

Allianz 

ALIANZ SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Condicionado general

Seguro de Vida Allianz ActuAll

CONDICIONADO GENERAL SEGURO DE VIDA ALLIANZ ActuAll

Te presentamos las condiciones generales de tu Contrato de Seguro, también las podrás encontrar junto con tus derechos, deberes, obligaciones y procedimientos, en allianz.co, el Código de Comercio y demás normas colombianas aplicables a la materia.

Te invitamos a leerlas atentamente y verificar que tus expectativas están plenamente cubiertas. Somos fieles a nuestra promesa de asegurar el futuro, por eso nuestra prioridad es brindarte soluciones y coberturas que se ajusten a tus necesidades.

Recuerda que cuentas con todo el respaldo de Allianz para proteger tu vida y la de tu familia cuando más lo necesites.



Representante Legal
Allianz Seguros de Vida S.A.

CONTENIDO

	página
I. EXCLUSIONES	3
II. AMPAROS	6
III. TERMINACIÓN DE LOS AMPAROS	14
IV. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA	15
V. REVOCACIÓN DE LOS AMPAROS.....	15
VI. DECLARACIONES INEXACTAS O RETICENTES.....	16
VII. DEFINICIONES	16

CONDICIONES GENERALES

I. EXCLUSIONES

En la siguiente tabla encontrarás las exclusiones que aplican a cada uno de los amparos descritos en la póliza:

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

A continuación, encontrarás 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 esté 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 y/o muerte causados por intervenciones quirúrgicas o tratamientos clínicos o paracéntricos 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 a sí mismo, 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 viajes que realice el Asegurado como pasajero en aeronaves que no pertenezcan a una compañía de transporte aéreo con itinerarios debidamente publicados y autorizados para el transporte de pasajeros por la autoridad gubernamental constituida y con jurisdicción sobre la aviación civil del país de su registro.
6. Violaciones de normas emanadas de autoridad competente, participación en riñas, apuestas y toda otra exposición deliberada del Asegurado a peligros excepcionales o temerarios, salvo en los casos en que se trate de legítima defensa declarada así en un proceso judicial.
7. Participación como miembro activo y/o ejecutante en actividades o deportes considerados de alto riesgo tales como: espeleología, buceo, alpinismo o escalamiento de montañas, automovilismo, boxeo, motociclismo, motonáutica, paracaidismo, planeadores, cometas, parapente, tauromaquia, equitación, salto con cuerdas desde puentes o construcciones, deportes de invierno 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 y epidemias.
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 u oclusiones intestinales.
12. Accidentes o enfermedades causadas por encontrarse el Asegurado en estado de embriaguez (grado II o superiores) y que con ello se exponga deliberadamente a peligros, 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), sus tratamientos, complicaciones, secuelas y/o enfermedades relacionadas directa o indirectamente.
14. Adicción al alcohol o a cualquier tipo de drogas que no hayan sido prescritas por un médico legalmente autorizado para ejercer la profesión.
15. Suicidio, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales, así como la muerte causada por la acción directa o indirecta de una persona sobre el Asegurado.
16. Hospitalizaciones y/o complicaciones como consecuencia de: enfermedades psíquicas o mentales; embarazo, parto o aborto; várices; cirugía estética para fines de embellecimiento; chequeos médicos o práctica de exámenes de diagnóstico.
17. Tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean necesarios en razón del accidente o la enfermedad.
18. Para las enfermedades relacionadas a continuación, no se dará cobertura a los siguientes eventos:
 - **ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR:** 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 las 6 semanas siguientes al mismo.
 - **AFECCIÓN DE ARTERIA CORONARIA QUE EXIJA CIRUGÍA (REVASCULARIZACIÓN ARTERIAL CORONARIA - BYPASS CORONARIO):** La angioplastia y/o cualquier otra intervención intra-arterial coronaria o no coronaria, y cirugía por toracotomía mínima.
 - **CÁNCER:** La leucemia linfocítica crónica, el cáncer de piel, carcinoma baso celular, carcinoma de células escamosas, cualquier tipo de tumor que sea descrito en términos histológicos como in situ, o aquellos que presenten cambios malignos en su fase inicial.
 - **CIRUGÍA DE LA AORTA:** 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.
 - **INFARTO AL MIOCARDIO:** 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. Elevación de troponinas en ausencia de enfermedades cardíacas isquémicas

- **REEMPLAZO TOTAL VÁLVULA DEL CORAZÓN:** La cirugía endovascular, TAVI, reemplazo valvular por catéter o cualquier otro tipo de técnica que no sea abierta de corazón. La valvuloplastia y valvulotomía.
- **TRAUMATISMO MAYOR DE CABEZA:** El traumatismo ocasionado por uso de motonetas, motocicletas, mototriciclos o cuatrimotos como conductor o acompañante.
- **TUMOR CEREBRAL BENIGNO:** Los tumores de la hipófisis, meninges y vasos sanguíneos.

19. 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 la carátula de la póliza y que el evento que se ampara se produzca dentro de la vigencia de la misma, se pagará la suma asegurada para las siguientes coberturas.

Allianz a través de su red médica, podrá realizar exámenes o valoraciones médicas para confirmar los diagnósticos que hayan dado lugar a la reclamación.

1. AMPARO POR FALLECIMIENTO

Si el Asegurado fallece por cualquier causa no mencionada en las exclusiones de la presente póliza, Allianz pagará el valor asegurado para este amparo.

PARÁGRAFO 1: Cuando el Asegurado contraiga una enfermedad o condición terminal que dé lugar a la aplicación del procedimiento de eutanasia, de acuerdo con lo establecido por la Resolución 971 de 2021, Allianz procederá con el pago del valor asegurado para este amparo. Para la indemnización de la presente cobertura el Asegurado deberá aportar el documento del Comité Científico Interdisciplinario establecido por la norma antes mencionada, en donde se autorice la aplicación del procedimiento con sujeción a los términos establecidos en la misma norma.

2. AMPARO DE INCAPACIDAD, INUTILIZACIÓN O DESMEMBRACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

Se considera como incapacidad, inutilización o desmembración por enfermedad o accidente, cuando el Asegurado presente alguno de los siguientes eventos:

- 2.1.** Lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que le originen una incapacidad total y permanente, siempre y cuando ésta persista por un término no inferior a 120 días calendario continuos.

Para todos los efectos de este amparo, se entiende por incapacidad total y permanente la 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 120 días calendario 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 Administradora 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 de Colombia que se encuentre vigente a la fecha de la reclamación.

Cuando se produzca la incapacidad total y permanente, Allianz pagará el 100% del valor asegurado vigente al momento de la estructuración de la incapacidad.

2.2. Pérdidas funcionales o anatómicas incluidas o previstas en la “Relación de riesgos e indemnizaciones por inutilización o desmembración”, dentro de los 180 días calendario siguientes a la ocurrencia del accidente y, siempre y cuando, el Asegurado sobreviva 30 días calendario a la pérdida o inutilización funcional o anatómica.

2.3. Pérdidas funcionales o anatómicas incluidas o previstas en la “Relación de riesgos e indemnizaciones 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: La siguiente es la “Relación de riesgos e indemnizaciones por inutilización o desmembración”, en la cual podrás 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
1. Pérdida de ambas manos o de ambos pies o de una mano y un pie.	100%
2. Ceguera total e irreparable de ambos ojos	
3. Pérdida de una mano o de un pie junto con la ceguera total e irreparable de un ojo.	
4. Demencia total e incurable que impida todo trabajo.	
5. Parálisis total e incurable que impida todo trabajo.	
6. Pérdida total e irrecuperable del habla.	
7. Sordera bilateral total e irrecuperable.	
8. Pérdida de una mano o de un pie.	60%
9. Ceguera total e irreparable de un ojo.	
10. Pérdida de 5 artejos del mismo pie.	25%
11. Pérdida del dedo pulgar siempre que comprenda la totalidad de las dos falanges.	20%
12. Pérdida de 3 dedos de la misma mano, siempre que comprenda las tres falanges de cada uno, con excepción de los dedos pulgar e índice.	15%
13. Pérdida del dedo índice siempre que comprenda la totalidad de las tres falanges.	

PARÁGRAFO 1.1. Para los efectos de los numerales 1, 3 y 8 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 1.2. 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 1.3. Si el Asegurado recibe cualquiera de las indemnizaciones que corresponden a los numerales 1 al 9, 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 1.4. Deducciones: a medida que el Asegurado reciba, durante la misma vigencia, cualquiera de las indemnizaciones que corresponden a los numerales 10 al 13, la suma asegurada correspondiente al amparo de Incapacidad, inutilización o desmembración por enfermedad o accidente disminuye.

PARÁGRAFO 1.5. Restablecimiento automático de valores asegurados: Si el Asegurado recibe durante la misma vigencia cualquiera de las indemnizaciones que corresponden a los numerales 10 al 13, y el porcentaje afectado es inferior al (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. AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES

Habrà 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, y siempre y cuando haya transcurrido por lo menos 90 días desde la iniciación de la vigencia de este amparo y el Asegurado sobreviva al menos 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:

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 tomografía axial computarizada (TAC) de cerebro y resonancia nuclear magnética (RNM) de cerebro. Deben documentarse pruebas de deficiencia neurológica de por lo menos 3 meses a partir de la fecha de diagnóstico.

AFECCIÓN DE ARTERIA CORONARIA QUE EXIJA CIRUGÍA (REVASCULARIZACION ARTERIAL CORONARIA - BYPASS CORONARIO): Cirugía cardíaca a tórax abierto para corregir estrechamiento u obstrucción de 2 o más arterias coronarias, mediante injertos arteriales o puentes coronarios, 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.

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 dentro de esta cobertura la leucemia linfocítica aguda, los linfomas, la enfermedad de Hodking, así como el melanoma maligno invasivo. El diagnóstico de cualquiera de las anteriores enfermedades debe ser evidenciado por una histología claramente definida.

CIRUGÍA DE LA AORTA: Cirugía abierta de tórax o abdomen para tratar la obstrucción, estrechamiento, disección o aneurisma de la aorta. Se requiere confirmación de la necesidad de la cirugía por un especialista.

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 independientemente 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 independientemente tres o más *actividades de la vida diaria*. Estas condiciones deben estar médicamente documentadas por lo menos durante 3 meses.

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA): Enfermedad neurodegenerativa que afecta las neuronas motoras presentes en la corteza cerebral y/o médula espinal, produciendo atrofia muscular, debilidad e insuficiencia respiratoria crecientes. Debe provocar una incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más *actividades de la vida diaria*. El diagnóstico debe ser confirmado por un neurólogo.

ESCLEROSIS MÚLTIPLE: Diagnóstico inequívoco de esclerosis múltiple establecido por un especialista en neurología. La enfermedad debe ser evidenciada por síntomas clínicos típicos de desmielinización crónica, 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 6 meses o haber tenido al menos dos episodios clínicamente documentados con un intervalo de 1 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.

ESTADO DE COMA: Pérdida continua 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.

INFARTO AL MIOCARDIO: Necrosis de una parte del músculo cardíaco como consecuencia del abastecimiento sanguíneo inadecuado a la zona respectiva. El diagnóstico debe cumplir con los siguientes criterios: historia de dolor torácico típico, cambios en el electrocardiograma consistentes en elevación del segmento ST en dos o más derivaciones, aparición de onda Q patológica en dos o más derivaciones o inversión de la onda T, elevación de las enzimas cardíacas troponinas u otros marcadores bioquímicos.

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.

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 180 días comunes, confirmado por un médico especialista. El diagnóstico deberá ser confirmado cumplidos los 180 días comunes posteriores a la ocurrencia del evento.

Si la parálisis es de 2 o más miembros, el Asegurado tendrá derecho a que le sea indemnizado el 100% del valor asegurado alcanzado. Si la parálisis es de 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 2 o más miembros, el Asegurado tendrá derecho a que le sea indemnizado el 100% del valor asegurado alcanzado. Si la pérdida es de 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 e irreversible de la audición en ambos oídos, demostrada por audiometría e impedanciometría.

PÉRDIDA TOTAL DE LA VISIÓN: La pérdida total, permanente e irreparable 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 10 grados en el meridiano mayor o parte central diagnosticada por campimetría.

QUEMADURA SEVERA: 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.

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. Debe ser el primer evento de reemplazo de una o más válvulas del corazón.

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 únicamente los siguientes: hígado, corazón, médula ósea, páncreas, pulmón e intestino delgado.

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 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*.

TUMOR CEREBRAL BENIGNO: Crecimiento de células tumorales benignas del encéfalo que requiera cirugía o radioterapia y que ocasione secuelas neurológicas permanentes posteriores al tratamiento y 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 (RNM, TAC).

4. AMPARO POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL

Allianz otorgará cobertura siempre y cuando la muerte se presente dentro de los 180 días siguientes a la ocurrencia del *accidente*.

PARÁGRAFO 1: Cuando el Asegurado sufra un accidente que le genere una condición terminal que dé lugar a la aplicación del procedimiento de eutanasia, de acuerdo con lo establecido por la Resolución 971 de 2021, Allianz procederá con el pago del valor asegurado para este amparo. Para la indemnización de la presente cobertura el Asegurado deberá aportar el documento del Comité Científico Interdisciplinario establecido por la norma antes mencionada, en donde se autorice la aplicación del procedimiento con sujeción a los términos establecidos en la misma norma.

5. AMPARO DE AUXILIO POR FALLECIMIENTO

Consiste en un auxilio económico para los beneficiarios, destinado a cubrir los gastos funerarios por fallecimiento del Asegurado.

6. AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN Y RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE.

6.1. 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, Allianz le pagará la suma diaria equivalente al valor asegurado de esta cobertura a partir del cuarto día de hospitalización y hasta por un máximo de 90 días durante el año de vigencia del seguro. En todo caso, para la presente cobertura, el límite máximo será de 90 días por evento/vigencia.

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. 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.

6.2. 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	DÍAS
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 o sin cirugía.	55
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

DIAGNÓSTICO	DÍAS
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
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 encéfalo (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

7. ASISTENCIAS

En caso de contratar asistencias, la información de las coberturas y exclusiones que aplican a las mismas las podrás encontrar en allianz.co

III. TERMINACIÓN DE LAS COBERTURAS

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

1. TODOS LOS AMPAROS:

- 1.1. Cuando se indemnice el amparo de fallecimiento por cualquier causa.
- 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.

3. AMPARO DE INCAPACIDAD, INUTILIZACIÓN O DESMEMBRACIÓN 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 “Relación de riesgos de indemnizaciones por inutilización o desmembración”.

3.4. Cuando el Asegurado reciba las indemnizaciones originadas en los numerales 10, 11, 12 y 13 de la “Relación de riesgos de indemnizaciones por inutilización o desmembración” cuyo porcentaje sea igual o superior al 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 cualquier indemnización por concepto de este amparo.

5. AMPAROS POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL; RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN Y RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE:

5.1. Al término de la vigencia (anualidad) en que el Asegurado cumpla 70 años de edad.

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.			70 años
Enfermedades graves	18 años	69 años	
Fallecimiento accidental			
Renta diaria por hospitalización y renta diaria por incapacidad temporal por accidente			

*Cuando el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia, continuará amparado hasta que termine la vigencia en curso del seguro.

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 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. DECLARACIONES INEXACTAS O RETICENTES

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por Allianz. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por Allianz, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

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 Allianz 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 represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 del Código de Comercio.

Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si Allianz, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

VII. 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.

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.

Las condiciones del seguro de vida ActuAll 13/09/2023-1401-P-37-VIDA000001943V01-D00I, las podrás consultar en el link <https://www.allianz.co/legales/clausulados.html>

Allianz Seguros de Vida S.A | Cra.13a No.29-24 – Bogotá - Colombia | www.allianz.co | Nit. 860027404-1