

CONDICIONES
GENERALES

Capítulo II Objeto y Alcance del Seguro.

Allianz Seguros de Vida, S.A., que en adelante se denominará "LA COMPAÑÍA", en consideración a las declaraciones contenidas en la(s) solicitud(es) individuales presentada(s) por EL O LOS ASEGURADOS, la(s) cual(es) se incorpora(n) al presente contrato para todos sus efectos, se obliga a pagar la correspondiente suma asegurada a la realización de alguno de los riesgos amparados durante la vigencia y dentro de la cobertura de la presente póliza, de acuerdo con las condiciones de la póliza.

I. Amparos

- Fallecimiento por cualquier causa
- Incapacidad total y permanente por enfermedad o accidente
- Enfermedades graves
- Auxilio por Fallecimiento

II. Exclusiones para Todos los amparos

EXCLUSIONES AMPARO POR FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA

Este amparo se otorga sin exclusiones

EXCLUSIONES AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE.

No habrá lugar a pago alguno por este amparo cuando la incapacidad total y permanente por enfermedad o accidente haya sido:

- 1) Iniciada con anterioridad a la fecha de iniciación de la cobertura del presente amparo.
- 2) Causada por actos de guerra, invasión, actos del enemigo extranjero, guerra civil o cualquiera de los sucesos que determine la proclamación o mantenimiento de la ley marcial, motín, conmoción civil, asonada, sedición, rebelión o actos malintencionados.
- 3) Actividades terroristas atómicas, biológicas o químicas.
- 4) Producida como consecuencia de terremotos, erupciones volcánicas, marejadas y en general, por cualquier convulsión de la naturaleza así como las consecuencias de la modificación de la estructura de los átomos o por rayos ionizados, de cualquier clase.

EXCLUSIONES ENFERMEDADES GRAVES

Además de las exclusiones mencionadas en cada una de las enfermedades cubiertas por este amparo, no habrá lugar a pago alguno si la enfermedad que padece y se diagnostica al ASEGURADO, es a consecuencia de o está en conexión con:

- 1) El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), tal como fue reconocido por la organización mundial de la salud, con prueba confirmatoria, mediante test de anticuerpos o virus de sida, con resultado positivo, o cualquier síndrome o enfermedad de tipo similar bajo cualquier nombre que tenga, que sea diagnosticado por un médico legalmente facultado para ejercer la profesión, así como cualquier otra enfermedad derivada de dichos síndromes.
- 2) La angioplastia y / o cualquier otra intervención intra arterial, diferente de las arterias coronarias y cirugía por toracotomía mínima.
- 3) La leucemia linfocítica crónica, el cáncer de piel (a menos que se trate de melanomas malignos o carcinoma baso celular, carcinoma de células escamosas) y el cáncer de cérvix in situ (cuello de la matriz), o cualquier tipo de tumor que sea descrito en términos histológicos como in situ, o aquellos que presenten cambios malignos en su fase inicial. Denomínese cáncer in situ, aquel donde no se ha estructurado un tumor propiamente dicho, pero hay presencia de células malignas que no han invadido otros órganos.
- 4) Lesiones causadas por EL ASEGURADO, contra su propia integridad física, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.
- 5) Adicción al alcohol o a drogas que no hayan sido prescritas por un médico legalmente autorizado para ejercer la profesión.
- 6) Tampoco habrá lugar a pago alguno, cuando la enfermedad haya sido diagnosticada o existe un historial previo relacionado con ella, o se ha recibido tratamiento por la misma, antes de la iniciación de la vigencia del presente amparo.
- 7) En lo que a accidentes cerebro vasculares se refiere, cuando sean accidentes vasculares isquémicos transitorios o accidentes de los que EL ASEGURADO pueda recuperarse completamente dentro de las seis semanas siguientes al mismo.

III. Definición de los amparos

Riesgos Amparados

AMPARO POR FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA

Este amparo cubre el fallecimiento por cualquier causa incluyendo el suicidio y el homicidio de un ASEGURADO hasta por la suma asegurada contratada en este amparo, siempre que el deceso se produzca dentro de la vigencia de esta póliza.

PARÁGRAFO: El valor asegurado del amparo POR FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA no es acumulable con los demás amparos contratados en esta póliza, y en consecuencia el pago de cualquier indemnización a UNO de los Asegurados

produce la terminación del contrato de seguro y extingue toda obligación indemnizatoria derivada de la póliza.

AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

LA COMPAÑÍA indemnizará el valor asegurado cuando, dentro de la vigencia de la póliza, al ASEGURADO le haya sido diagnosticada una enfermedad, sufra lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que le originen una invalidez total y permanente.

Para todos los efectos de este amparo se considera como incapacidad total y permanente por enfermedad o accidente:

1. La invalidez total causada por enfermedad o accidente que impida a la persona asegurada de manera total y continua desempeñar su ocupación, o cualquier otra apropiada a su nivel educativo, experiencia y entrenamiento alcanzados, siempre y cuando se cumplan las siguientes circunstancias:
 - 1) Que la incapacidad sea permanente, esto es, que haya existido por un período no menor a ciento veinte (120) días contados desde la fecha de estructuración de la incapacidad.
 - 2) Que la disminución de la capacidad laboral sea superior al 50%.
 - 3) Que sea consecuencia directa de un accidente, enfermedad o lesiones ocurridos después de la fecha de iniciación de la cobertura del presente amparo.
 - 4) Que no haya sido provocada por EL ASEGURADO.
 - 5) Que sea consecuencia directa de una enfermedad o accidente cuya causa no esté expresamente excluida en esta póliza.

El porcentaje indicado en el numeral 2 será validado, en primera instancia, por un médico o una institución, nombrados por LA COMPAÑÍA. En segunda y última instancia dicha incapacidad podrá ser demostrada mediante certificación de EPS, ARL, AFP o junta regional nacional de calificación de invalidez vigente a la fecha de reclamación.

2. La pérdida total e irreparable de la visión de ambos ojos, la amputación de ambas manos o ambos pies, o de toda una mano y de todo un pie.

Para los efectos de este amparo, las pérdidas anteriores se definen así:

- De los ojos: la pérdida total e irreparable de la visión.
- De las manos: amputación traumática o quirúrgica por la muñeca o por arriba de ella.
- De los pies: amputación traumática o quirúrgica por el tobillo o por arriba de este.

PARÁGRAFO: El valor asegurado del amparo de INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE no es acumulable con el amparo por fallecimiento y los demás amparos contratados en esta póliza, y en consecuencia el pago de cualquier indemnización a UNO de los Asegurados produce la terminación del contrato de seguro y extingue toda obligación indemnizatoria derivada de la póliza.

AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES

Salvo las condiciones y exclusiones indicadas en este clausulado, LA COMPAÑÍA pagará al ASEGURADO el capital estipulado para el presente amparo, si durante la vigencia del amparo, 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 siguientes enfermedades:

- Cáncer
- Infarto al miocardio
- Insuficiencia renal
- Esclerosis múltiple
- Accidente cerebro-vascular
- Afección de arteria coronaria que exija cirugía
- Quemadura severa
- Enfermedad de Alzheimer
- Enfermedad de Parkinson

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.

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 cardíacas troponinas u otros marcadores bioquímicos.

Se excluyen:

- Infarto del miocardio sin elevación del segmento st con solamente elevación de troponina i ó t.
- Angina de pecho estable o inestable
- Infarto de miocardio silente

Insuficiencia renal: 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 (tomografía 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.

Se excluyen:

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

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.

Quemadura severa: dicese 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 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.

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.

PARÁGRAFO 1:

El beneficio puede aplicarse solamente a las enfermedades graves cubiertas según las definiciones presentadas en este amparo, siempre y cuando sean diagnosticadas por primera vez y haya transcurrido por lo menos noventa (90) días desde la iniciación de la vigencia. Para ciertas enfermedades específicas se aplicaran los plazos descritos en las definiciones.

PARÁGRAFO 2:

El valor asegurado del amparo de ENFERMEDADES GRAVES no es acumulable al amparo por fallecimiento y los demás amparos contratados en esta póliza, y en consecuencia el pago de cualquier indemnización a UNO de los Asegurados produce la terminación del contrato de seguro y extingue toda obligación indemnizatoria derivada de la presente póliza.

AMPARO DE AUXILIO POR FALLECIMIENTO

En caso de siniestro que afecte el AMPARO POR FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA, descrito en la presente póliza, LA COMPAÑÍA indemnizará el valor del Auxilio por Fallecimiento contratado como un valor adicional, con el objetivo de sufragar gastos propios al fallecimiento del ASEGURADO

IV. Terminación de los amparos

Cuando el seguro o amparo termine por causas distintas a las previstas en la Ley, LA COMPAÑÍA notificará dicha terminación al TOMADOR/ASEGURADO

Los amparos otorgados por la presente póliza, terminan por las siguientes causas:

AMPARO POR FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA

- 1) Al término de la vigencia (anualidad) en que EL ASEGURADO cumpla 80 años de edad
- 2) En el momento en que ocurra el siniestro, es decir al fallecimiento de un ASEGURADO.
- 3) Por mora en el pago de las primas correspondientes a la póliza de seguro.
- 4) Si un ASEGURADO hubiere recibido la indemnización que corresponda por los amparos de Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad o Accidente y/o Enfermedades Graves.

AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE:

- 1) Al término de la vigencia (anualidad) en que el ASEGURADO cumpla 75 años de edad.
- 2) Si un ASEGURADO hubiere recibido la indemnización que corresponda por concepto de este amparo.
- 3) En el momento del fallecimiento de un ASEGURADO.
- 4) Por mora en el pago de las primas correspondientes a la póliza de seguro.
- 5) Si un ASEGURADO hubiere recibido la indemnización que corresponda por el amparo de Enfermedades Graves.

AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES

- 1) Al término de la vigencia (anualidad) en que EL ASEGURADO cumpla 70 años de edad.
- 2) Si un ASEGURADO hubiere recibido la indemnización que corresponda por concepto de este amparo.
- 3) En el momento del fallecimiento de un ASEGURADO
- 4) Por mora en el pago de las primas correspondientes a la Póliza de seguro.
- 5) Si un ASEGURADO hubiere recibido la indemnización que corresponda por el amparo de Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad o Accidente.

Capítulo III Siniestros

OBLIGACIONES EN CASO DE SINIESTRO

LA COMPAÑÍA pagará la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que se acredite la ocurrencia del siniestro y su cuantía de acuerdo a la reclamación formal presentada por EL ASEGURADO o los beneficiarios, acompañada de los documentos necesarios.

EL ASEGURADO o el beneficiario, a petición de LA COMPAÑÍA, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitir la investigación del siniestro. En caso de incumplimiento de esta obligación, LA COMPAÑÍA podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que cause dicho incumplimiento.

PROCEDIMIENTOS EN CASO DE SINIESTROS

Para acreditar el derecho a la indemnización, EL ASEGURADO o el(los) beneficiario(s) presentarán a LA COMPAÑÍA la reclamación soportada con los documentos que demuestren la ocurrencia del siniestro y su cuantía. **LA COMPAÑÍA de manera meramente ilustrativa sugiere soportar la reclamación con los siguientes documentos, según sea el caso:**

AMPARO POR FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA

- 1) Fotocopia simple de la póliza
- 2) Carta de reclamación del Seguro.
- 3) Original o fotocopia de Registro Civil de Defunción.
- 4) Certificación de la entidad financiera en donde conste el nombre del ASEGURADO, número de póliza y el valor de la deuda a la fecha de la muerte.
- 5) Registro Civil de Nacimiento del ASEGURADO o en su defecto partida de bautismo o fotocopia del documento de identidad.
- 6) Copia de la historia clínica (si el ASEGURADO falleció en una institución médica).
- 7) Declaración del médico de cabecera.
- 8) Documento de identidad de los beneficiarios. Para menores de edad Registro Civil de Nacimiento.
- 9) Prueba de la condición de representante legal o curador de los beneficiarios menores de edad.

En caso de declaración de Muerte Presunta por Desaparecimiento se sugiere adicionalmente:

Fotocopia de la sentencia judicial ejecutoriada que declaró la muerte presuntiva por desaparecimiento.

AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

- 1) Fotocopia simple de la póliza.
- 2) Carta de reclamación del Seguro.
- 3) Certificación de la entidad financiera en donde conste el nombre del ASEGURADO, número de póliza y el valor de la deuda a la fecha de la estructuración de la

Incapacidad Total y Permanente

- 4) La certificación expedida por el médico que atendió inicialmente la urgencia en el centro hospitalario, para demostrar la ocurrencia del accidente.
- 5) Dictamen del médico tratante donde certifique causa, descripción de la incapacidad y diagnóstico a futuro o Historia Clínica completa, fecha de estructuración y fecha de evaluación.
- 6) Si se posee adjuntar la calificación de la Junta de Calificación de Invalidez que contenga la fecha de calificación y la fecha de estructuración.

AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES

- 1) Carta de reclamación.
- 2) Fotocopia simple del documento de identidad.
- 3) Fotocopia simple de la póliza
- 4) Certificación de la entidad financiera en donde conste el nombre del ASEGURADO, número de póliza y el valor de la deuda a la fecha del diagnóstico de la enfermedad, dando cumplimiento a los plazos descritos en el Título III Definición de los amparos, Amparo de Enfermedades Graves.
- 5) Certificado médico sobre las enfermedades.
- 6) Fotocopia de la Historia Clínica del ASEGURADO expedida por los médicos tratantes o Centros Hospitalarios.
- 7) Exámenes de diagnóstico y demás pruebas que determinen sin duda alguna la ocurrencia del riesgo amparado.

Capítulo IV

Cuestiones Fundamentales de Carácter Legal

INICIO DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

Los amparos seleccionados en la solicitud de seguro, entrarán en vigencia a partir de la hora 00:00 del día de la fecha de iniciación de vigencia de la póliza.

DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

EL(LOS) ASEGURADO(S) está(n) obligado(s) a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según cuestionario que sea propuesto por EL ASEGURADOR. La reticencia o la inexactitud sobre los 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.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si EL(LOS) ASEGURADO(S) ha(n) 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 ASEGURADO o LOS ASEGURADOS, el contrato no será nulo, pero EL ASEGURADOR sólo estará obligado, 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.

En caso de inexactitud o reticencia de EL(LOS) ASEGURADO(S), LA COMPAÑÍA sólo podrá aplicar las sanciones arriba contempladas, si las causas que originaron directa o indirectamente el siniestro son coincidentes con la reticencia o inexactitud en que ocurrió EL(LOS) ASEGURADO(S). Esta condición no tendrá aplicación cuando EL(LOS) ASEGURADO(S) oculte(n) el padecimiento de alguna de las siguientes enfermedades catastróficas: Cáncer, SIDA/VIH, Infarto al Miocardio, Insuficiencia Renal Crónica, Esclerosis Múltiple, Apoplejía, Accidente Cerebrovascular y Enfermedades Mentales.

Las sanciones consagradas en esta cláusula no se aplican si EL ASEGURADOR, 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.

EDADES

La edad mínima de ingreso a la presente póliza es de dieciocho (18) años de edad. La edad máxima para ingreso en los amparos de fallecimiento por cualquier causa, incapacidad total y permanente por enfermedad o accidente y Auxilio por Fallecimiento, es de setenta y cuatro (74) años. Para el amparo de enfermedades graves la edad máxima de ingreso es de 69 años.

Para los amparos de fallecimiento por cualquier causa y Auxilio por Fallecimiento la edad máxima de permanencia es al final de la vigencia (anualidad) de la póliza en la que EL ASEGURADO cumpla 80 años de edad.

La edad máxima de permanencia del amparo de incapacidad total y permanente por

enfermedad o accidente es al final de la vigencia (anualidad) de la póliza en la que EL ASEGURADO cumpla 75 años de edad.

La edad máxima de permanencia del amparo de enfermedades graves es al final de la vigencia (anualidad) de la póliza en la que EL ASEGURADO cumpla 70 años de edad .

INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE EDAD

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

- 1) Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por LA COMPAÑÍA, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio, mencionada en el aparte Declaración Inexacta o Reticente de las Condiciones Generales de la póliza.
- 2) Si la edad verdadera es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que el valor ASEGURADO guarde relación matemática con la prima anual percibida por LA COMPAÑÍA, y
- 3) Si la edad verdadera es menor que la declarada, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el numeral 2).

BENEFICIARIOS A TÍTULO ONEROSO O GRATUITO

Será beneficiario a título gratuito aquel cuya designación tiene por causa la mera liberalidad del Tomador. En los demás casos, el beneficiario será a título oneroso. En defecto de estipulación en contrario, se presumirá que el beneficiario ha sido designado a título gratuito.

DESIGNACION DE BENEFICIARIO COMO GARANTIA DE UN CRÉDITO

De acuerdo con lo estipulado en el artículo 1146 del Código de Comercio, el ASEGURADO no podrá revocar la designación de beneficiario hecha a título oneroso, ni desmejorar su condición mientras subsista el interés que los legitima, a menos que dicho beneficiario consienta en la revocación o desmejora.

VALOR ASEGURADO DE SEGUROS SOBRE LA VIDA DEL DEUDOR

En los seguros sobre la vida del deudor, el acreedor sólo recibirá una parte del seguro igual al monto no pagado de la deuda. El saldo será entregado a los demás beneficiarios designados a título gratuito por el ASEGURADO Fallecido.

ASEGURADO

Para efectos de este contrato se entiende por ASEGURADO:

La persona o personas naturales sobre quien(es) recaer(n) los riesgos y se estipula el seguro y que deberá(n) aceptar expresamente el mismo.

Este contrato de seguro puede estar conformado por uno o más ASEGURADOS y deberán ser el titular y/o el cotitular de la obligación financiera aprobada por la entidad financiera. En todos aquellos casos donde figuren dos o más ASEGURADOS y se produzca la muerte, enfermedad grave o incapacidad total y permanente simultánea de éstos, se pagará única y exclusivamente el valor correspondiente a un ASEGURADO.

VIGENCIA DEL SEGURO

La póliza se expide por periodos de un (1) año.

VALOR ASEGURADO

El valor asegurado inicial para todos los amparos será el estipulado por EL o LOS ASEGURADOS en la solicitud individual de seguro presentada y aprobada por LA COMPAÑÍA y corresponderá al valor de la deuda que adquieran los ASEGURADOS deudores de la obligación financiera aprobada por la entidad financiera.

Anualmente el valor asegurado se incrementará aritméticamente de acuerdo al porcentaje escogido por EL o LOS ASEGURADOS en la solicitud individual. El valor del incremento se calculará sobre el valor asegurado inicial, hasta la fecha del aniversario en que EL ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia para la póliza.

Todas las solicitudes de aumento del valor asegurado requieren el diligenciamiento de una nueva solicitud individual de seguro y nuevos exámenes médicos, de acuerdo con las políticas de suscripción establecidas por LA COMPAÑÍA para el presente seguro. El recibido de la solicitud de aumento por parte de LA COMPAÑÍA no implicará la aceptación del mismo, pues LA COMPAÑÍA tendrá el derecho al estudio de la solicitud de acuerdo con el resultado de los exámenes médicos y las políticas de suscripción.

Los incrementos de valor asegurado serán estudiados por LA COMPAÑÍA y en caso de aceptación de la solicitud de aumento se expedirá una nueva póliza de seguro del mismo producto.

Las disminuciones de valor asegurado deberán ser solicitadas formalmente por el(los) Asegurado(s) a la vigencia (anualidad) de la póliza con autorización escrita del Beneficiario Oneroso.

PRIMAS

CÁLCULO: para todos los amparos y para cada uno de los Asegurados la prima se calculará con base en la tarifa pertinente para periodos de un (1) año, con pago de prima anual anticipado de acuerdo con la edad, estado de salud y sumas aseguradas de los diferentes amparos al inicio de cada anualidad.

El total de la prima está conformado por la sumatoria de las primas del amparo de fallecimiento, las primas de los amparos adicionales contratados y las extra primas por salud si las hay de cada uno de los Asegurados.

RECAUDO: El pago de la prima correspondiente deberá efectuarse por periodos anuales anticipados. De acuerdo con la tarifa de la COMPAÑÍA, EL ASEGURADO puede optar por el pago semestral, trimestral o mensual de la prima con el recargo correspondiente.

PLAZO DE GRACIA: La prima o cuota de prima en caso de fraccionamiento deberá pagarse a más tardar dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de inicio de la vigencia estipulada en la carátula de la póliza.

El no pago de las primas o cuotas correspondientes en los tiempos establecidos, ocasionará la terminación automática de la póliza.

Si después de la terminación del contrato de seguro, LA COMPAÑÍA 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 LA COMPAÑÍA se limitará a la devolución de dichos valores.

PARÁGRAFO

En caso de siniestro se deducirá de la indemnización las fracciones de prima que falten para completar la anualidad en curso.

RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO

La renovación de la póliza es anual y se realizará a la terminación de cada vigencia.

Mientras el contrato de seguro este vigente se renovará automáticamente sin requisitos adicionales de asegurabilidad, siempre y cuando EL o LOS ASEGURADOS, hayan autorizado la renovación automática del mismo.

El contrato de seguro podrá ser renovado tantas veces como el límite de edad máximo de permanencia del ASEGURADO o de alguno de LOS ASEGURADOS lo permita.

DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales que resulten aplicables, como domicilio contractual se fija la ciudad que figure en la carátula de la póliza.