



18 de Mayo de 2022

Tomador de la Póliza

PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO, NOMBRE

Estas son las condiciones de su Contrato de Seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente

NOMBRE ASESOR DE SEGUROS Allianz Seguros de Vida S.A.

The Allianz logo, consisting of the word 'Allianz' in a bold, white, sans-serif font next to a circular emblem containing three vertical bars of varying heights.

SUMARIO

CONDICIONES GENERALES	
I. EXCLUSIONES	3
II. AMPAROS.....	5
III. TERMINACIÓN DE LOS AMPAROS.....	14
IV. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA	15
V. REVOCACIÓN DE AMPAROS.....	15
VI. DEFINICIONES.....	16

CONDICIONES GENERALES

ESTAS SON LAS CONDICIONES GENERALES DE SU CONTRATO DE SEGURO. ESTAS CONDICIONES, AL IGUAL QUE LA DEMÁS INFORMACIÓN APLICABLE (DERECHOS, DEBERES, OBLIGACIONES, PROCEDIMIENTOS, ASISTENCIAS CONTRATADAS, ETC.), LA PODRÁ ENCONTRAR EN WWW.ALLIANZ.COM.CO Y EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

I. EXCLUSIONES

EN LA SIGUIENTE TABLA ENCONTRARÁ LAS EXCLUSIONES QUE APLICAN PARA CADA UNO DE LOS AMPAROS DESCRITOS EN LA PÓLIZA. EN CASO DE CONTRATAR ASISTENCIAS, LA INFORMACION DE LAS EXCLUSIONES LAS PODRA ENCONTRAR EN WWW.ALLIANZ.COM.CO:

AMPAROS	EXCLUSIONES																						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Fallecimiento	X	X																					X
Incapacidad, Inutilización o Desmembración por Enfermedad o Accidente		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X											X
Enfermedades Graves				X			X					X	X	X									X
Fallecimiento Accidental		X	X		X	X	X	X	X	X		X			X	X							X
Auxilio por Fallecimiento	X	X																					X
Renta Diaria por Hospitalización y Renta Diaria por Incapacidad Temporal por Accidente		X		X	X	X	X	X	X	X		X	X	X			X	X	X	X	X	X	X
		X		X	X	X	X	X	X		X								X				X

A CONTINUACIÓN, ENCONTRARÁ LA DESCRIPCIÓN DE LAS EXCLUSIONES ENUMERADAS EN LA TABLA ANTERIOR:

NO HABRÁ LUGAR A PAGO ALGUNO CUANDO LA CAUSA DE LA RECLAMACIÓN, SEA A CONSECUENCIA DE, O ESTE EN CONEXIÓN CON:

- 1) SUICIDIO COMETIDO DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA, ESTANDO O NO EL ASEGURADO EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES.
- 2) ENFERMEDADES, LESIONES, DEFECTOS FÍSICOS O LIMITACIONES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTES OCURRIDOS O ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS O MANIFIESTAS ANTES DE LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA DEL PRESENTE AMPARO.
- 3) ACCIDENTES CAUSADOS POR INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O TRATAMIENTOS CLÍNICOS O PARA CLÍNICOS O COMO CONSECUENCIA DE ELLOS, SALVO QUE LA INTERVENCIÓN O EL TRATAMIENTO OBEDEZCA A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA.

- 4) INTENTO DE SUICIDIO O LESIONES CAUSADAS POR EL ASEGURADO, ESTANDO O NO EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES.
- 5) EL USO DE CUALQUIER NAVE AÉREA EN CALIDAD DE PILOTO, ESTUDIANTE DE PILOTAJE, MECÁNICO DE VUELO, O MIEMBRO DE TRIPULACIÓN; O DE VIAJES QUE REALICE COMO PASAJERO EN AERONAVES QUE NO PERTENEZCAN A UNA COMPAÑÍA DE TRANSPORTE AÉREO CON ITINERARIOS DEBIDAMENTE PUBLICADOS Y AUTORIZADO PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS POR LA AUTORIDAD GUBERNAMENTAL CONSTITUIDA Y CON JURISDICCIÓN SOBRE LA AVIACIÓN CIVIL DEL PAÍS DE SU REGISTRO.
- 6) PARTICIPACIÓN EN RIÑAS, PELEAS, Y TODA OTRA EXPOSICIÓN DELIBERADA A PELIGROS EXCEPCIONALES O TEMERARIOS, SALVO EN UN INTENTO DE SALVAR UNA VIDA HUMANA.
- 7) PARTICIPACIÓN COMO MIEMBRO ACTIVO Y/O EJECUTANTE EN ACTIVIDADES O DEPORTES CONSIDERADOS DE ALTO RIESGO TALES COMO: AUTOMOVILISMO, BOXEO, MOTOCICLISMO, MOTONÁUTICA, PARACAIDISMO, PARAPENTE, TAUROMAQUIA, EQUITACIÓN, SALTO CON CUERDAS DESDE PUENTES O CONSTRUCCIONES Y EN CUALQUIER OTRO CONCURSO, COMPETENCIAS O SUS PREPARATIVOS.
- 8) PARTICIPACIÓN EN TRABAJOS BAJO EL AGUA O LA TIERRA, Y FABRICACIÓN Y/O MANIPULACIÓN DE EXPLOSIVOS, MUNICIONES Y FUEGOS ARTIFICIALES.
- 9) PRESTACIÓN DEL SERVICIO MILITAR, NAVAL, AÉREO O DE POLICÍA, ACTOS DE GUERRA (DECLARADA O NO), GUERRA CIVIL, INVASIÓN, FISIÓN NUCLEAR, EPIDEMIAS E INFECCIONES.
- 10) EVENTOS ACCIDENTALES OCURRIDOS A CONSECUENCIA DE LIBERACIÓN SÚBITA DE ENERGÍA ATÓMICA, RADIACIÓN NUCLEAR O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA (CONTROLADA O NO), ACTIVIDADES TERRORISTAS ATÓMICAS, BIOLÓGICAS O QUÍMICAS.
- 11) LESIONES O CONTUSIONES CAUSADAS POR ESFUERZOS, LUMBALGIAS, ESPASMOS, HERNIAS DE CUALQUIER CLASE, EVENTRACIONES, OCLUSIONES INTESTINALES, ROTURA DE ANEURISMAS.
- 12) ACCIDENTES O ENFERMEDADES CAUSADAS POR INGESTIÓN INVOLUNTARIA DE VENENOS, GASES TÓXICOS; O POR ENCONTRARSE EL ASEGURADO EN ESTADO DE *EMBRIAGUEZ*, O BAJO LA INFLUENCIA DE DROGAS HEROICAS, TÓXICAS, PSICOTRÓPICAS O CUALQUIER DROGA CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO PRESCRITA POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN.
- 13) SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), O CUALQUIER SÍNDROME O ENFERMEDAD DE TIPO SIMILAR BAJO CUALQUIER NOMBRE QUE TENGA, ASÍ COMO, CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE DICHS SÍNDROMES.
- 14) ADICCIÓN AL ALCOHOL O CUALQUIER TIPO DE DROGAS QUE NO HAYAN SIDO PRESCRITAS POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADOS PARA EJERCER LA PROFESION.
- 15) SUICIDIO, ESTANDO O NO EL ASEGURADO EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES.
- 16) MUERTE CAUSADA POR LA ACCIÓN DIRECTA O INDIRECTA DE UNA PERSONA SOBRE EL ASEGURADO.

- 17) ENFERMEDADES PSÍQUICAS O MENTALES.
- 18) HOSPITALIZACIONES COMO CONSECUENCIA DE EMBARAZO, PARTO O ABORTO Y COMPLICACIONES DERIVADAS. HOSPITALIZACIÓN POR CUALQUIER CLASE DE HERNIAS Y VÁRICES. HOSPITALIZACIONES PARA CHEQUEOS MÉDICOS O PRÁCTICA DE EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO.
- 19) TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS QUE NO SEAN NECESARIOS EN RAZÓN DEL ACCIDENTE O LA ENFERMEDAD.
- 20) INFECCIONES DE CUALQUIER TIPO, SALVO LAS QUE ACONTEZCAN COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO ACCIDENTAL CUBIERTO POR LA PRESENTE PÓLIZA.
- 21) CIRUGÍA ESTÉTICA, SUS COMPLICACIONES Y HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE CUALQUIERA DE ELLAS.
- 22) NO CUBREN LOS PERIODOS DE INCAPACIDAD O DE REPOSO POSTERIORES A UNA HOSPITALIZACIÓN.
- 23) ALLIANZ NO OTORGARÁ COBERTURA NI SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR NINGÚN SINIESTRO U OTORGAR NINGÚN BENEFICIO EN LA MEDIDA EN QUE (I) EL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA II) EL PAGO DE LA RECLAMACIÓN O (III) EL OTORGAMIENTO DE TAL BENEFICIO EXPONGAN A LA COMPAÑÍA A CUALQUIER SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONTEMPLADA EN LAS RESOLUCIONES, LEYES, DIRECTIVAS, REGLAMENTOS, DECISIONES O CUALQUIER NORMA DE LAS NACIONES UNIDAS, LA UNIÓN EUROPEA, EL REINO UNIDO DE GRAN BRETAÑA E IRLANDA DEL NORTE, LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA O CUALQUIER OTRA LEY NACIONAL O REGULACIÓN APLICABLE.

II. AMPAROS

SIEMPRE QUE CONSTE SU PACTO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA Y QUE EL EVENTO QUE SE AMPARA SE PRODUZCA DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA MISMA, SE OTORGARÁN LAS SIGUIENTES COBERTURAS:

EN CASO DE CONTRATAR ASISENCIAS LAS CONDICIONES LAS PODRA CONSULTAR EN WWW.ALLIANZ.COM.CO.

- 1) **FALLECIMIENTO**
- 2) **INCAPACIDAD, INUTILIZACIÓN O DESMEMBRACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE**

SE CONSIDERA COMO INCAPACIDAD, INUTILIZACION O DESMEMBRACION POR ENFERMEDAD O **ACCIDENTE** CUANDO EL ASEGURADO SUFRA:

1. LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES QUE LE ORIGINEN UNA **INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTA PERSISTA POR UN TÉRMINO NO INFERIOR A CIENTO VEINTE (120 DÍAS) CALENDARIO CONTINUOS.
2. PÉRDIDAS FUNCIONALES O ANATÓMICAS INCLUIDAS O PREVISTAS EN LA **RELACION DE RIESGOS E INDEMINIZACIONES POR INUTILIZACION O**

DESMEMBRACION, DENTRO DE LOS 180 DÍAS COMUNES SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DEL **ACCIDENTE** Y, SIEMPRE Y CUANDO, EL ASEGURADO SOBREVIVA 30 DÍAS COMUNES A LA PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN FUNCIONAL O ANATÓMICA.

3. PÉRDIDAS FUNCIONALES O ANATÓMICAS INCLUIDAS O PREVISTAS EN LA **RELACIÓN DE RIESGOS E INDEMINIZACIONES POR INUTILIZACIÓN O DESMEMBRACIÓN** COMO CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD, SIEMPRE Y CUANDO, EL ASEGURADO SOBREVIVA 30 DÍAS CALENDARIO A LA PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN FUNCIONAL O ANATÓMICA.

PARÁGRAFO 1: CUANDO SE PRODUZCA LA **INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE** EN LAS CONDICIONES DISPUESTAS EN EL PRESENTE CONDICIONADO, ALLIANZ PAGARÁ EL 100% DEL VALOR ASEGURADO VIGENTE AL MOMENTO DE LA ESTRUCTURACIÓN DE LA MISMA.

PARAGRAFO 2: LA SIGUIENTE ES LA **RELACION DE RIESGOS E INDEMINIZACIONES POR INUTILIZACIÓN O DESMEMBRACIÓN**, EN LA CUAL PODRÁ ENCONTRAR LOS PORCENTAJES DE LA SUMA ASEGURADA VIGENTE A LA FECHA DE OCURRENCIA DE LA DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN POR ENFERMEDAD O **ACCIDENTE** QUE ALLIANZ PAGARÁ:

PÉRDIDAS FUNCIONALES O ANATÓMICAS	% SUMA ASEGURADA DETERMINADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES
1. Pérdida de ambas manos o de ambos pies o de una mano y un pie.	100%
2. Ceguera irreparable de ambos ojos	
3. Pérdida de una mano o de un pie junto con la ceguera irreparable de un ojo.	
4. Demencia total presumiblemente incurable que impida todo trabajo.	
5. Parálisis total presumiblemente incurable que impida todo trabajo.	
6. Pérdida total e irreparable del habla.	
7. Sordera bilateral total irreparable.	
8. Pérdida de una mano o de un pie.	60%
9. Ceguera irreparable de un ojo.	25%
10. Pérdida de cinco (5) artejos del mismo pie.	20%
11. Pérdida del dedo pulgar siempre que comprenda la totalidad de las dos falanges.	15%
12. Pérdida de tres (3) dedos de la misma mano, siempre que comprenda las tres falanges de cada uno, con excepción de los dedos pulgar e índice.	
13. Pérdida del dedo índice siempre que comprenda la totalidad de las tres falanges.	

PARÁGRAFO 2.1. PARA LOS EFECTOS DE LOS NUMERALES UNO, TRES Y OCHO SE ENTIENDE POR PÉRDIDA DE LA MANO LA AMPUTACIÓN QUE SE VERIFIQUE A LA ALTURA DE LA MUÑECA Y POR PÉRDIDA DEL PIE, LA AMPUTACIÓN QUE SE VERIFIQUE A LA ALTURA DEL TOBILLO O POR ENCIMA DE ÉL.

PARÁGRAFO 2.2. TAMBIÉN SE ENTIENDE POR PÉRDIDA, LA INUTILIZACIÓN, ES DECIR, INHABILITACIÓN FUNCIONAL TOTAL Y PERMANENTE DEL ÓRGANO O MIEMBRO LESIONADO, EN FORMA TAL QUE NO PUEDA DESARROLLAR NINGUNA DE SUS FUNCIONES NATURALES.

PARÁGRAFO 2.3. SI EL ASEGURADO RECIBE CUALQUIERA DE LAS INDEMNIZACIONES QUE CORRESPONDEN A LOS NUMERALES UNO A NUEVE, SE AGOTA LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE ALLIANZ, PRODUCIENDO LA TERMINACIÓN DEL AMPARO DE INCAPACIDAD, INUTILIZACIÓN O DESMEMBRACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE, EXTINGUIENDO TODA OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA.

PARÁGRAFO 2.4. DEDUCCIONES: A MEDIDA QUE EL ASEGURADO RECIBA, DURANTE LA MISMA VIGENCIA, CUALQUIERA DE LAS INDEMNIZACIONES QUE CORRESPONDEN A LOS NUMERALES DIEZ AL TRECE, LA SUMA ASEGURADA CORRESPONDIENTE AL AMPARO DE INCAPACIDAD, INUTILIZACIÓN O DESMEMBRACION POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE DISMINUYE.

PARÁGRAFO 2.5. RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DE VALORES ASEGURADOS. SI EL ASEGURADO RECIBE DURANTE LA MISMA VIGENCIA CUALQUIERA DE LAS INDEMNIZACIONES QUE CORRESPONDEN A LOS NUMERALES DIEZ A TRECE, Y EL PORCENTAJE AFECTADO ES INFERIOR AL SESENTA (60 %), PARA LA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA LA SUMA ASEGURADA SE RESTABLECERÁ AUTOMÁTICAMENTE, MANTENIENDO SU CRECIMIENTO DE VALOR ASEGURADO SI HA CONTRATADO LA PÓLIZA CON ESTA OPCIÓN.

3) ENFERMEDADES GRAVES

HABRÁ COBERTURA PARA EL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES CUANDO UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN, LE DIAGNOSTICA POR PRIMERA VEZ, CON BASE EN PRUEBAS CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS, HISTOLÓGICAS Y DE LABORATORIO, LA PRESENCIA O PADECIMIENTO DE CUALQUIERA DE LAS ENFERMEDADES RELACIONADAS A CONTINUACIÓN, SIEMPRE Y CUANDO NO SE DERIVEN DE ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS Y HAYA TRANSCURRIDO POR LO MENOS NOVENTA (90) DÍAS DESDE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO Y EL ASEGURADO SOBREVIVA AL MENOS TREINTA (30) DÍAS AL DIAGNÓSTICO.

PARA CIERTAS ENFERMEDADES ESPECÍFICAS, SE APLICARÁN LOS PLAZOS DESCRITOS EN SUS DEFINICIONES.

PARA TODOS LOS EFECTOS PREVISTOS EN ESTA PÓLIZA Y EN ESTE AMPARO SE ENTIENDE POR:

- **CÁNCER:** ENFERMEDAD QUE SE MANIFIESTA POR LA PRESENCIA DE UN TUMOR MALIGNO, QUE SE CARACTERIZA POR EL CRECIMIENTO Y LA EXPANSIÓN INCONTROLADA DE CÉLULAS MALIGNAS E INVASIÓN DE TEJIDOS. SE INCLUYE EN ESTA DEFINICIÓN LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA AGUDA, LOS LINFOMAS, LA ENFERMEDAD DE HODKING, ASÍ COMO EL MELANOMA MALIGNO. EL DIAGNÓSTICO DE CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES, DEBE SER EVIDENCIADO POR UNA HISTOLOGÍA CLARAMENTE DEFINIDA.

NO TENDRÁ COBERTURA LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA, EL CÁNCER DE PIEL (A MENOS QUE SE TRATE DE MELANOMAS MALIGNOS INVASIVO), CARCINOMA BASO CELULAR, CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS, EL CÁNCER DE CÉRVIX INSITU, O CUALQUIER TIPO DE TUMOR QUE SEA DESCRITO EN TÉRMINOS HISTOLÓGICOS COMO IN SITU, O AQUELLOS QUE PRESENTEN CAMBIOS MALIGNOS EN SU FASE INICIAL.

- **INFARTO AL MIOCARDIO:** NECROSIS DE UNA PARTE DEL MÚSCULO CARDIACO COMO CONSECUENCIA DEL ABASTECIMIENTO SANGUÍNEO INADECUADO A LA ZONA RESPECTIVA. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER CONFIRMADO POR TODOS LOS SIGUIENTES ASPECTOS: HISTORIA DE DOLOR TORÁCICO TÍPICO, CAMBIOS EN EL ELECTROCARDIOGRAMA Y ELEVACIÓN DE LAS ENZIMAS CARDIACAS TROPONINAS U OTROS MARCADORES BIOQUÍMICOS.

NO TENDRÁ COBERTURA EL INFARTO DEL MIOCARDIO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST CON SOLAMENTE ELEVACIÓN DE TROPONINA I O T, ANGINA DE PECHO ESTABLE O INESTABLE O INFARTO DE MIOCARDIO SILENTE.

- **INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:** ENFERMEDAD QUE SE CARACTERIZA POR UNA FALLA CRÓNICA E IRREVERSIBLE DE LA FUNCIÓN RENAL DE AMBOS RIÑONES, EN LA QUE EL ASEGURADO REQUIERE FINALMENTE DE DIÁLISIS O TRASPLANTE. DICHO DIAGNÓSTICO, DEBE SER CERTIFICADO POR UN NEFRÓLOGO.
- **ESCLEROSIS MÚLTIPLE:** DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE ESTABLECIDO POR UN ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA. LA ENFERMEDAD DEBE SER EVIDENCIADA POR SÍNTOMAS CLÍNICOS TÍPICOS DE DESMIELINIZACIÓN, DETERIORO DE LAS FUNCIONES MOTORAS Y SENSORIALES Y ADEMÁS POR HALLAZGOS TÍPICOS EN LA RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA.

PARA PROBAR EL DIAGNÓSTICO, EL ASEGURADO DEBE EXHIBIR ANOMALÍAS NEUROLÓGICAS QUE HAYAN EXISTIDO POR UN PERÍODO CONTINUO DE POR LO MENOS SEIS (6) MESES O HABER TENIDO AL MENOS DOS EPISODIOS CLÍNICAMENTE DOCUMENTADOS CON UN INTERVALO DE UN MES ENTRE ELLOS O UN EPISODIO CLÍNICAMENTE DOCUMENTADO JUNTO CON HALLAZGOS CARACTERÍSTICOS EN EL FLUIDO CEREBROESPINAL, COMO ASÍ TAMBIÉN LESIONES CEREBRALES ESPECÍFICAS DETECTADAS EN LA RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA.

- **ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR:** CUALQUIER INCIDENTE O ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR QUE PRODUZCA SECUELAS NEUROLÓGICAS PERMANENTES Y QUE INCLUYA INFARTO DEL TEJIDO CEREBRAL, HEMORRAGIA DE UN VASO INTRA CRANEANO O EMBOLIZACIÓN DE FUENTE EXTRA CRANEAL DEBE PRESENTARSE EVIDENCIA DE DÉFICIT NEUROLÓGICO PERMANENTE.

EL DIAGNÓSTICO DEBE SER CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA Y EVIDENCIADO POR SÍNTOMAS CLÍNICOS TÍPICOS COMO ASÍ TAMBIÉN HALLAZGOS TÍPICOS EN LA TAC (TOMOGRFÍA AXIAL COMPUTARIZADA) DE CEREBRO Y RNM (RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA) DE CEREBRO. DEBEN DOCUMENTARSE PRUEBAS DE DEFICIENCIA NEUROLÓGICA DE POR LO MENOS TRES (3) MESES A CONTAR DE LA FECHA DE DIAGNÓSTICO.

NO TENDRÁ COBERTURA LOS ACCIDENTES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS (AIT), LESIONES TRAUMÁTICAS DEL CEREBRO, SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS SECUNDARIOS A MIGRAÑA (JAQUECA), INFARTOS LACUNARES SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO O ACCIDENTES DE LOS QUE EL ASEGURADO PUEDA

RECUPERARSE COMPLETAMENTE DENTRO DE LOS SEIS (6) SEMANAS SIGUIENTES AL MISMO.

- **AFECCIÓN DE ARTERIA CORONARIA QUE EXIJA CIRUGÍA:** HABERSE SOMETIDO A CIRUGÍA CARDIACA A TÓRAX ABIERTO PARA CORREGIR ESTRECHAMIENTO U OBSTRUCCIÓN DE DOS O MÁS ARTERIAS CORONARIAS, POR IMPLANTE DE UN PUENTE ARTERIAL CORONARIO EN PERSONAS CON SÍNTOMAS DE DOLOR TORÁCICO. LA NECESIDAD DE TAL INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DEBE HABER SIDO PROBADA MEDIANTE ANGIOGRAFÍA CORONARIA Y LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGÍA DEBE SER CONFIRMADA POR UN ESPECIALISTA.

NO TENDRÁ COBERTURA LA ANGIOPLASTIA Y/O CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN INTRA ARTERIAL CORONARIA O NO CORONARIA, Y CIRUGÍA POR TORACOTOMÍA MÍNIMA.

- **QUEMADURA SEVERA:** DÍCESE DE LAS QUEMADURAS DE TERCER GRADO, QUE COMPROMETAN MÁS DEL 20% DE LA SUPERFICIE CORPORAL DEL ASEGURADO, EL DIAGNÓSTICO DEBE SER CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA Y EVIDENCIADO POR LOS RESULTADOS DE LA CARTA DE LUND BROWDER O UN CALCULADOR EQUIVALENTE DE ÁREAS CORPORALES QUEMADAS.
- **ENFERMEDAD DE ALZHEIMER:** DIAGNÓSTICO CLÍNICO INEQUÍVOCO DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (DEMENCIA PRE-SENIL) ANTES DE LA EDAD DE 66 AÑOS, CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA Y EVIDENCIADO POR HALLAZGOS TÍPICOS EN EXÁMENES NEUROLÓGICOS Y COGNITIVOS (POR EJEMPLO, TAC, RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA, PET DE CEREBRO). LA ENFERMEDAD DEBE PRODUCIR COMO RESULTADO UNA INCAPACIDAD PERMANENTE DE REALIZAR INDEPENDIEMENTE TRES O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.
- **ENFERMEDAD DE PARKINSON:** DIAGNÓSTICO CLÍNICO INEQUÍVOCO DE ENFERMEDAD DE PARKINSON PRIMARIA O IDIOPÁTICA (TODAS LAS OTRAS FORMAS DE PARKINSONISMO ESTÁN EXCLUIDAS) ANTES DE LOS 66 AÑOS, CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA. LA ENFERMEDAD DEBE PROVOCAR INCAPACIDAD PERMANENTE PARA REALIZAR INDEPENDIEMENTE TRES O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

SE CONSIDERA ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA 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 MÉDICAMENTE DOCUMENTADAS POR LO MENOS DURANTE 3 MESES.

- **PARÁLISIS DE MIEMBROS SUPERIORES O INFERIORES:** SE CONSIDERA PARÁLISIS DE UN MIEMBRO SUPERIOR LA PÉRDIDA FUNCIONAL COMPLETA Y PERMANENTE DE LA MANO, Y SE CONSIDERA PARÁLISIS DE UN MIEMBRO INFERIOR LA PÉRDIDA FUNCIONAL COMPLETA Y PERMANENTE DEL PIE, POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE CON UNA DURACIÓN CONTINUA NO INFERIOR A CIENTO OCHENTA (180) DÍAS COMUNES, CONFIRMADO POR UN MÉDICO ESPECIALISTA. EL DIAGNÓSTICO DEBERÁ SER CONFIRMADO CUMPLIDOS LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS COMUNES POSTERIORES A LA OCURRENCIA DEL EVENTO.

SI LA PARÁLISIS ES DE DOS (2) O MÁS MIEMBROS, EL ASEGURADO TENDRÁ DERECHO A QUE LE SEA INDEMNIZADO EL 100% DEL VALOR ASEGURADO ALCANZADO. SI LA PARÁLISIS ES DE UN (1) SOLO MIEMBRO, EL ASEGURADO TENDRÁ DERECHO A QUE LE SEA INDEMNIZADO EL 60% DEL VALOR ASEGURADO ALCANZADO.

- **PÉRDIDA DE MIEMBROS SUPERIORES O INFERIORES:** SE CONSIDERA LA PÉRDIDA DE UN MIEMBRO SUPERIOR LA AMPUTACIÓN QUIRÚRGICA O TRAUMÁTICA POR LA MUÑECA O PARTE PROXIMAL A ELLA, Y LA PÉRDIDA DE UN MIEMBRO INFERIOR LA AMPUTACIÓN QUIRÚRGICA O TRAUMÁTICA POR EL TOBILLO O PARTE PROXIMAL DE ÉL. SI LA PÉRDIDA ES DE DOS (2) O MÁS MIEMBROS, EL ASEGURADO TENDRÁ DERECHO A QUE LE SEA INDEMNIZADO EL 100% DEL VALOR ASEGURADO ALCANZADO. SI LA PÉRDIDA ES DE UN (1) SOLO MIEMBRO, EL ASEGURADO TENDRÁ DERECHO A QUE LE SEA INDEMNIZADO EL 60% DEL VALOR ASEGURADO ALCANZADO.
- **PÉRDIDA TOTAL DE LA AUDICIÓN:** PÉRDIDA TOTAL, PERMANENTE O IRREVERSIBLE DE LA AUDICIÓN EN AMBOS OÍDOS, DEMOSTRADA POR AUDIOMETRÍA E IMPEDANCIOMETRÍA.
- **PÉRDIDA TOTAL DE LA VISIÓN:** LA PÉRDIDA TOTAL, PERMANENTE E INCORREGIBLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS, DEMOSTRADA POR AGUDEZA VISUAL NO MENOS A 20/200 Y RESPUESTA ABOLIDA EN LA PRUEBA DE POTENCIALES EVOCADOS VISUALES, O CAMPOS VISUALES MENOS DE DIEZ (10) GRADOS EN EL MERIDIANO MAYOR O PARTE CENTRAL DIAGNOSTICADA POR CAMPIMETRÍA.
- **ESTADO DE COMA:** PÉRDIDA CONTINÚA DE LA CONCIENCIA DE POR LO MENOS 96 HORAS DE DURACIÓN, QUE PRODUZCA DÉFICIT NEUROLÓGICO PERMANENTE DE GRADO SEVERO. DURANTE TODO EL PERIODO DE PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA ES NECESARIO QUE EL ASEGURADO HAYA REQUERIDO CUIDADOS INTENSIVOS, INCLUYENDO VENTILACIÓN ASISTIDA.
- **TRASPLANTE DE ÓRGANO MAYOR:** ES LA IMPLANTACIÓN DE UN ÓRGANO EXTRAÍDO DE UN DONANTE HUMANO, EN EL ORGANISMO DEL ASEGURADO, CON RESTABLECIMIENTO DE LAS CONEXIONES VASCULARES, ARTERIALES Y VENOSAS. LOS ÓRGANOS CUYO TRASPLANTE ESTÁ CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA SON LOS SIGUIENTES: HÍGADO, CORAZÓN, MÉDULA ÓSEA, PÁNCREAS, PULMÓN E INTESTINO.
- **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 LOS TEST NEURORADIOLÓGICOS (POR EJEMPLO, TAC O RNM DE CEREBRO).

EL TRAUMA DEBE PROVOCAR UNA INCAPACIDAD PERMANENTE PARA REALIZAR INDEPENDIEMENTE TRES O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. NO TENDRÁ COBERTURA EL TRAUMATISMO OCASIONADO POR USO DE MOTONETAS, MOTOCICLETAS, MOTOTRICICLOS O CUATRIMOTOS COMO CONDUCTOR O ACOMPAÑANTE.

- **ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA):** ES UNA ENFERMEDAD NEURODEGENERATIVA QUE AFECTA LAS NEURONAS MOTORAS PRESENTES EN LA CORTEZA CEREBRAL Y/O MÉDULA ESPINAL PRODUCIENDO ATROFIA MUSCULAR, DEBILIDAD E INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRECIENTES. CONDICIÓN: COMPROMISO POR LO MENOS DE 3 DE LAS 6 ACTIVIDADES

BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER CONFIRMADO POR UN NEURÓLOGO

- **REEMPLAZO TOTAL VÁLVULA DEL CORAZÓN:** REEMPLAZO QUIRÚRGICO DE UNA O MÁS VÁLVULAS CARDÍACAS POR VÁLVULAS ARTIFICIALES, MECÁNICAS O BIOLÓGICAS. ESTO INCLUYE EL REEMPLAZO DE VÁLVULAS AÓRTICA, MITRAL, TRICÚSPIDE Y PULMONAR POR VÁLVULAS ARTIFICIALES, DEBIDO A UNA ESTENOSIS O INSUFICIENCIA O A LA COMBINACIÓN DE AMBOS FACTORES. CONDICIÓN: DEBE SER EL PRIMER EVENTO DE REEMPLAZO DE UNA O MÁS VÁLVULAS DEL CORAZÓN.

NO TENDRÁ COBERTURA LA CIRUGÍA ENDOVASCULAR, TAVI, VALVULOPLASTIA POR CATÉTER O CUALQUIER OTRO TIPO DE TÉCNICA QUE NO SEA ABIERTA DE CORAZÓN.

- **TUMOR CEREBRAL BENIGNO:** CRECIMIENTO DE CÉLULAS TUMORALES BENIGNAS DEL ENCÉFALO QUE REQUIERA CIRUGÍA O RADIOTERAPIA Y QUE OCASIONE SECUELAS NEUROLÓGICAS PERMANENTES POSTERIORES AL TRATAMIENTO QUE PERSISTAN POR AL MENOS 90 DÍAS; EN CASO DE SER INOPERABLE DEBERÁ CAUSAR UN DÉFICIT NEUROLÓGICO PERMANENTE. LA PRESENCIA DE ESTE TUMOR DEBE SER CONFIRMADA POR UN NEURÓLOGO O NEUROCIRUJANO Y DETERMINADO POR ESTUDIOS DE IMAGEN (RMN, TAC).

NO TENDRÁ COBERTURA LOS TUMORES DE LA HIPÓFISIS, MENINGES Y VASOS SANGUÍNEOS.

- **CIRUGÍA DE LA AORTA:** CIRUGÍA PARA TRATAR LA OBSTRUCCIÓN, ESTRECHAMIENTO, DISECCIÓN O ANEURISMA DE LA AORTA. CONDICIONES: CONFIRMACIÓN DE LA NECESIDAD DE LA CIRUGÍA POR UN ESPECIALISTA, CIRUGÍA ABIERTA (DE TÓRAX O ABDOMEN).

NO TENDRÁ COBERTURA LA CIRUGÍA DE LAS RAMAS DE LA AORTA, INDICACIÓN DE LA CIRUGÍA POR DAÑO SECUNDARIO A TRAUMA, TRASTORNOS HEREDITARIOS DEL TEJIDO CONECTIVO, CIRUGÍA ENDOVASCULAR Y LA REPARACIÓN DE ANEURISMAS DE AORTA MEDIANTE ENDOPRÓTESIS

4) INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL

CUANDO EL ASEGURADO FALLEZCA A CAUSA DE UN **ACCIDENTE OCURRIDO DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO**; ALLIANZ INDEMNIZARÁ EL VALOR ASEGURADO ESTIPULADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO, LA MUERTE SE PRESENTE DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DEL **ACCIDENTE**.

5) AUXILIO POR FALLECIMIENTO

CONSISTE EN UN AUXILIO ECONÓMICO PARA LOS BENEFICIARIOS, DESTINADO A CUBRIR LOS GASTOS FUNERARIOS POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO. EL VALOR A INDEMNIZAR SERÁ EL PACTADO PARA TAL EFECTO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA

6) RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN Y RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE.

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

SI A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O UNA ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE A LA FECHA DE ACEPTACIÓN DE ESTE AMPARO, EL ASEGURADO ES HOSPITALIZADO PARA TRATAMIENTO MÉDICO Y/O QUIRÚRGICO EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA DEBIDAMENTE HABILITADA EN COLOMBIA, ALLIANZ LE PAGARÁ LA SUMA DIARIA EQUIVALENTE AL VALOR ASEGURADO DE ESTA COBERTURA, A PARTIR DEL SEGUNDO DÍA DE HOSPITALIZACIÓN Y HASTA POR UN MÁXIMO DE 90 DÍAS CONTINUOS O DISCONTINUOS DURANTE EL AÑO DE VIGENCIA DEL SEGURO.

NOTA 1: UN DÍA DE HOSPITALIZACIÓN QUEDA DEFINIDO COMO UN MÍNIMO DE PERMANENCIA DE 24 HORAS.

PARA LOS CASOS EN LOS QUE EL MÉDICO TRATANTE DETERMINE QUE EL ASEGURADO DEBE CONTINUAR HOSPITALIZADO EN SU LUGAR DE RESIDENCIA, SE OTORGARÁ COBERTURA SIEMPRE Y CUANDO PERMANEZCA CON CANALIZACIÓN VENOSA. SE DEBERÁ DEMOSTRAR MEDIANTE CERTIFICADO MÉDICO LA ORDEN DE HOSPITALIZACIÓN EN CASA, ASÍ COMO ADJUNTAR LAS ÓRDENES DE VISITAS DE CONTROL DEL DEPARTAMENTO MÉDICO DE LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA DEBIDAMENTE HABILITADA EN COLOMBIA. LOS DÍAS QUE SE RECONOZCAN POR LA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN, NO SERÁN PAGADOS POR LA RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE, ES DECIR, SON EXCLUYENTES.

ALLIANZ A TRAVÉS DE SU RED MÉDICA, PODRÁ REALIZAR EXÁMENES O VALORACIONES MÉDICAS PARA CONFIRMAR LOS DIAGNÓSTICOS QUE HAYAN DADO LUGAR A LA RECLAMACIÓN.

RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE

SI EL ASEGURADO SUFRE UN **ACCIDENTE** EN VIGENCIA DE LA PÓLIZA, Y DENTRO DE LOS 30 DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE OCURRENCIA DEL MISMO ES INCAPACITADO, ALLIANZ LE RECONOCERÁ A PARTIR DEL CUARTO DÍA, UNA RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR **ACCIDENTE** EQUIVALENTE AL VALOR ASEGURADO DE ESTA COBERTURA, DE ACUERDO CON LA TABLA DE DIAGNÓSTICO Y LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- EL RECONOCIMIENTO DE LA RENTA DIARIA ÚNICAMENTE PROCEDERÁ CUANDO EL EVENTO OCURRA EN COLOMBIA Y LA INCAPACIDAD SEA CERTIFICADA POR LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD (E.P.S.) O ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (A.R.L.) O ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES (A.F.P.) Y CUANDO LA INCAPACIDAD LE IMPIDA EL DESEMPEÑO DE TODOS Y CADA UNO DE LOS DEBERES Y OBLIGACIONES RELACIONADAS CON SU TRABAJO.
- EL MÁXIMO DE DÍAS DE INCAPACIDAD QUE SE RECONOCERÁ POR EVENTO Y POR VIGENCIA, INCLUIDAS SUS SECUELAS Y/O COMPLICACIONES, SERÁ EL ESTABLECIDO EN LA SIGUIENTE TABLA DE DIAGNÓSTICOS.
- SI EL DIAGNÓSTICO NO FIGURA EN LA TABLA, EL DEPARTAMENTO MÉDICO DE ALLIANZ, APLICARÁ EL LÍMITE DE DÍAS DEL DIAGNÓSTICO QUE SE ASIMILE. EN TODO CASO, PARA LA PRESENTE COBERTURA, EL LÍMITE MÁXIMO SERÁ DE 90 DÍAS POR EVENTO/VIGENCIA.

DIAGNÓSTICO	DIAS
Amputación de dedos de manos o pies.	45
Amputación traumática completa o parcial de uno o ambos miembros superiores o una o ambas manos o de uno o ambos miembros inferiores o de uno o ambos pies	90
Contusión en 3 o más áreas del cuerpo (politraumatismo) simultáneamente	20
Contusión en cualquier parte del cuerpo	8
Esguince de primer grado y/o desgarro muscular en el (los) miembros superiores y/o en el (los) miembros inferiores.	15
Esguince de segundo grado y/o ruptura parcial de ligamentos de una o varias articulaciones en uno o ambos miembros superiores o en uno o ambos miembros inferiores sin incluir dedos de las manos o de los pies sin tratamiento quirúrgico.	20
Esguince tercer grado y/o ruptura total de ligamentos de una o varias articulaciones en uno o ambos miembros superiores o en uno o ambos miembros inferiores sin incluir dedos de las manos o de los pies con tratamiento quirúrgico.	60
Esguince tercer grado y/o ruptura total de ligamentos de una o varias articulaciones en uno o ambos miembros superiores o en uno o ambos miembros inferiores sin incluir dedos de las manos o de los pies sin tratamiento quirúrgico.	45
Esguinces y/o desgarros musculares de columna vertebral (cervical, dorsal, lumbar)	15
Fractura de clavícula, omoplato, esternón o costillas (una o más) con o sin cirugía	45
Fractura de cráneo sin cirugía (temporal, parietal, occipital, frontal, etmoides o esfenoides), fractura huesos propios de la nariz (nasal)	30
Fractura de la columna vertebral estable o inestable con o sin lesión de la médula espinal con o sin cirugía	90
Fractura de miembros superiores (incluye articulación hombro, codo, muñeca, carpo) de uno o ambos miembros con cirugía.	60
Fractura de miembros superiores (incluye articulación hombro, codo, muñeca, carpo) de uno o ambos miembros sin cirugía.	45
Fractura de rótula, fractura de tibia y/o peroné, fractura de uno o ambos tobillos (maléolo interno, maléolo externo), fractura de huesos del pie (incluye solo astrágalo, calcáneo y huesos del tarso), no incluye metatarsianos o falanges. con cirugía	55
Fractura de rótula, fractura de tibia y/o peroné, fractura de uno o ambos tobillos (maléolo interno, maléolo externo), fractura de huesos del pie (incluye solo astrágalo y calcáneo), no incluye metatarsianos o falanges. sin cirugía	60
Fractura de uno o ambos fémures, fractura de cadera (cabeza y cuello femoral, acetábulo), fractura de la pelvis inestable, fractura de platillos tibiales, fractura de pilón tibial.	90
Fractura huesos de la cara (fractura de la órbita, maxilar, cigomático, mandíbula) con cirugía	60
Fractura huesos de la cara (fractura de la órbita, maxilar, cigomático, mandíbula) sin cirugía	45
Fractura y/o luxación de uno o varios metacarpianos y/o falanges de las manos; o metatarsianos y/o Falanges de los pies, con cirugía	45

DIAGNÓSTICO	DIAS
Fractura y/o luxación de uno o varios metacarpianos y/o falanges de las manos; o metatarsianos y/o Falanges de los pies, sin cirugía	30
Herida de cara, cuello, tronco, abdomen y pelvis con lesión de uno o varios órganos internos (Incluye Neumotórax y Hemotórax de causa traumática)	60
Herida de cara, cuello, tronco, abdomen y pelvis sin lesión de órganos internos	20
Herida en uno o ambos miembros superiores y/o en uno o ambos miembros inferiores sin compromiso de estructuras internas	20
Lesión o traumatismo de raíces nerviosas, nervios periféricos, o plexos nerviosos (cualquier parte del cuerpo).	60
Lesión o traumatismo de vasos sanguíneos (arterias o venas) (Cualquier parte del cuerpo)	30
Lesión y/ fractura de la pelvis estable	45
Luxación de una o varias articulaciones del miembro superior (hombro, codo, muñeca) y/o del miembro inferior (cadera, rodilla, tobillo) con tratamiento quirúrgico.	60
Luxación de una o varias articulaciones del miembro superior (hombro, codo, muñeca) y/o del miembro inferior (cadera, rodilla, tobillo) sin tratamiento quirúrgico.	45
Quemaduras de segundo grado en palmas, plantas, cara, cuello, genitales y/o mayor al 20% de la superficie corporal total o quemaduras de tercer grado en cualquier sitio (incluye quemaduras eléctricas por alta tensión y/o quemaduras respiratorias)	60
Quemaduras de segundo grado sin compromiso de palmas, plantas, cara, cuello, pliegues articulares y/o genitales y/o menor al 20% de la superficie corporal total	20
Sutura o reparación de tendón (tenorrafia) en uno o ambos miembros inferiores (incluye dedos de los pies).	45
Sutura o reparación de tendón (tenorrafia) en uno o ambos miembros superiores (incluye dedos de las manos). Sutura o reparación del tendón de Aquiles	60
Trauma encefalocraneano (TEC) con contusiones cerebrales, daño axonal o compromiso del encefalo (cerebro)	90
Trauma encefalocraneano (TEC) con hemorragia o hematoma subaracnoideo, subdural y extradural.	60
Trauma encefalocraneano (TEC) sin compromiso del encéfalo (cerebro) y sin hemorragia (sin cirugía)	15
Trauma ocular con compromiso de la córnea	25
Trauma ocular con pérdida del ojo (Enucleación)	60
Trauma ocular sin compromiso en córnea o globo ocular	15

III. TERMINACIÓN DE LOS AMPAROS

Los amparos otorgados por la presente póliza terminan en los siguientes casos:

1) TODOS LOS AMPAROS:

1.1. Fallecimiento del ASEGURADO.

- 1.2. Por mora en el pago de las primas correspondientes a la póliza de seguro, en los términos dispuestos en el artículo 1152 del Código de Comercio.
- 1.3. A partir de la fecha indicada por el Asegurado, cuando solicite por escrito la terminación del seguro.
- 2) AMPARO POR FALLECIMIENTO Y AMPARO DE AUXILIO POR FALLECIMIENTO:
- 2.1. Al término de la vigencia (anualidad) en que EL ASEGURADO cumpla 80 años de edad.
- 2.2. Cuando los BENEFICIARIOS reciban la indemnización por concepto de este amparo.
- 3) AMPARO DE INCAPACIDAD, INUTILIZACION O DESMEMBRACION POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE:
- 3.1. Al término de la vigencia (anualidad) en que el ASEGURADO cumpla 70 años de edad.
- 3.2. Cuando el ASEGURADO reciba la indemnización por concepto de Incapacidad Total y Permanente.
- 3.3. Cuando el ASEGURADO reciba cualquiera de las indemnizaciones originadas en los numerales 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9 de la RELACION DE RIESGOS DE INDEMNIZACIONES POR INUTILIZACION O DESMEMBRACION.
- 3.4. Cuando el ASEGURADO reciba las indemnizaciones originadas en los numerales 10, 11, 12 y 13 de la RELACION DE RIESGOS DE INDEMNIZACIONES POR INUTILIZACION O DESMEMBRACION cuyo porcentaje sea igual o superior al sesenta (60%).
- 4) AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES:
- 4.1. Al término de la vigencia (anualidad) en que EL ASEGURADO cumpla 70 años de edad.
- 4.2. Cuando el ASEGURADO reciba la indemnización por concepto de este amparo.
- 5) AMPAROS DE INDEMNIZACION POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL, RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN Y RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE:
- 6.1. Al término de la vigencia (anualidad) en que EL ASEGURADO cumpla 70 años de edad

PARÁGRAFO. Si después de la terminación del contrato de seguro, ALLIANZ llegase a recibir alguna suma de dinero por concepto de prima, ello no significará que la cobertura ha sido restablecida y, por lo tanto, la obligación de ALLIANZ se limitará a la devolución de dichos valores.

IV. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

AMPARO	Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de permanencia
Fallecimiento			80 años
Auxilio por Fallecimiento			
Incapacidad, Inutilización o Desmembración por Enfermedad o Accidente.	18 años	69 años	70 años
Enfermedades Graves			

Fallecimiento Accidental			
Renta Diaria por Hospitalización y Renta Diaria por Incapacidad Temporal por Accidente			

V. REVOCACIÓN DE AMPAROS

La presente póliza y sus anexos podrán ser revocados por el Tomador/Asegurado en cualquier momento, mediante aviso escrito dado a LA COMPAÑÍA.

Tratándose de los amparos opcionales y los anexos, LA COMPAÑÍA podrá revocarlos mediante aviso escrito al Tomador/Asegurado enviado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación a la fecha de revocación, contados a partir de la fecha del envío. En este caso, LA COMPAÑÍA devolverá la parte proporcional de la prima no devengada desde la fecha de la revocación si aplica.

VI. DEFINICIONES

Accidente: Para los efectos de esta póliza, se entenderá por accidente todo suceso provocado por una acción violenta, exterior, visible, súbita, imprevista, repentina e independiente de la voluntad del ASEGURADO y de sus beneficiarios, que produzca en el ASEGURADO: a) lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas visibles, b) lesiones internas médicamente comprobadas, c) desmembración o perturbación funcional verificable mediante examen médico realizado por un médico nombrado por ALLIANZ, d) muerte.

Embriaguez: Estado de alteración transitoria de las condiciones físicas y mentales causadas por la intoxicación aguda de alcohol.

Incapacidad total y permanente: Pérdida de capacidad laboral en un porcentaje igual o superior al 50% sufrida por el ASEGURADO como resultado de una enfermedad o accidente cuya causa no esté expresamente excluida en esta póliza, con persistencia no inferior a ciento veinte (120) días comunes continuos.

El porcentaje de disminución de la capacidad laboral en cualquiera de sus manifestaciones, será validado en primera instancia por un médico o una institución nombrados por ALLIANZ, o también podrá ser certificado por la entidad de Riesgos Laborales (A.R.L.), por la Entidad Promotora de Salud (E.P.S), por la Administradora de Fondo de Pensiones (A.F.P.), y en última instancia, será el establecido de conformidad con lo dispuesto en el manual único para la calificación de la invalidez expedido por el gobierno nacional y utilizado por la Junta Regional de Calificación de invalidez vigente a la fecha de reclamación. Se entenderá ocurrida la disminución laboral al momento de su estructuración.

LAS CONDICIONES DEL SEGURO DE VIDA ACTUAL 18/05/2022-1401-P37-0000000VID304V05-D00I, LAS PODRÁ CONSULTAR EN EL LINK <https://www.allianz.co/legales/clausulados.html>