMEDAD Y/O PADECIMIENTO LA ALTERACIÓN LEVE O GRAVE DEL FUNCIONAMIENTO NORMAL DE UN ORGANISMO O DE ALGUNA DE SUS PARTES DEBIDO A UNA CAUSA INTERNA O EXTERNA.
- LA HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO DEBE SER UN HOSPITAL Y/O CLÍNICA Y DEBE SER SUPERIOR A 24 HORAS.
- LOS PERÍODOS SUCESIVOS DE HOSPITALIZACIÓN QUE PROVENGAN DEL MISMO ACCIDENTE Y QUE ESTÉN SEPARADOS POR PERÍODOS MENORES DE NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO CONSTITUIRÁN UN SOLO PERÍODO CONTINUO DE HOSPITALIZACIÓN Y SERÁN INDEMNIZADOS HASTA EL LÍMITE DE TIEMPO DE LA COBERTURA CONTRATADO.
- LOS PERÍODOS SUCESIVOS DE HOSPITALIZACIÓN, QUE PROVENGAN DEL MISMO ACCIDENTE Y QUE ESTÉN SEPARADOS POR PERÍODOS MAYORES DE 90 DÍAS SE CONSIDERARÁN COMO DISTINTOS PERÍODOS DE HOSPITALIZACIÓN; CADA UNO DE ESTOS SERÁ INDEMNIZADOS HASTA EL LÍMITE PREVISTO PARA EL TIEMPO DE COBERTURA, SIEMPRE Y CUANDO CUMPLA LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN EL PRESENTE AMPARO.

¿ESTE AMPARO OPCIONAL PUEDE TENER DEDUCIBLE?

SÍ, EL DEDUCIBLE PODRÁ SER PACTADO EN DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN, LOS CUALES ESTARÁN EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO EN DONDE SE ESTIPULARÁN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE

LA PÓLIZA QUE APLIQUEN A ESTE. DESPUÉS DE ESTE PERÍODO SE INDEMNIZARÁN LOS DÍAS HASTA EL TIEMPO MÁXIMO DE COBERTURA.

EL DEDUCIBLE SE APLICARÁ UNA VEZ POR CADA DOLENCIA O CONDICIÓN MÉDICA DIAGNOSTICADA POR EL CUAL SEA PRESENTADA UNA RECLAMACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN.

2. ¿QUÉ NO CUBRE ESTE AMPARO?

PARA ESTE AMPARO SON APLICABLES, EN LO QUE CORRESPONDA, LAS EXCLUSIONES DEL AMPARO BÁSICO DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACcede ESTE AMPARO OPCIONAL Y EN ADICIÓN A DICHAS EXCLUSIONES NO HAY COBERTURA PARA LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS.
- HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES Y/O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA.
- HOSPITALIZACIONES CONSECUENCIA DE TRATAMIENTOS PSQUIÁTRICOS O PSICOLÓGICOS,
- ESTADOS DE DEMENCIA, CURAS DE SUEÑO, REPOSO O DESCANSO.
- HOSPITALIZACIONES CONSECUENCIA DE TRATAMIENTOS POR ALCOHOLISMO Y/O DROGADICCIÓN.
- HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS CONSECUENCIA DE OBESIDAD DE CUALQUIER TIPO, INCLUYENDO LA OBESIDAD MÓRBIDA.
- HOSPITALIZACIONES POR ENFERMEDADES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) O SIDA.
- HOSPITALIZACIÓN POR CIRUGÍAS CONSECUENCIA DE DEFECTOS DE REFRACCIÓN VISUAL.
- TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y/O QUIRÚRGICOS ORIENTADOS AL FETO.
- HOSPITALIZACIÓN POR LOS RECONOCIMIENTOS MÉDICOS O EXÁMENES DE CHEQUEO GENERAL O DE RUTINA, DE TAMIzAJE O PREVENTIVOS.
- LA HOSPITALIZACIÓN POR UN PERÍODO CONTINUO O SUCESIVO DERIVADA DE LESIONES O ACCIDENTES OCASIONADOS POR EL MISMO ASEGURADO O BENEFICIARIO CON LA INTENCIÓN DE SUICIDARSE, ESTANDO O NO EL ASEGURADO EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE DEMENCIA.
- MUTILACIÓN VOLUNTARIA O LESIONES INTENCIONALMENTE INFRINGIDAS, ESTANDO O NO EL ASEGURADO EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE DEMENCIA
- HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE TRATAMIENTOS POR INFERTILIDAD Y/O PLANIFICACIÓN FAMILIAR.
- TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS CONSECUENCIA DE COMPLICACIONES DEL EMBARAZO O PARTO.
- TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y/O QUIRÚRGICOS RELACIONADOS O CONSECUENCIA DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS.
- CIRUGÍA ESTÉTICA PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO, CUALQUIER CIRUGÍA PLÁSTICA U ORTOPÉDICA, A MENOS QUE SEA A CONSECUENCIA DIRECTA DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE SUFRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE ANEXO Y CUBIERTOS POR EL MISMO.
- HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA O EN INSTITUCIONES NO AUTORIZADAS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS.
- HOSPITALIZACIONES A CONSECUENCIA DE LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN PRÁCTICAS O EN COMPETENCIAS DE DEPORTES DE ALTO RIESGO, TALES COMO: VUELOS EN COMETA, ALA DELTA, PARAPENTE, PARACaidISMO, MOTOCROSS, KARTISMO, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, MOTONÁUTICA, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, ESPELEOLOGÍA, RAFTING, VUELO EN ULTRALIVIANOS, PLANEADORES, SURFING, BOXEO, SALTO CON CUERDAS

DESDE PUENTES O CONSTRUCCIONES Y EN CUALQUIER OTRO CONCURSO, COMPETENCIA, O SUS PREPARATIVOS, BUCEO, DEPORTES DE INVIERNO Y LA PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL Y OTROS SIMILARES, SEA COMO MIEMBRO ACTIVO O EJECUTANTE, Y CUALQUIER OTRO DEPORTE QUE EN LA LITERATURA UNIVERSAL SE CONSIDERE DE ALTO RIESGO O EXTREMO.

3. RECLAMACIÓN, INDEMNIZACIÓN Y PAGO.

¿QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO?

El asegurado o los beneficiarios designados en el certificado individual de seguro deberán acreditar la ocurrencia del siniestro, se recomienda presentar los siguientes documentos:

- Carta de reclamación.
- Historia clínica completa o diagnóstico médico.
- Fotocopia del documento de identidad.
- Copia de la factura de gastos clínicos donde conste el número de días que estuvo hospitalizado el asegurado.

Así mismo, en caso de ser necesario y las circunstancias lo ameriten, se podrán solicitar documentación adicional para la acreditación del siniestro y de su cuantía si fuera necesario.

¿CÓMO SE PAGA ESTE AMPARO?

ZURICH, previa validación de la reclamación determinará si hay lugar a la indemnización e indemnizará hasta la suma asegurada contratada para este amparo descontando el deducible, que se haya pactado en el certificado individual de seguro, en donde estarán las condiciones particulares de la póliza que apliquen a este.

4. TERMINACIÓN DEL AMPARO.

En caso de renovación de la póliza, este amparo se renovará de manera automática, siempre y cuando no se produzca la revocación de la póliza, ni la revocación del amparo por decisión de algunas de las partes.

Este amparo terminará al manifestarse alguna de las causas de terminación indicadas en el amparo básico, o bien, algunas de las siguientes causas:

- A. Que el amparo básico de vida de la póliza de seguro de vida grupo plus haya terminado por cualquier motivo.
- B. Por el pago del 100% de la indemnización del amparo opcional de incapacidad total y permanente y/o amparo opcional de incapacidad total y permanente por accidente.
- C. Por el pago del 100% de la indemnización indicada para este amparo adicional.
- D. Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en las condiciones de la póliza.

AMPARO OPCIONAL ADICIONAL DE RENTA ADICIONAL POR HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PLUS

COMPAÑÍA ASEGURADORA:

ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A., NIT. 860.002.534-0 QUE PARA TODOS LOS EFECTOS DEL CONTRATO DE SEGUROS SE LLAMARÁ ZURICH O LA COMPAÑÍA.

AL PRESENTE AMPARO LE SON APLICABLES LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO PLUS DE LA QUE HACE PARTE, EN ADICIÓN A LAS CONDICIONES INDICADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO QUE PRIMARÁN SOBRE LAS GENERALES, EN CASO DE EXISTIR ALGUNA CONTRADICCIÓN ENTRE ELLAS.

1. ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

ZURICH AMPARA AL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO POR UN VALOR ADICIONAL AL INDEMNIZADO POR EL AMPARO OPCIONAL DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD Y/O PADECIMIENTO, CUANDO POR CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD Y/O PADECIMIENTO NO EXCLUIDO, OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, DEBA SOMETERSE A UNA HOSPITALIZACIÓN CONTINUA Y SEA INTERNADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

¿CUÁL ES EL VALOR ASEGURADO?

EL VALOR ASEGURADO, SERÁ EL PACTADO EXPRESAMENTE EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO EN DONDE SE ESTIPULARÁN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA QUE APLIQUEN A ESTE.

¿BAJO QUÉ CONDICIONES OPERA ESTE AMPARO?

- PARA EFECTOS DE ESTE AMPARO, SE APLICARÁN LAS DEFINICIONES Y CONDICIONES PRESENTES EN EL AMPARO OPCIONAL DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD Y/O PADECIMIENTO.

¿ESTE AMPARO OPCIONAL PUEDE TENER DEDUCIBLE?

SÍ, EL DEDUCIBLE PODRÁ SER PACTADO EN DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN QUE APLICARÁN POR EVENTO, LOS CUALES ESTARÁN EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO EN DONDE SE ESTIPULARÁN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA QUE APLIQUEN A ESTE. DESPUÉS DE ESTE PERÍODO SE INDEMNIZARÁN LOS DÍAS HASTA EL TIEMPO MÁXIMO DE COBERTURA.

EL DEDUCIBLE EN DÍAS DE ESPERA SERÁ EN CONJUNTO CON EL AMPARO OPCIONAL DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD Y/O PADECIMIENTO, ES DECIR, SE LE APLICA A LO QUE OCURRA PRIMERO EN EL TIPO DE HOSPITALIZACIÓN, SIEMPRE Y CUANDO EL AMPARO OPCIONAL DE RENTA ADICIONAL POR HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD Y/O PADECIMIENTO SEA CONTRATADO Y EL EVENTO Y CAUSA QUE LLEVÓ A LA HOSPITALIZACIÓN SEA LA MISMA.

2. ¿QUÉ NO CUBRE ESTE AMPARO?

PARA ESTE AMPARO SON APLICABLES, EN LO QUE CORRESPONDA, LAS EXCLUSIONES DEL AMPARO BÁSICO DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO PLUS A LA CUAL ACCEDE ESTE AMPARO OPCIONAL Y EN ADICIÓN ESTÁN EXCLUIDOS LOS MISMOS EVENTOS INDICADOS EN EL AMPARO OPCIONAL DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD Y/O PADECIMIENTO.

3. RECLAMACIÓN, INDEMNIZACIÓN Y PAGO.

¿QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO?

El asegurado o los beneficiarios designados en el certificado individual de seguro deberán acreditar la ocurrencia del siniestro, se recomienda presentar los siguientes documentos:

- Carta de reclamación.
- Historia clínica completa o diagnóstico médico.
- Fotocopia del documento de identidad.
- Copia de la factura de gastos clínicos donde conste el número de días que estuvo hospitalizado el asegurado.

Así mismo, en caso de ser necesario y las circunstancias lo ameriten, se podrán solicitar documentación adicional para la acreditación del siniestro y de su cuantía si fuera necesario.

¿CÓMO SE PAGA ESTE AMPARO?

ZURICH, previa validación de la reclamación determinará si hay lugar a la indemnización e indemnizará hasta la suma asegurada contratada para este amparo descontando el deducible, que se haya pactado en el certificado individual de seguro, en donde estarán las condiciones particulares de la póliza que apliquen a este.

4. TERMINACIÓN DEL AMPARO.

En caso de renovación de la póliza, este amparo se renovará de manera automática, siempre y cuando no se produzca la revocación de la póliza, ni la revocación del amparo por decisión de algunas de las partes.

Este amparo terminará al manifestarse alguna de las causas de terminación indicadas en el amparo básico, o bien, algunas de las siguientes causas:

- A. Que el amparo básico de vida en la póliza de seguro de vida grupo plus haya terminado por cualquier motivo.
- B. Por el pago del 100% de la indemnización del amparo opcional de incapacidad total y permanente y/o amparo opcional de incapacidad total y permanente por accidente.
- C. Por el pago del 100% de la indemnización indicada para este amparo adicional.
- D. Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en las condiciones de la póliza.

AMPARO OPCIONAL ADICIONAL RENTA POST HOSPITALARIA PLUS

COMPAÑÍA ASEGURADORA:

ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A., NIT. 860.002.534-0 QUE PARA TODOS LOS EFECTOS DEL CONTRATO DE SEGUROS SE LLAMARÁ ZURICH O LA COMPAÑÍA.

AL PRESENTE AMPARO LE SON APLICABLES LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO PLUS DE LA QUE HACE PARTE, EN ADICIÓN A LAS CONDICIONES INDICADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO QUE PRIMARÁN SOBRE LAS GENERALES, EN CASO DE EXISTIR ALGUNA CONTRADICCIÓN ENTRE ELLAS.

1. COBERTURA.

¿QUÉ CUBRE ESTE AMPARO OPCIONAL DE RENTA POST HOSPITALARIA?

SI POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA EL ASEGURADO DEBE RECLUIRSE EN SU DOMICILIO O CASA DE HABITACIÓN MIENTRAS DURE EL PERÍODO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL DERIVADA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD CUBIERTO POR LA PÓLIZA, LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ ESTA INCAPACIDAD TEMPORAL MEDIANTE EL PAGO DE UNA RENTA DIARIA POST HOSPITALARIA, SIEMPRE QUE EL ASEGURADO HAYA ESTADO HOSPITALIZADO COMO MÍNIMO TRES DÍAS Y HASTA POR PERÍODO IGUAL AL PERÍODO DE HOSPITALIZACIÓN, CON UN MÁXIMO DE DÍAS PACTADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, QUE SE INDICARÁ EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

¿BAJO QUÉ CONDICIONES OPERA ESTE AMPARO?

- LA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL DEBE OCURRIR DENTRO DEL PERÍODO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.
- ESTE AMPARO CUBRE UN EVENTO POR VIGENCIA, SALVO PACTO EN CONTRARIO.
- PARA QUE OPERE ESTE AMPARO SE REQUIERE UN MÍNIMO DE TRES DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN.
- ESTE AMPARO TENDRÁ UN LÍMITE DE DÍAS DE INDEMNIZACIÓN QUE SE INDICARÁ EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.
- PERÍODO DE CARENCIA: EL ASEGURADO NO TENDRÁ DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN, EN LOS CASOS DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POST HOSPITALARIA POR TRATAMIENTOS INICIADOS O REALIZADOS DENTRO DE LOS SESENTA (60) DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE SU INGRESO A LA PÓLIZA.
- EN ESTE AMPARO SE ENTIENDE POR HOSPITALIZACIÓN, LA RECLUSIÓN EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA LEGALMENTE ESTABLECIDA Y APROBADA, POR UN PERÍODO DE MÍNIMO DE 24 HORAS.

¿CUÁL ES EL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO?

EL VALOR ASEGURADO CORRESPONDE AL VALOR DIARIO DEL MONTO DE RENTA ESPECIFICADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO POR EL NÚMERO DE DÍAS LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN PACTADO.

2. EXCLUSIONES.

¿QUÉ NO CUBRE ESTE AMPARO OPCIONAL DE RENTA POST HOSPITALARIA?

PARA ESTE AMPARO SON APLICABLES LAS EXCLUSIONES DEL AMPARO BÁSICO DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE ESTE AMPARO OPCIONAL Y EN ADICIÓN A DICHAS EXCLUSIONES NO HAY COBERTURA PARA RENTA POST HOSPITALARIA, OBJETO DE ESTE AMPARO, QUE SEA CONSECUENCIA O ESTÉ RELACIONADA CON:

- A. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS.
- B. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES Y/O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA.
- C. HOSPITALIZACIONES CONSECUENCIA DE TRATAMIENTOS PSQUIÁTRICOS O PSICOLÓGICOS, ESTADOS DE DEMÉNCIA, CURAS DE SUEÑO, REPOSO O DESCANSO.
- D. HOSPITALIZACIONES CONSECUENCIA DE TRATAMIENTOS POR ALCOHOLISMO Y/O DROGADICCIÓN.
- E. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS CONSECUENCIA DE OBESIDAD DE CUALQUIER TIPO, INCLUYENDO LA OBESIDAD MÓRBIDA.
- F. HOSPITALIZACIONES POR ENFERMEDADES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) O SIDA.
- G. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE TRATAMIENTOS POR INFERTILIDAD Y/O PLANIFICACIÓN FAMILIAR.
- H. HOSPITALIZACIÓN POR TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS CONSECUENCIA DE COMPLICACIONES DEL EMBARAZO O PARTO.
- I. HOSPITALIZACIÓN POR TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y/O QUIRÚRGICOS RELACIONADOS O CONSECUENCIA DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS.
- J. HOSPITALIZACIÓN POR CIRUGÍAS CONSECUENCIA DE DEFECTOS DE REFRACCIÓN VISUAL.
- K. TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y/O QUIRÚRGICOS ORIENTADOS AL FETO.
- L. HOSPITALIZACIÓN POR CIRUGÍA ESTÉTICA PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO, CUALQUIER CIRUGÍA PLÁSTICA U ORTOPÉDICA, A MENOS QUE SEA A CONSECUENCIA DIRECTA DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE SUFRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE ANEXO Y CUBIERTOS POR EL MISMO.
- M. HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA O EN INSTITUCIONES NO AUTORIZADAS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS.
- N. TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y/O AMBULATORIOS COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTES POR LA UTILIZACIÓN DE O LA PRÁCTICA DE DEPORTES O ACTIVIDADES DENOMINADAS DE ALTO RIESGO Y/O EXTREMAS.
- Ñ. HOSPITALIZACIONES CONSECUENCIA DE INTENTO DE SUICIDIO Y LESIONES CAUSADAS VOLUNTARIAMENTE POR EL ASEGURADO CONTRA SU VOLUNTAD FÍSICA.
- O. HOSPITALIZACIÓN POR LOS RECONOCIMIENTOS MÉDICOS O EXÁMENES DE CHEQUEO GENERAL O DE RUTINA, DE TAMIZAJE O PREVENTIVOS.
- P. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN PRÁCTICAS O EN COMPETENCIAS DE DEPORTES DE ALTO RIESGO, TALES COMO: VUELOS EN COMETA, ALA DELTA, PARAPENTE, PARACAISSIMO, MOTOCROSS, KARTISMO, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, MOTONÁUTICA, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, ESPELEOLOGÍA, RAFTING, VUELO EN ULTRALIVIANOS, PLANEADORES, SURFING, BOXEO, SALTO CON CUERDAS DESDE PUENTES O CONSTRUCCIONES Y EN CUALQUIER OTRO CONCURSO, COMPETENCIA, O SUS PREPARATIVOS, BUCEO, DEPORTES DE INVIERNO Y LA PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL Y OTROS SIMILARES, SEA COMO MIEMBRO ACTIVO O EJECUTANTE, Y CUALQUIER OTRO DEPORTE QUE EN LA LITERATURA UNIVERSAL SE CONSIDERE DE ALTO RIESGO O EXTREMO.

3. RECLAMACIÓN, INDEMNIZACIÓN Y PAGO.

¿QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO?

Para acreditar la ocurrencia del siniestro se recomienda al asegurado presentar los siguientes documentos tales como:

- Historia clínica completa o diagnóstico médico.
- Fotocopia del documento de identidad.
- Copia de informe clínico u hospitalario donde conste el número de días que estuvo hospitalizado el asegurado.
- Resolución de la invalidez temporal emitida por la clínica u hospital de la ARL o EPS que acrediten la incapacidad.

En todo caso, LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de exigir al asegurado que se someta a un examen médico practicado por un especialista que ella designe.

¿CÓMO SE PAGA ESTE AMPARO?

ZURICH pagará al asegurado, el valor de la indemnización, teniendo como límite al valor asegurado a la fecha de ocurrencia del siniestro, establecido en el certificado individual de seguro para la cobertura contratada y afectada. El plazo para que la Compañía acepte o niegue la reclamación será de veinte (20) días hábiles contado a partir de la fecha en la cual se entregue la totalidad de los documentos necesarios para demostrar la ocurrencia del siniestro.

4. TERMINACIÓN DEL AMPARO.

Este amparo terminará por alguna de las causas de terminación indicadas en el amparo básico, o bien, algunas de las siguientes causas:

- A. Cuando el amparo básico de Vida haya terminado.
- B. Cuando el asegurado cumpla la edad de permanencia establecida en la carátula de la póliza para el amparo básico de vida.
- C. Por el pago del 100% de la indemnización del amparo opcional de incapacidad total y permanente y/o amparo opcional de incapacidad total y permanente por accidente.
- D. Por el pago del 100% de la indemnización indicada para este amparo opcional.
- E. Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia para este amparo adicional.

AMPARO OPCIONAL ADICIONAL RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR PARTO PLUS

COMPAÑÍA ASEGURADORA:

ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A., NIT. 860.002.534-0 QUE PARA TODOS LOS EFECTOS DEL CONTRATO DE SEGUROS SE LLAMARÁ ZURICH O LA COMPAÑÍA.

AL PRESENTE AMPARO LE SON APLICABLES LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO PLUS DE LA QUE HACE PARTE, EN ADICIÓN A LAS CONDICIONES INDICADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO QUE PRIMARÁN SOBRE LAS GENERALES, EN CASO DE EXISTIR ALGUNA CONTRADICCIÓN ENTRE ELLAS.

1. ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

ZURICH AMPARA A LA ASEGURADA Y/O BENEFICIARIA POR EL VALOR DIARIO Y HASTA POR EL MÁXIMO DE DÍAS ESTABLECIDOS EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, CUANDO POR PARTO, DEBA SOMETERSE A UNA HOSPITALIZACIÓN CONTINUA.

¿CUÁL ES EL VALOR ASEGURADO?

EL VALOR ASEGURADO Y LA INDEMNIZACIÓN MÁXIMA POR EVENTO PARA CADA ASEGURADA SERÁN LOS PACTADOS EXPRESAMENTE EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO EN DONDE SE ESTIPULARÁN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA QUE APLIQUEN A ESTE.

2. ¿QUÉ NO CUBRE ESTE AMPARO?

PARA ESTE AMPARO SON APLICABLES, EN LO QUE CORRESPONDA, LAS EXCLUSIONES DEL AMPARO BÁSICO DE VIDA DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO PLUS Y LAS DEL AMPARO OPCIONAL DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN Y EN ADICIÓN A DICHAS EXCLUSIONES NO HABRÁ COBERTURA PARA: LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS HOSPITALARIOS O QUIRÚRGICOS O CIRUGÍAS AMBULATORIAS INICIADAS O REALIZADAS DENTRO DE LOS SESENTA (60) DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE SU INGRESO A LA PÓLIZA.

3. RECLAMACIÓN, INDEMNIZACIÓN Y PAGO.

¿QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO?

La asegurada y/o beneficiaria designada en el certificado individual de seguro deberá acreditar la ocurrencia del siniestro, se recomienda presentar los siguientes documentos:

- Carta de reclamación.
- Historia clínica completa o diagnóstico médico.
- Fotocopia del documento de identidad.
- Copia de la factura de gastos clínicos donde conste el número de días que estuvo hospitalizado el asegurado.

Así mismo, en caso de ser necesario y las circunstancias lo ameriten, se podrán solicitar documentación adicional para la acreditación del siniestro y de su cuantía si fuera necesario.

¿CÓMO SE PAGA ESTE AMPARO?

ZURICH, previa validación de la reclamación determinará si hay lugar a la indemnización e indemnizará hasta la suma asegurada contratada para este amparo, descontando el deducible que se haya pactado en el certificado individual de seguro en donde estarán las condiciones particulares de la póliza que apliquen a este.

4. TERMINACIÓN DEL AMPARO.

En caso de renovación de la póliza, este amparo se renovará de manera automática, siempre y cuando no se produzca la revocación de la póliza, ni la revocación del amparo por decisión de algunas de las partes.

Este amparo terminará al manifestarse alguna de las causas de terminación indicadas en el amparo básico, o bien, algunas de las siguientes causas:

- A. Que el amparo básico de vida de la póliza de seguro de vida grupo plus haya terminado por cualquier motivo.
- B. Por el pago del 100% de la indemnización del amparo opcional de incapacidad total y permanente y/o amparo opcional de incapacidad total y permanente por accidente.
- C. Por el pago del 100% de la indemnización indicada para este amparo adicional.
- D. Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en las condiciones de la póliza.

AMPARO OPCIONAL ADICIONAL DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE PLUS

COMPAÑÍA ASEGURADORA:

ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A., NIT. 860.002.534-0 QUE PARA TODOS LOS EFECTOS DEL CONTRATO DE SEGUROS SE LLAMARÁ ZURICH O LA COMPAÑÍA.

AL PRESENTE AMPARO LE SON APLICABLES LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO PLUS DE LA QUE HACE PARTE, EN ADICIÓN A LAS CONDICIONES INDICADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO QUE PRIMARÁN SOBRE LAS GENERALES, EN CASO DE EXISTIR ALGUNA CONTRADICCIÓN ENTRE ELLAS.

1. ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

ZURICH AMPARA AL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO POR EL VALOR DIARIO ESTABLECIDO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, CUANDO POR CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE NO EXCLUIDO OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, DEBA SOMETERSE A UNA HOSPITALIZACIÓN CONTINUA.

¿CUÁL ES EL VALOR ASEGURADO?

EL VALOR ASEGURADO Y LA INDEMNIZACIÓN MÁXIMA POR EVENTO PARA CADA ASEGURADO SERÁN LOS PACTADOS EXPRESAMENTE EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO EN DONDE SE ESTIPULARÁN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA QUE APLIQUEN A ESTE.

¿BAJO QUE CONDICIONES OPERA ESTE AMPARO?

PARA EFECTOS DE ESTE AMPARO:

- SE ENTENDERÁ POR ACCIDENTE, EL HECHO EXTERIOR, INDEPENDIENTE, IMPREVISTO, REPENTINO, COMPROBABLE Y FORTUITO INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO.
- LA HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO DEBE SER UN HOSPITAL Y/O CLÍNICA Y DEBE SER SUPERIOR A 24 HORAS.
- LOS PERÍODOS SUCESSIONS DE HOSPITALIZACIÓN QUE PROVENGAN DEL MISMO ACCIDENTE Y QUE ESTÉN SEPARADOS POR PERÍODOS MENORES DE NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO CONSTITUIRÁN UN SOLO PERÍODO CONTINUO DE HOSPITALIZACIÓN Y SERÁN INDEMNIZADOS HASTA EL LÍMITE DE TIEMPO DE LA COBERTURA CONTRATADO.
- LOS PERÍODOS SUCESSIONS DE HOSPITALIZACIÓN, QUE PROVENGAN DEL MISMO ACCIDENTE Y QUE ESTÉN SEPARADOS POR PERÍODOS MAYORES DE 90 DÍAS SE CONSIDERARÁN COMO DISTINTOS PERÍODOS DE HOSPITALIZACIÓN; CADA UNO DE ESTOS SERÁ INDEMNIZADOS HASTA EL LÍMITE PREVISTO PARA EL TIEMPO DE COBERTURA, SIEMPRE Y CUANDO CUMPLA LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN EL PRESENTE AMPARO.

¿ESTE AMPARO OPCIONAL PUEDE TENER DEDUCIBLE?

SÍ, EL DEDUCIBLE PODRÁ SER PACTADO EN DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN, LOS CUALES ESTARÁN EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO EN DONDE SE ESTIPULARÁN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA QUE APLIQUEN A ESTE. DESPUÉS DE ESTE PERÍODO SE INDEMNIZARÁN LOS DÍAS HASTA EL TIEMPO MÁXIMO DE COBERTURA.

EL DEDUCIBLE SE APPLICARÁ UNA VEZ POR CADA DOLENCIA O CONDICIÓN MÉDICA DIAGNOSTICADA POR EL CUAL SEA PRESENTADA UNA RECLAMACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN.

2. ¿QUÉ NO CUBRE ESTE AMPARO?

PARA ESTE AMPARO SON APLICABLES, EN LO QUE CORRESPONDA, LAS EXCLUSIONES DEL AMPARO BÁSICO DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACcede ESTE AMPARO OPCIONAL Y EN ADICIÓN A DICHAS EXCLUSIONES NO HAY COBERTURA PARA LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- LA HOSPITALIZACIÓN POR UN PERÍODO CONTINUO O SUCESIVO DERIVADA DE LESIONES O ACCIDENTES OCASIONADOS POR EL MISMO ASEGURADO O BENEFICIARIO CON LA INTENCIÓN DE SUICIDARSE, ESTANDO O NO EL ASEGURADO EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE DEMENCIA.
- MUTILACIÓN VOLUNTARIA O LESIONES INTENCIONALMENTE INFRINGIDAS, ESTANDO O NO EL ASEGURADO EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE DEMENCIA
- LESIONES CAUSADAS POR UN TERCERO CON ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE U OBJETO CONTUNDENTE, O CON EXPLOSIVOS.
- HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE TRATAMIENTOS POR INFERTILIDAD Y/O PLANIFICACIÓN FAMILIAR.
- TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS CONSECUENCIA DE COMPLICACIONES DEL EMBARAZO O PARTO.
- TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y/O QUIRÚRGICOS RELACIONADOS O CONSECUENCIA DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS.
- CIRUGÍA ESTÉTICA PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO, CUALQUIER CIRUGÍA PLÁSTICA U ORTOPÉDICA, A MENOS QUE SEA A CONSECUENCIA DIRECTA DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE SUFRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE ANEXO Y CUBIERTOS POR EL MISMO.
- HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA O EN INSTITUCIONES NO AUTORIZADAS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS.
- HOSPITALIZACIONES POR ACCIDENTES COMO CONSECUENCIA DE PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN PRÁCTICAS O EN COMPETENCIAS DE DEPORTES DE ALTO RIESGO, TALES COMO: VUELOS EN COMETA, ALA DELTA, PARAPENTE, PARACAIDISMO, MOTOCROSS, KARTISMO, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, MOTONÁUTICA, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, ESPELEOLOGÍA, RAFTING, VUELO EN ULTRALIVIANOS, PLANEADORES, SURFING, BOXEO, SALTO CON CUERDAS DESDE PUENTES O CONSTRUCCIONES Y EN CUALQUIER OTRO CONCURSO, COMPETENCIA, O SUS PREPARATIVOS, BUCEO, DEPORTES DE INVIERNO Y LA PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL Y OTROS SIMILARES, SEA COMO MIEMBRO ACTIVO O EJECUTANTE, Y CUALQUIER OTRO DEPORTE QUE EN LA LITERATURA UNIVERSAL SE CONSIDERE DE ALTO RIESGO O EXTREMO.

3. RECLAMACIÓN, INDEMNIZACIÓN Y PAGO.

¿QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO?

El asegurado o los beneficiarios designados en el certificado individual de seguro deberán acreditar la ocurrencia del siniestro, se recomienda presentar los siguientes documentos:

- Carta de reclamación.
- Historia clínica completa o diagnóstico médico.

- Fotocopia del documento de identidad.
- Copia de la factura de gastos clínicos donde conste el número de días que estuvo hospitalizado el asegurado.

Así mismo, en caso de ser necesario y las circunstancias lo ameriten, se podrán solicitar documentación adicional para la acreditación del siniestro y de su cuantía si fuera necesario.

¿CÓMO SE PAGA ESTE AMPARO?

ZURICH, previa validación de la reclamación determinará si hay lugar a la indemnización e indemnizará hasta la suma asegurada contratada para este amparo descontando el deducible, que se haya pactado en el certificado individual de seguro, en donde estarán las condiciones particulares de la póliza que apliquen a este.

4. TERMINACIÓN DEL AMPARO.

En caso de renovación de la póliza, este amparo se renovará de manera automática, siempre y cuando no se produzca la revocación de la póliza, ni la revocación del amparo por decisión de algunas de las partes.

Este amparo terminará al manifestarse alguna de las causas de terminación indicadas en el amparo básico, o bien, algunas de las siguientes causas:

- A. Que el amparo básico de vida de la póliza de seguro de vida grupo plus haya terminado por cualquier motivo.
- B. Por el pago del 100% de la indemnización del amparo opcional de incapacidad total y permanente y/o amparo opcional de incapacidad total y permanente por accidente.
- C. Por el pago del 100% de la indemnización indicada para este amparo adicional.
- D. Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en las condiciones de la póliza.

AMPARO OPCIONAL ADICIONAL DE RENTA ADICIONAL POR HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POR ACCIDENTE PLUS

COMPAÑÍA ASEGURADORA:

ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A., NIT. 860.002.534-0 QUE PARA TODOS LOS EFECTOS DEL CONTRATO DE SEGUROS SE LLAMARÁ ZURICH O LA COMPAÑÍA.

AL PRESENTE AMPARO LE SON APLICABLES LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO PLUS DE LA QUE HACE PARTE, EN ADICIÓN A LAS CONDICIONES INDICADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO QUE PRIMARÁN SOBRE LAS GENERALES, EN CASO DE EXISTIR ALGUNA CONTRADICCIÓN ENTRE ELLAS.

1. ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

ZURICH AMPARA AL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO POR UN VALOR ADICIONAL AL INDEMNIZADO POR EL AMPARO OPCIONAL DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE, CUANDO POR CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE NO EXCLUIDO OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, DEBA SOMETERSE A UNA HOSPITALIZACIÓN CONTINUA Y SEA INTERNADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

¿CUÁL ES EL VALOR ASEGURADO?

EL VALOR ASEGURADO, SERÁ EL PACTADO EXPRESAMENTE EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO EN DONDE SE ESTIPULARÁN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA QUE APLIQUEN A ESTE.

¿BAJO QUÉ CONDICIONES OPERA ESTE AMPARO?

PARA EFECTOS DE ESTE AMPARO, SE APLICARÁN LAS DEFINICIONES Y CONDICIONES PRESENTES EN EL AMPARO OPCIONAL DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE.

¿ESTE AMPARO OPCIONAL PUEDE TENER DEDUCIBLE?

SÍ, EL DEDUCIBLE PODRÁ SER PACTADO EN DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN QUE APLICARÁN POR EVENTO, LOS CUALES ESTARÁN EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO EN DONDE SE ESTIPULARÁN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA QUE APLIQUEN A ESTE. DESPUÉS DE ESTE PERÍODO SE INDEMNIZARÁN LOS DÍAS HASTA EL TIEMPO MÁXIMO DE COBERTURA.

EL DEDUCIBLE EN DÍAS DE ESPERA SERÁ EN CONJUNTO CON EL AMPARO OPCIONAL DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE, ES DECIR, SE LE APLICA A LO QUE OCURRA PRIMERO EN EL TIPO DE HOSPITALIZACIÓN, SIEMPRE Y CUANDO EL AMPARO OPCIONAL DE RENTA ADICIONAL POR HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POR ACCIDENTE SEA CONTRATADO Y EL EVENTO Y CAUSA QUE LLEVÓ A LA HOSPITALIZACIÓN SEA LA MISMA.

2. ¿QUÉ NO CUBRE ESTE AMPARO?

PARA ESTE AMPARO SON APLICABLES, EN LO QUE CORRESPONDA, LAS EXCLUSIONES DEL AMPARO BÁSICO DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO PLUS A LA CUAL ACCEDE ESTE AMPARO OPCIONAL Y EN ADICIÓN ESTÁN EXCLUIDOS LOS MISMOS EVENTOS INDICADOS EN EL AMPARO OPCIONAL DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE.

3. RECLAMACIÓN, INDEMNIZACIÓN Y PAGO.

¿QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO?

El asegurado o los beneficiarios designados en el certificado individual de seguro deberán acreditar la ocurrencia del siniestro, se recomienda presentar los siguientes documentos:

- Carta de reclamación.
- Historia clínica completa o diagnóstico médico.
- Fotocopia del documento de identidad.
- Copia de la factura de gastos clínicos donde conste el número de días que estuvo hospitalizado el asegurado.

Así mismo, en caso de ser necesario y las circunstancias lo ameriten, se podrán solicitar documentación adicional para la acreditación del siniestro y de su cuantía si fuera necesario.

¿CÓMO SE PAGA ESTE AMPARO?

ZURICH, previa validación de la reclamación determinará si hay lugar a la indemnización e indemnizará hasta la suma asegurada contratada para este amparo descontando el deducible, que se haya pactado en el certificado individual de seguro, en donde estarán las condiciones particulares de la póliza que apliquen a este.

4. TERMINACIÓN DEL AMPARO.

En caso de renovación de la póliza, este amparo se renovará de manera automática, siempre y cuando no se produzca la revocación de la póliza, ni la revocación del amparo por decisión de algunas de las partes.

Este amparo terminará al manifestarse alguna de las causas de terminación indicadas en el amparo básico, o bien, algunas de las siguientes causas:

- D. Que el amparo básico de vida en la póliza de seguro de vida grupo plus haya terminado por cualquier motivo.
- E. Por el pago del 100% de la indemnización del amparo opcional de incapacidad total y permanente y/o amparo opcional de incapacidad total y permanente por accidente.
- F. Por el pago del 100% de la indemnización indicada para este amparo adicional.
- G. Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en las condiciones de la póliza.

AMPARO OPCIONAL ADICIONAL RENTA POST HOSPITALARIA POR ACCIDENTE PLUS

COMPAÑÍA ASEGURADORA:

ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A., NIT. 860.002.534-0 QUE PARA TODOS LOS EFECTOS DEL CONTRATO DE SEGUROS SE LLAMARÁ ZURICH O LA COMPAÑÍA.

AL PRESENTE AMPARO LE SON APLICABLES LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DE LA QUE HACE PARTE, EN ADICIÓN A LAS CONDICIONES INDICADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO QUE PRIMARÁN SOBRE LAS GENERALES, EN CASO DE EXISTIR ALGUNA CONTRADICCIÓN ENTRE ELLAS.

1. COBERTURA.

¿QUÉ CUBRE ESTE AMPARO OPCIONAL DE RENTA POST HOSPITALARIA?

SI POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA EL ASEGURADO DEBE RECLUIRSE EN SU DOMICILIO O CASA DE HABITACIÓN MIENTRAS DURE EL PERÍODO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL DERIVADA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PÓLIZA, LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ ESTA INCAPACIDAD TEMPORAL MEDIANTE EL PAGO DE UNA RENTA DIARIA POST HOSPITALARIA, SIEMPRE QUE EL ASEGURADO HAYA ESTADO HOSPITALIZADO COMO MÍNIMO TRES DÍAS Y HASTA POR PERÍODO IGUAL AL PERÍODO DE HOSPITALIZACIÓN, CON UN MÁXIMO DE DÍAS PACTADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, QUE SE INDICARÁ EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

¿BAJO QUÉ CONDICIONES OPERA ESTE AMPARO?

- LA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL DEBE OCURRIR DENTRO DEL PERÍODO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.
- ESTE AMPARO CUBRE UN EVENTO POR VIGENCIA, SALVO PACTO EN CONTRARIO.
- PARA QUE OPERE ESTE AMPARO SE REQUIERE UN MÍNIMO DE TRES DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN.
- ESTE AMPARO TENDRÁ UN LÍMITE DE DÍAS DE INDEMNIZACIÓN QUE SE INDICARÁ EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.
- PERÍODO DE CARENCIA: EL ASEGURADO NO TENDRÁ DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN, EN LOS CASOS DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POST HOSPITALARIA POR TRATAMIENTOS INICIADOS O REALIZADOS DENTRO DE LOS SESENTA (60) DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE SU INGRESO A LA PÓLIZA.
- EN ESTE AMPARO SE ENTIENDE POR HOSPITALIZACIÓN, LA RECLUSIÓN EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA LEGALMENTE ESTABLECIDA Y APROBADA, POR UN PERÍODO DE MÍNIMO DE 24 HORAS.

¿CUÁL ES EL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO?

EL VALOR ASEGURADO CORRESPONDE AL VALOR DIARIO DEL MONTO DE RENTA ESPECIFICADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO POR EL NÚMERO DE DÍAS LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN PACTADO.

2. EXCLUSIONES.

¿QUÉ NO CUBRE ESTE AMPARO OPCIONAL DE RENTA POST HOSPITALARIA?

PARA ESTE AMPARO SON APLICABLES LAS EXCLUSIONES DEL AMPARO BÁSICO DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE ESTE AMPARO OPCIONAL Y EN ADICIÓN A DICHAS EXCLUSIONES NO HAY COBERTURA PARA RENTA POST HOSPITALARIA, OBJETO DE ESTE AMPARO, QUE SEA CONSECUENCIA O ESTÉ RELACIONADA CON:

- A. LA HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTES OCASIONADOS POR EL MISMO ASEGURADO CON LA INTENCIÓN DE SUICIDARSE, SALVO QUE DICHA COBERTURA SEA CONTRATADA POR CONDICIÓN PARTICULAR.
- B. HOSPITALIZACIÓN POR TENTATIVA DE HOMICIDIO, SALVO QUE HAYA SIDO EXPRESAMENTE INCLUIDO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA QUE SE INDICAN EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.
- C. MUTILACIÓN VOLUNTARIA O LESIONES INTENCIONALMENTE INFRINGIDAS, ESTANDO O NO EL ASEGURADO EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE DEMENCIA.
- D. ACCIDENTES A CAUSA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MILITAR O DE SERVICIO ACTIVO Y EN EJERCICIO DE SUS FUNCIONES COMO MILITAR, NAVAL, AÉREO O DE POLICÍA, MIEMBRO DE ORGANISMO DE SEGURIDAD, DE INTELIGENCIA, GUARDAESPALDAS O VIGILANTE.
- E. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN PRÁCTICAS O EN COMPETENCIAS DE DEPORTES DE ALTO RIESGO, TALES COMO: VUELOS EN COMETA, ALA DELTA, PARAPENTE, PARACAIMISMO, MOTOCROSS, KARTISMO, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, MOTONÁUTICA, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, ESPELEOLOGÍA, RAFTING, VUELO EN ULTRALIVIANOS, PLANEADORES, SURFING, BOXEO, SALTO CON CUERDAS DESDE PUENTES O CONSTRUCCIONES Y EN CUALQUIER OTRO CONCURSO, COMPETENCIA, O SUS PREPARATIVOS, BUCEO, DEPORTES DE INVIERNO Y LA PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL Y OTROS SIMILARES, SEA COMO MIEMBRO ACTIVO O EJECUTANTE, Y CUALQUIER OTRO DEPORTE QUE EN LA LITERATURA UNIVERSAL SE CONSIDERE DE ALTO RIESGO O EXTREMO.
- F. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS O EN CUALQUIER ACTO DELICTIVO O CONTRAVENCIÓN, EN CALIDAD DE AUTOR, CÓMPlice O ENCUBRIDOR.
- G. ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO VIAJE COMO PASAJERO EN VUELOS PRIVADOS, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AEROLÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.
- H. INTOXICACIÓN O ENVENENAMIENTO SALVO QUE SE HAYA CAUSADO POR UN TERCERO.
- I. LUMBALGIA, ESPASMOS MUSCULARES O HERNIAS DE CUALQUIER CLASE.
- J. INFECCIÓN BACTERIANA Y TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS QUE NO SEAN MOTIVADOS POR ACCIDENTE AMPARADO POR ESTA COBERTURA; CUALQUIER ENFERMEDAD CORPORAL O MENTAL, HERNIAS DE CUALQUIER CLASE, OCLUSIONES INTESTINALES, RUPTURA DE ANEURISMAS, PANDEMIAS Y EPIDEMIAS.
- K. ENFERMEDADES CONGÉNITAS O ADQUIRIDAS, LESIONES O DEFECTOS FÍSICOS O FISIOLÓGICOS ORIGINADOS U OCURRIDOS ANTES DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, CON O SIN CONOCIMIENTO DEL ASEGURADO.
- L. ENCONTRARSE EL ASEGURADO VOLUNTARIAMENTE BAJO INFLUENCIA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, ESTUPEFACIENTES, ALUCINÓGENOS O DROGAS TÓXICAS O HEROICAS, CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO REQUERIDA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
- M. LAS ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR LA PICADURA DE INSECTOS (VECTORES) QUE CAUSEN ENFERMEDADES TALES COMO, PERO SIN LIMITARSE, A PALUDISMO, LA LEISHMANIASIS, ENFERMEDAD DE CHAGAS, LA TRIPANOSOMIASIS AFRICANA, DENGUE, FIEBRE AMARILLA, CHIKUNGUNYA, FILARIASIS LINFÁTICA, ENTRE OTRAS.

- N. LAS LESIONES CORPORALES (INTERNAS O EXTERNAS) QUE SUFRA EL ASEGURADO CON ANTERIORIDAD A LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO, O QUE TENGAN COMO CAUSA, O SEAN UNA CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO ANTES DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA OTORGADA POR LA PRESENTE PÓLIZA.**
- O. CIRUGÍA ESTÉTICA PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO, CUALQUIER CIRUGÍA PLÁSTICA U ORTOPÉDICA, A MENOS QUE SEA A CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE SUFRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE ANEXO Y CUBIERTOS POR EL MISMO.**
- P. HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA O EN INSTITUCIONES NO AUTORIZADAS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS.**

3. RECLAMACIÓN, INDEMNIZACIÓN Y PAGO.

¿QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO?

Para acreditar la ocurrencia del siniestro se recomienda al asegurado presentar los siguientes documentos tales como:

- Historia clínica completa o diagnóstico médico.
- Fotocopia del documento de identidad.
- Copia de informe clínico u hospitalario donde conste el número de días que estuvo hospitalizado el asegurado.
- Resolución de la invalidez temporal emitida por la clínica u hospital de la ARL o EPS que acrediten la incapacidad.

En todo caso, LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de exigir al asegurado que se someta a un examen médico practicado por un especialista que ella designe.

¿CÓMO SE PAGA ESTE AMPARO?

ZURICH pagará al asegurado, el valor de la indemnización, teniendo como límite al valor asegurado a la fecha de ocurrencia del siniestro, establecido en el certificado individual de seguro para la cobertura contratada y afectada. El plazo para que la Compañía acepte o niegue la reclamación será de veinte (20) días hábiles contado a partir de la fecha en la cual se entregue la totalidad de los documentos necesarios para demostrar la ocurrencia del siniestro.

4. TERMINACIÓN DEL AMPARO.

Este amparo terminará por alguna de las causas de terminación indicadas en el amparo básico, o bien, algunas de las siguientes causas:

- F. Cuando el amparo básico de Vida haya terminado.
- G. Cuando el asegurado cumpla la edad de permanencia establecida en la carátula de la póliza para el amparo básico de vida.
- H. Por el pago del 100% de la indemnización del amparo opcional de incapacidad total y permanente y/o amparo opcional de incapacidad total y permanente por accidente.
- I. Por el pago del 100% de la indemnización indicada para este amparo opcional.
- J. Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia para este amparo adicional.