

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO MICROFINANCIERAS

HDI SEGUROS DE VIDA S.A. que en adelante se llamará "LA COMPAÑÍA", teniendo en cuenta y en consideración a las declaraciones realizadas en la solicitud de seguro, la carátula de la póliza y los condicionados generales y particulares, los cuales hacen parte integrante del presente anexo, ha convenido con el tomador en celebrar el presente anexo que se registrará por las siguientes cláusulas y condiciones:

1. COBERTURAS

1.1 FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA.

SI EL ASEGURADO FALLECE POR CUALQUIER CAUSA, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO INCLUYENDO HOMICIDIO Y SUICIDIO, GUERRA Y TERRORISMO, SIEMPRE QUE EL FALLECIMIENTO OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. EL PAGO DEL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO GENERARÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO.

1.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (ITP).

LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO HASTA EL MONTO DE LA SUMA ASEGURADA, CUANDO DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO LE SEA DIAGNOSTICADA UNA ENFERMEDAD, SUFRA LESIONES ORGÁNICAS, O ALTERACIONES FUNCIONALES QUE LE ORIGINEN UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, ESTRUCTURADA DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, QUE DE POR VIDA LE IMPIDA(N) A LA PERSONA DESEMPEÑAR TODAS LAS OCUPACIONES O EMPLEOS REMUNERADOS PARA LOS CUALES SE ENCUENTRA RAZONABLEMENTE CUALIFICADO, EN RAZÓN DE SU CAPACITACIÓN, ENTRENAMIENTO O EXPERIENCIA.

DICHA INCAPACIDAD NO PODRÁ SER PROVOCADA POR EL ASEGURADO Y DEBERÁ PERSISTIR POR UN PERIODO CONTINUO NO MENOR DE CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS, CONTADOS A PARTIR DEL PRIMER DIAGNÓSTICO MÉDICO DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE. PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA RECLAMACIÓN POR ESTE ANEXO, EL ASEGURADO DEBE APORTAR A LA COMPAÑÍA LA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA Y PRACTICARSE LA VALORACIÓN DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL A TRAVÉS DE UNA ENTIDAD COMPETENTE, QUE DETERMINARÁ EL PORCENTAJE DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

DICHA INCAPACIDAD DEBE IGUAL O SUPERIOR AL SESENTA Y CINCO POR CIENTO. (65%) PARA QUE HAYA LUGAR A INDEMNIZACIÓN. TAMBIÉN SE CONSIDERARÁ COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE LA PARÁLISIS TOTAL PERMANENTE COMPLETA DE HEMICUERPO Y DEL CUERPO ENTERO, LA PÉRDIDA ANATÓMICA O FUNCIONAL DE AMBAS MANOS (AL NIVEL DE LA MUÑECA), AMBOS PIES (A NIVEL DEL TOBILLO); DE UNA MANO Y UN PIE (AL NIVEL DE LA MUÑECA Y EL TOBILLO), LA PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN POR AMBOS OJOS Y LA ENAJENACIÓN MENTAL ABSOLUTA E IRRECUPERABLE.

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

MANOS: AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA AL NIVEL DE LA MUÑECA O POR ENCIMA DE ELLA. **PIES:** AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA A NIVEL DEL TOBILLO O POR ENCIMA DE ÉL.

DEDOS: AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA POR LAS ARTICULACIONES METACARPO FALÁNGICAS O METATARSO FALÁNGICAS O POR ENCIMA DE ELLAS. **OJOS:** PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN.

LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEBERA SER CALIFICADA POR LOS ENTES AUTORIZADOS POR EL GOBIERNO NACIONAL Y CON BASE EN EL MANUAL UNICO DE CALIFICACION VIGENTE, AL MOMENTO DE LA PRESENTACION DE LA RESPECTIVA RECLAMACION, SIN QUE SEA POSIBLE LA APLICACIÓN DE LOS MANUALES DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE LOS REGIMENES ESPECIALES O EXCEPTUADOS DE LA LEY 100 DE 1993

SE CONSIDERA COMO FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO PARA EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, LA FECHA DE ESTRUCTURACION INDICADA POR EL ENTE CALIFICADOR, FECHA EN LA CUAL LA PÓLIZA DEBE ESTARVIGENTE

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

VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO GENERARÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DEL SEGURO.

1.2.2 DERECHO DE EXAMEN

MIENTRAS SE ENCUENTRE PENDIENTE UN RECLAMO QUE AFECTE EL PRESENTE AMPARO, LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE EXAMINAR AL ASEGURADO CUANTAS VECES ESTIME CONVENIENTE.

1.3. FALLECIMIENTO ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN.

LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO HASTA EL MONTO DE LA SUMA ASEGURADA POR LA MUERTE O LESIONES CORPORALES ENUMERADAS EN LA TABLA DE INDEMNIZACIONES CAUSADA POR UN ACCIDENTE, SIEMPRE Y CUANDO TENGA LUGAR DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DÍAS SIGUIENTES A SU OCURRENCIA. PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO SE ENTIENDE POR ACCIDENTE EL HECHO VIOLENTO, VISIBLE, EXTERNO, IMPREVISTO, REPENTINO E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO QUE CAUSE LA MUERTE O LESIONES CORPORALES, EVIDENCIADAS POR CONTUSIONES O HERIDAS EXTERNAS O INTERNAS, MÉDICAMENTE COMPROBADAS.

1.3.1. DESAPARECIMIENTO.

PARA EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO SE PRESUMIRÁ MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO, CUANDO OCURRA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES EVENTOS QUE DEN ORIGEN A LA DECLARACIÓN JUDICIAL DE PRESUNCIÓN DE MUERTE POR DESAPARECIMIENTO, CON ARREGLO A LA LEY COLOMBIANA:

- DESAPARICIÓN EN CATÁSTROFES NATURALES TALES COMO TERREMOTOS, INUNDACIONES Y MAREMOTOS.
- DESAPARICIÓN EN UN RÍO, UN LAGO O EN EL MAR.
- DESAPARICIÓN COMO CONSECUENCIA DEL EXTRAVÍO, CAÍDA, EXPLOSIÓN, NAUFRAGIO O ENCALLADURA DE CUALQUIER VEHÍCULO RESPECTO DEL CUAL NO EXISTA EXCLUSIÓN EXPRESA DE COBERTURA.

1.3.2 TABLA DE INDEMNIZACIONES.

LA COMPAÑÍA PAGARA EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA ESTE AMPARO DE ACUERDO CON EL PORCENTAJE CORRESPONDIENTE A LA LESIÓN O PÉRDIDA SUFRIDA.

PÉRDIDAS	%
PARÁLISIS TOTAL O IRRECUPERABLE	100%
ENAJENACIÓN MENTAL IRRECUPERABLE	100%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN DE AMBOS OJOS	100%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE LAS MANOS O LOS PIES O DE UNA MANO O UN PIE	100%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNA MANO UN PIE JUNTO CON LA PÉRDIDA DE LA VISIÓN DE UN OJO	100%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN POR UN OJO	50%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DEL HABLA	50%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA AUDICIÓN POR AMBOS OÍDOS	50%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNA MANO O UN PIE	50%
ABLACIÓN O EXTIRPACIÓN DE LA MANDÍBULA INFERIOR	30%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA AUDICIÓN POR UN OÍDO	25%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE DOS O MÁS DEDOS DE CUALQUIERA DE LAS MANOS	25%
CATARATA TRAUMÁTICA BILATERAL OPERADA	20%
PÉRDIDA DE UN PULMÓN O REDUCCIÓN AL 50% DE SU CAPACIDAD	20%
PÉRDIDA DE UN RIÑÓN	20%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DEL DEDO PULGAR DE CUALQUIER PIE	10%
CATARATA TRAUMÁTICA OPERADA	10%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DEL OLFATO O DEL GUSTO	5%

PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UN DEDO DE CUALQUIER MANO	5%
--	----

PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE DOS O MÁS DEDOS DE CUALQUIERA DE LOS PIES	5%
--	----

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

- **MANOS:** AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA AL NIVEL DE LA MUÑECA O POR ENCIMA DE ELLA.
- **PIES:** AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA AL NIVEL DEL TOBILLO O POR ENCIMA DE ÉL. **DEDOS:** AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA POR LAS ARTICULACIONES METACARPO FALÁNGICAS O METATARSO FALÁNGICAS O POR ENCIMA DE ELLAS.
- **OJOS:** PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN.

EN TODOS LOS CASOS SE ENTIENDE TAMBIÉN POR PÉRDIDA, LA INHABILITACIÓN FUNCIONAL TOTAL Y DEFINITIVA DEL ÓRGANO O MIEMBRO LESIONADO, EN FORMA TAL QUE NO PUEDA DESARROLLAR NINGUNA DE SUS FUNCIONES NATURALES.

EN CASO DE VARIAS PÉRDIDAS CAUSADAS POR EL MISMO ACCIDENTE, EL VALOR TOTAL DE LA INDEMNIZACIÓN POR ESTA COBERTURA SERÁ LA SUMA DE LOS PORCENTAJES CORRESPONDIENTES A CADA UNA SIN EXCEDER LA SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL CONTRATADA PARA ESTE AMPARO QUE CONSTITUYE LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA COMPAÑÍA.

CUALQUIER INDEMNIZACIÓN PAGADA CON MOTIVO DE UNA DESMEMBRACIÓN SERÁ TOMADA EN CUENTA Y POR LO TANTO DEDUCIDA DE LA INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL

LOS EVENTOS O LESIONES QUE NO APARECEN EN EL ANTERIOR LISTADO, NO SON OBJETO DE COBERTURA.

1.4. ENFERMEDADES GRAVES.

SI EL ASEGURADO ES DIAGNOSTICADO POR PRIMERA VEZ POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN, DE ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES QUE A CONTINUACIÓN SE ENUMERAN, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO CORRESPONDIENTE AL ANTICIPO DEL 50% DE LA SUMA ASEGURADA DEL AMPARO BÁSICO, SIEMPRE Y CUANDO HAYAN TRANSCURRIDO POR LO MENOS NOVENTA (90) DÍAS DESDE EL INICIO DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO EL VALOR INDEMNIZADO SE DEDUCIRÁ DE LA COBERTURA DE FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA.

EL DIAGNÓSTICO DEBE SER ESTUDIADO Y CONFIRMADO POR EVIDENCIAS ACEPTABLES CLÍNICAS, RADIOLOGICAS, HISTOLOGICAS Y DE LABORATORIO POR UN MÉDICO RECONOCIDO. NINGUN BENEFICIO ES PAGADERO SI LA ENFERMEDAD EN CUESTIÓN HA SIDO DIAGNOSTICADA O SI SE HA RECIBIDO TRATAMIENTO POR DICHA ENFERMEDAD ANTES DE LA FECHA DE INICIACION DEL PRESENTE SEGURO. ASI MISMO, EN LOS CASOS EN QUE YA HUBIERA EXISTIDO INDEMNIZACION PREVIA A TRAVÉS DE ESTACOBERTURA.

LA INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDADES GRAVES NO ES ACUMULABLE AL AMPARO BÁSICO DEL SEGURO DE VIDA NI AL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, UNA VEZ PAGADO EL VALOR ASEGURADO POR EL PRESENTE AMPARO, DICHO PAGO SERÁ DEDUCIDO DEL QUE PUEDA CORRESPONDER AL ASEGURADO POR EL AMPARO BÁSICO O POR EL AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

UNA VEZ RECONOCIDA ESTA SUMA, TERMINA EL AMPARO PARA EL ASEGURADO, SIN IMPORTAR LAS RENOVACIONES SUBSIGUIENTES DE LA POLIZA.

LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES GRAVES SON OBJETO DE COBERTURA:

CÁNCER: ENFERMEDAD QUE SE MANIFIESTA POR LA PRESENCIA DE UNA LESIÓN QUE PUEDE SER TUMORAL O NO QUE SE CARACTERIZA POR EL CRECIMIENTO INVASIÓN Y EXPANSIÓN INCONTROLABLE DE CÉLULAS MALIGNAS EN LOS TEJIDOS. TAMBIÉN SE CONSIDERA BAJO ESTA DEFINICIÓN LA LEUCEMIA Y EL MAL DE HODGKIM

ACCIDENTES CEREBROS VASCULARES: PÉRDIDA SÚBITA DE LA FUNCIÓN CEREBRAL; RESULTANTE DE LA INTERRUPCIÓN DEL APORTE SANGUÍNEO, QUE ACUSE LESIONES IRREVERSIBLES TALES COMO PÉRDIDA PERMANENTE DE CONOCIMIENTO, PENSAMIENTO, LENGUAJE O SENSACIÓN.

INSUFICIENCIA RENAL: DAÑO BILATERAL E IRREVERSIBLE DE LA FUNCIÓN DE LOS RIÑONES. QUE HAGA NECESARIA LA REALIZACIÓN EN FORMA REGULAR DE DIÁLISIS RENAL O UN TRASPLANTE DE RIÑÓN.

INFARTO DEL MIOCARDIO: MUERTE DE UNA PARTE DEL MUSCULO CARDIACO, OCASIONADA POR UNA IRRIGACIÓN SANGUÍNEA DEFICIENTE.

CIRUGÍA ARTERIO CORONARIA: INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA A CORAZÓN ABIERTO, QUE SE REALIZA PARA CORREGIR LA ESTENOSIS U OCLUSIÓN DE LAS ARTERIAS CORONARIAS, QUE NO RESPONDEN A TRATAMIENTO MÉDICO Y EN CONSECUENCIA ES NECESARIA LA REALIZACIÓN DE UN BYPASS O PUENTE CORONARIO.

ESCLEROSIS MÚLTIPLE: ENFERMEDAD QUE AFECTA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y SE MANIFIESTA POR ANOMALÍAS NEUROLÓGICAS PROGRESIVAS E IRREVERSIBLES QUE CONLLEVAN A UN ESTADO DE INCAPACIDAD SEVERA, CON DISMINUCIÓN DE LA VISIÓN, INCOORDINACIÓN, DEBILIDAD E INCONTINENCIA URINARIA.

TRASPLANTE DE ÓRGANOS: ES EL IMPLANTE DE UN ORGANOTRASLADADO DE UN SER HUMANO A OTRO HUMANO CON EL FIN DE RESTAURAR UNA FUNCION ORGANICA, GRAVE E IRREVERSIBLEMENTE DETERIORADA. INCLUYE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES ORGANOS: CORAZON, HIGADO, RIÑON, PANCREAS, PULMON, MEDULA OSEA. EL TRASPLANTE DE TODOS LOS OTROS ORGANOS, PARTES DE ORGANOS O CUALQUIER OTRO TRASPLANTE DE TEJIDOS, ESTA EXCLUIDO. SE INDEMNIZARA AL ASEGURADO DESDE SU INCLUSION EN UNA LISTA DEESPERA

GRAN QUEMADO: CUANDO SE PRESENTAN QUEMADURAS MAYORES AL 20% DE EXTENSIÓN Y QUEMADURAS DE SEGUNDO GRADO EN CARA, PIES, MANOS, Y/O PERINÉ.

1.4.2 DERECHO DE EXAMEN

MIENTRAS SE ENCUENTRE PENDIENTE UN RECLAMO QUE AFECTE EL PRESENTE AMPARO, LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE EXAMINAR AL ASEGURADO CUANTAS VECES ESTIME CONVENIENTE.

1.5. AUXILIO DE EXEQUIAS

EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO, SEGÚN LO DEFINIDO EN EL NUMERAL 1.1. DE ESTE CONDICIONADO, LA COMPAÑÍA PAGARÁ LA SUMA ASEGURADA PARA ESTE AMPARO AL (LOS) BENEFICIARIO(S) DESIGNADO(S) EN SU DEFECTO LOS DE LEY, PARA SUFRAGAR LOS GASTOS FUNERARIOS.

1.6. RENTA MENSUAL PARA GASTOS DE HOGAR POR FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA.

EN CASO DE FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA DEL ASEGURADO, SEGÚN LO DEFINIDO EN EL NUMERAL 1.1 DE ESTE CLAUSULADO, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO COMO RENTA MENSUAL Y POR DOCE (12) MESES, A PARTIR DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE OCURRENCIA DEL FALLECIMIENTO, LA CUAL SERÁ DESTINADA A SUPLIR LAS NECESIDADES BÁSICAS DE LA CANASTA FAMILIAR Y SE INDEMNIZARAN EN UN SOLO PAGO.

1.7. RENTA MENSUAL PARA GASTOS DE HOGAR POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO, SEGÚN LO DEFINIDO EN EL NUMERAL 1.2. DE ESTE CLAUSULADO, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO COMO RENTA MENSUAL Y POR SEIS (6) MESES, A PARTIR DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE OCURRENCIA DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE LA CUAL SERÁ DESTINADA A SUPLIR LAS NECESIDADES BÁSICAS DE LA CANASTA FAMILIAR Y SE INDEMNIZARAN EN UN SOLO PAGO.

1.8. INCAPACIDAD TEMPORAL (AUXILIO PARA EXAMEN DE CALIFICACIÓN ITP)

LA COMPAÑÍA INDEMNIZARA AL ASEGURADO EL VALOR DE UN (1) SMMLV, CUANDO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA EL ASEGURADO SUFRA UNA ENFERMEDAD O SUFRA LESIONES ORGÁNICAS, O ALTERACIONES FUNCIONALES QUE LE ORIGINEN UNA INCAPACIDAD, LA CUAL NO PODRÁ SER PROVOCADA POR EL ASEGURADO NI PREEXISTENTE Y DEBERÁ PERSISTIR POR UN PERÍODO CONTINUO NO MENOR DE CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS, CONTADOS A PARTIR DEL PRIMER DIAGNÓSTICO MÉDICO DE LA INCAPACIDAD, DESTINADO A SUFRAGAR LOS GASTOS NECESARIOS PARA OBTENER LA CALIFICACIÓN DE LA JUNTA MÉDICA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ. SE CUBRIRÁ MÁXIMO UN (1) EVENTO POR VIGENCIA DEL CRÉDITO.

1.9. RENTA MENSUAL INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ EL VALOR CORRESPONDIENTE A LA CUOTA MENSUAL DEL CRÉDITO QUE EL ASEGURADO HAYA CONTRAÍDO CON EL TOMADOR, Y HASTA MÁXIMO EL VALOR CORRESPONDIENTE, SEGÚN EL PLAN CONTRATADO, EN CASO QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN ESTADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO O ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, QUE LE IMPIDA DE MANERA TEMPORAL DESARROLLAR UN TRABAJO REMUNERADO. DICHA INCAPACIDAD DEBE SER IGUAL O SUPERIOR A QUINCE (15) DÍAS PARA QUE HAYA LUGAR A INDEMNIZACIÓN. ESTA COBERTURA INDEMNIZARÁ MÁXIMO CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CONTINUOS POR EVENTO Y MÁXIMO UN (1) EVENTO POR VIGENCIA DEL CRÉDITO. NO SE OTORGARÁ COBERTURA A INCAPACIDADES DISCONTINUAS ASÍ SEAN DERIVADAS DE UN MISMO EVENTO. CUALQUIER INCAPACIDAD DEBE SER MÍNIMO DE 15 DÍAS CONTINUOS.

PARA EFECTOS DE ESTA COBERTURA SE SUMARAN LOS DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN A LOS DÍAS DE INCAPACIDAD EMITIDOS POR EL CENTRO MÉDICO.

CUANDO LOS DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN NO VENGAN INCLUIDOS EN DICHA INCAPACIDAD. LOS DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN SE VALADIRÁN EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL ASEGURADO

ESTA COBERTURA SOLO APLICA PARA ASEGURADOS TITULARES DE CRÉDITOS.

1.9.1 TABLAS DE PERIODO DE INDEMNIZACIÓN.

DÍAS INCAPACIDAD	PERIODO INDEMNIZACIÓN
DE 15 A 44 DÍAS	1 MES
DE 45 A 74 DÍAS	2 MES
DE 75 A 104 DÍAS	3 MES
DE 105 A 134 DÍAS	4 MES
DE 135 A 164 DÍAS	5 MES
DE 165 A 180 DÍAS	6 MES

2. EXCLUSIONES

2.1. EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA, AUXILIO DE EXEQUIAS Y RENTA MENSUAL PARA GASTOS DE HOGAR POR FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA.

- LESIONES, ENFERMEDADES CUYA CAUSA NO HAYA SIDO INICIALMENTE MANIFESTADA, O DIAGNOSTICADA U OCURRIDA DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, QUE NO HAYAN SIDO DECLARADAS POR EL SOLICITANTE AL MOMENTO DE SOLICITAR LA PÓLIZA Y QUE NO HAYAN SIDO ACEPTADAS EXPLÍCITAMENTE POR LA COMPAÑÍA.

2.2. EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, RENTA MENSUAL PARA GASTOS DE HOGAR POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, E INCAPACIDAD TEMPORAL (AUXILIO PARA EXAMEN DE CALIFICACIÓN ITP).

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO, EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE LAS LESIONES CORPORALES, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- LA TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIONES INTENCIONALMENTE CAUSADAS POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- PRÁCTICAS Y COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO O DEPORTES EXTREMOS TALES COMO BUCEO, ALPINISMO, ESCALAMIENTO, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, ASÍ COMO LA PRÁCTICA DE CUALQUIER DEPORTE DE MANERA PROFESIONAL.
- PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS.
- CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, ASÍ COMO LOS DERIVADOS DE ACTOS DELICTIVOS.
- ENFERMEDAD MENTAL, CORPORAL O CUALQUIER DOLENCIA PREEXISTENTE.

- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN EJERCICIO DE FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO, DE SEGURIDAD Y/O VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE ALUCINÓGENOS.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER TIPO DE AERONAVE, SALVO QUE SEA VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AEROLÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.
- TENTATIVA DE HOMICIDIO, SALVO EL OCURRIDO EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO.
- CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE; FISIÓN, FUSIÓN NUCLEAR O RADIATIVIDAD.
- ACTOS DE TERRORISMO O DE GUERRA DECLARADA O SIN DECLARAR.
- CUALQUIER INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CUYA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN SE ENCUENTRE POR FUERA DE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

2.3. EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE FALLECIMIENTO ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN.

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO, EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE EL FALLECIMIENTO O LESIONES CORPORALES, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- SUICIDIO O SU TENTATIVA, O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- PRÁCTICAS Y COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO, O EXTREMOS TALES COMO BUCEO, ALPINISMO, ESCALAMIENTO, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO.
- LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE INFRACCIÓN DE NORMAS DE CARÁCTER LEGAL,
- PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS.
- CULPA GRAVE DEL ASEGURADO ASÍ COMO LOS DERIVADOS DE ACTOS DELICTIVOS.
- ENFERMEDAD MENTAL O CORPORAL O CUALQUIER DOLENCIA O LIMITACIÓN FÍSICA PREEXISTENTE.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN EJERCICIO DE FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO O DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE ALUCINÓGENOS.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER TIPO DE AERONAVE, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AEROLÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR
- HOMICIDIO O SU TENTATIVA, SALVO EL OCURRIDO EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO
- LOS ACCIDENTES SUFRIDOS DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X O CHOQUES ELÉCTRICOS, SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO.
- CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE; FUSIÓN NUCLEAR O RADIOACTIVIDAD
- ACTOS DE TERRORISMO O DE GUERRA DECLARADA O SIN DECLARAR.

2.4. EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES.

NO SE PAGARA NINGÚN BENEFICIO BAJO EL PRESENTE AMPARO, SI EL ASEGURADO PADECE Y/O SE LE HA DIAGNOSTICADO UNA DE LAS ENFERMEDADES CUBIERTAS A CONSECUENCIA DE O RELACIONADAS CON:

- CUALQUIER MANIFESTACIÓN O TRATAMIENTO RELATIVO A LAS DOLENCIAS AMPARADAS QUE SE HAYAN PRESENTADO CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
- LA PRESENCIA DEL VIRUS DEL SIDA CON PRUEBA CONFIRMADA, DESCUBIERTO MEDIANTE TEST DE ANTICUERPOS O VIRUS DE SIDA CON RESULTADO POSITIVO, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE ESTE VIRUS.
- CÁNCER DE SENO O MATRIZ.
- LA ANGIOPLASTIA Y/O CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN INTRA-ARTERIAL.

- LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA, LOS TUMORES DE PIEL (EXCEPTO MELANOMAS MALIGNOS), EL CÁNCER DE CÉRVIX Y CÁNCER IN SITU NO INVASIVO, O TODO TIPO DE TUMORES QUE SEAN DESCRITOS EN TÉRMINOS HISTOLÓGICOS COMO PRE MALIGNOS O QUE PRESENTEN CAMBIOS MALIGNOS EN SU FASE INICIAL O TUMORES MALIGNOS SIN EVIDENCIA DE INVASIÓN.
- LOS ACCIDENTES VASCULARES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS Y ACCIDENTES CEREBRO VASCULARES REVERSIBLES, ENTENDIENDO COMO TALES AQUELLOS EN LOS QUE EL ASEGURADO PUEDA RECUPERARSE COMPLETAMENTE EN LAS SEIS (6) SEMANAS SIGUIENTES A SU OCURRENCIA.
- ENFERMEDADES O LESIONES DIAGNOSTICADAS Y/O TRATADAS CON ANTERIORIDAD A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO, ASÍ COMO LAS DE ORIGEN CONGÉNITO.
- ENFERMEDADES O LESIONES DERIVADAS DEL USO VOLUNTARIO DEL ALCOHOL O ALUCINÓGENOS.
- TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIONES INTENCIONALMENTE CAUSADAS A SÍ MISMO, YA SEA EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE DEMENCIA.
- CUALQUIER DOLENCIA AMPARADA POR LA PÓLIZA QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA O ESTÉ SIENDO TRATADA POR UN MÉDICO QUE NO POSEA LICENCIA PERMANENTE Y VALIDA EXPEDIDA POR LA AUTORIDAD RESPECTIVA PARA PRACTICAR LA MEDICINA EN EL PAÍS.
- LESIONES O DOLENCIAS QUE SE DERIVEN DE LA PRÁCTICA DE DEPORTES DE MANERA PROFESIONAL Y/O LOS DE ALTO RIESGO TALES COMO EL BUCEO, EL ALPINISMO, ESCALAMIENTO EN MONTAÑAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAJDISMO, PLANEADORES, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO Y LOS DENOMINADOS EXTREMOS

3.8 Terrorismo: el intento o realización de ataques, represalias, actos o amenazas de violencia cuya finalidad principal sea aterrorizar a la población civil o un sector de ella, y que pongan en peligro la vida, la integridad física o la libertad de las mismas, con ocasión y en desarrollo de un conflicto armado con propósito político, social o religioso.

4. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

COBERTURAS	EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA
<ul style="list-style-type: none"> • Fallecimiento por cualquier causa • Renta mensual para gastos de hogar en caso de muerte • Auxilio de exequias 	18 años	65 años + 364 días	70 años + 364 días
<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad total y permanente • Renta mensual para gastos de hogar en caso de ITP • Enfermedades graves • Renta mensual por incapacidad total temporal • Auxilio para examen de la Junta Regional de Calificación de Invalidez 	18 años	64 años + 364 días	65 años + 364 días
<ul style="list-style-type: none"> • Muerte accidental y desmembración 	18 años	60 años + 364 días	65 años + 364 días

2.5. EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL.

NO SE PAGARÁ NINGÚN BENEFICIO BAJO EL PRESENTE AMPARO, SI LA INCAPACIDAD SUFRIDA POR EL ASEGURADO ES A CONSECUENCIA O ESTÁ RELACIONADA CON LAS SIGUIENTES CAUSAS:

- INCAPACIDADES GENERADAS POR ENFERMEDADES O ACCIDENTES PREEXISTENTES
- TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA POR EL MISMO ASEGURADO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- ACTOS DE TERRORISMO O DE GUERRA DECLARADA O SIN DECLARAR
- LICENCIAS DE MATERNIDAD O INCAPACIDADES CON OCASIÓN O POR CAUSA DE SU ESTADO DE EMBARAZO O ABORTO.
- DISCONTINUIDAD ENTRE LAS INCAPACIDADES ORIGINADAS POR EL MISMO EVENTO.

3. DEFINICIONES.

Para efectos de este clausulado se entenderá por:

3.1. Tomador del seguro: es la persona natural o jurídica que contrata el seguro y a quien corresponde el pago de la prima.

3.2 Asegurado: es la persona natural sobre cuya vida se estipula el seguro, y que deberá aceptar el mismo.

3.3 Beneficiario: es la persona o personas, a quienes el asegurado reconoce el derecho a percibir la indemnización derivada de esta póliza en la cuantía que designe. El beneficiario podrá ser a título gratuito, es decir aquel cuya designación tiene por causa la mera liberalidad del asegurado, o título oneroso.

3.4 Compañía: entidad que asume la cobertura de los riesgos amparados de acuerdo con las condiciones presente póliza y que para efectos de este contrato será HDI SEGUROS DE VIDA S.A.

3.5 Póliza: documento que contiene las condiciones generales, especiales y particulares que identifican el riesgo

3.6 Prima: precio del seguro.

3.7 Grupo asegurable: es el conformado por personas naturales vinculadas bajo una misma personería jurídica, en virtud de una situación legal o reglamentaria, o que tienen con una tercera persona (tomador) relaciones estables de la misma naturaleza y cuyo vínculo no se ha establecido con el propósito de contratar el seguro de vida. LA COMPAÑÍA podrá exigir, previo a la integración del grupo, los requisitos de asegurabilidad necesarios para la correcta selección del riesgo

5. VIGENCIA DEL CONTRATO INDIVIDUAL

La vigencia del seguro será mensual y comenzará a la fecha y hora del día del desembolso del crédito que el asegurado adquiera con el tomador, siempre y cuando se haya realizado el pago de la prima de seguro. En el evento en que ocurra un siniestro, y estén pendientes de pago algunas de las fracciones de la prima, el asegurado autoriza a LA COMPAÑÍA a descontar del monto de la indemnización las cuotas de las primas pendientes de pago.

6. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

LA COMPAÑÍA expedirá para cada grupo asegurado un certificado individual en aplicación a esta póliza. En caso de cualquier modificación, se expedirá un nuevo certificado que reemplazará al anterior.

7. SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL

Para las coberturas de fallecimiento por cualquier causa, incapacidad total y permanente, enfermedades graves, auxilio exequial, bono canasta por fallecimiento, bono canasta por incapacidad total y permanente, el valor asegurado de cada persona será el aceptado expresamente por compañía el cual se indicará en el certificado individual de la póliza.

Para la cobertura de auxilio para examen de calificación de la ITP, el valor asegurado será de 1smmlv.

Para la cobertura de renta mensual por incapacidad temporal, será el valor de la cuota del crédito adquirido con el tomador y hasta máximo el valor correspondiente al plan contratado.

7.1. Responsabilidad máxima por asegurado.

LA COMPAÑÍA establece que cada asegurado puede tomar un solo plan por crédito y esta será la máxima responsabilidad de LA COMPAÑÍA.

8. BENEFICIARIOS.

Para las coberturas de fallecimiento por cualquier causa, auxilio de exequias y bono canasta por fallecimiento, los beneficiarios serán los designados por el asegurado o en su defecto los de ley según lo establecido en el artículo 1142 del código de comercio. Para las coberturas de incapacidad total y permanente, enfermedades graves, bono canasta por incapacidad total y permanente y auxilio para examen de calificación de la ITP, el beneficiario será el mismo asegurado. Para la cobertura de renta mensual por incapacidad temporal, el beneficiario será el tomador a título oneroso.

9. FORMA DEL PAGO DE LA PRIMA.

Periodicidad: Las primas se pagarán en forma fraccionada de acuerdo al plan de pagos del crédito que el asegurado por acuerdo expreso entre las partes haya pactado.

10. PLAZO PARA EL PAGO DE LA PRIMA.

El plazo de pago de la segunda prima en adelante, será máximo de treinta (30) días calendario contados desde la entrada en vigencia del seguro. Durante dicho plazo se considera que el seguro se encuentra vigente y, por consiguiente, si ocurriere algún siniestro, LA COMPAÑÍA tendrá la obligación de pagar la suma asegurada correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas y pendientes de pago por parte del Asegurado hasta completar la anualidad respectiva. Si la prima no fuere pagada antes de vencerse dicho plazo, se producirá la terminación automática del contrato.

11. RECAUDO DE LA PRIMA

El recaudo recibido del ASEGURADO en la cuota del crédito por concepto de seguros, será aplicado en el siguiente orden de acuerdo al producto de seguros: vida deudor, vida voluntario, Negocio colectivo, Negocio/Hogar, Contenidos del negocio, Contenidos del Negocio/hogar, Hogar Colectivo y Contenidos del Hogar; y dentro de cada producto el orden de aplicación de acuerdo al tipo de vinculación será: Titular, Deudor solidario, Codeudor, No firmante.

12. AVISO DEL SINIESTRO.

El tomador; el asegurado o los beneficiarios según el caso, deberán dar aviso a LA COMPAÑÍA de toda lesión, pérdida o muerte que pueda dar origen a una reclamación comprendida en los términos de esta póliza, dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que haya conocido los hechos que dan lugar a la reclamación. El asegurado a petición de LA COMPAÑÍA deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle el estudio del siniestro.

13. PRUEBA DE LA RECLAMACIÓN.

LA COMPAÑÍA pagará el valor asegurado establecido en las condiciones particulares de la póliza, al tomador, asegurado o beneficiario, según el caso. Sin perjuicio de la libertad probatoria que tiene el asegurado, para acreditar la ocurrencia del siniestro, deberá aportar documentos tales como:

13.1. Para fallecimiento del asegurado:

- Fotocopia del documento de identidad del asegurado.
- Fotocopia del Registro Civil de defunción.
- Historia Clínica completa.
- Si el fallecimiento ocurrió a causa de un accidente, el informe de las autoridades que tuvieron conocimiento del caso, Acta de levantamiento del cadáver y protocolo de necropsia.
- Documentos que acrediten la calidad de los beneficiarios.
- Cuenta bancaria del beneficiario (esta solo se utilizará en caso de atender de manera favorable la reclamación).
- Examen de toxicología en caso de muerte accidental (Fotocopia)
- Certificación de la Fiscalía, determinando circunstancias de tiempo, modo y lugar de ocurrencia, si el fallecimiento es por muerte accidental
- Copia legible del croquis de tránsito, en caso de muerte accidental
- Carta de notificación del reclamo.

13.2. Para incapacidad total y permanente, enfermedades graves o desmembración:

- Aviso de Reclamo completamente diligenciado
- Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.
- Certificado original del médico que haya asistido al Asegurado indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad.
- Historia Clínica completa
- Dictamen de calificación de Incapacidad Total y Permanente igual o superior al 65%
- Cuenta bancaria del beneficiario (esta solo se utilizará en caso de atender de manera favorable la reclamación).

13.3. Para auxilio para examen de ITP.

- Aviso de reclamo completamente diligenciado.
- Fotocopia del documento de identidad del asegurado
- Certificado original que haya asistido al asegurado indicando el origen, evolución de la naturaleza de la enfermedad y días de incapacidad. (superior a 150 días continuos).
- Historia clínica completa.

13.4. Para renta mensual por incapacidad temporal:

- Aviso de reclamo completamente diligenciado.

- Fotocopia del documento de identidad del asegurado.
- Certificado original del médico que haya asistido al asegurado indicando el origen, evolución, naturaleza de la enfermedad y días de incapacidad (superior a 15 días continuos).
- Fotocopia de la incapacidad expedida por la respectiva EPS (aplica para reclamaciones de renta Post-hospitalaria)
- Historia clínica completa

14. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

La Compañía efectuará el pago de la suma asegurada a que está obligada por la presente póliza, por conducto del Tomador, al Asegurado o a los Beneficiarios, o directamente a éstos, dentro del mes siguiente a la fecha en que el Asegurado o los Beneficiarios, según sea el caso, le acrediten, en los términos del artículo 1077 del Código de Comercio, la ocurrencia del siniestro y su cuantía si a ello hubiere lugar.

15. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN.

En caso que la reclamación o los documentos presentados para sustentarla fuesen en alguna forma fraudulentos o, si en apoyo de ella utilizaren medios o documentos engañosos o dolosos, se perderá todo derecho a indemnización bajo la presente póliza.

16. DERECHOS DEL ASEGURADO EN CASO DE INCUMPLIMIENTO POR PARTE DE LA ASEGURADORA.

El artículo 1080 del código de comercio establece la obligación para LA COMPAÑÍA de efectuar el pago del siniestro o la entrega de la objeción correspondiente, dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurado de acuerdo con el artículo 1077. Vencido este plazo, LA COMPAÑÍA reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, intereses a la tasa máxima de interés moratorio vigente en el momento que efectúe el pago.

17. RENOVACIÓN DEL CONTRATO.

El presente contrato será renovable a voluntad de las partes contratantes, en las condiciones técnicas y económicas acordadas según el resultado de la siniestralidad de la póliza en la vigencia inmediatamente anterior.

18. REVOCACIÓN.

La presente póliza y sus anexos podrán ser revocados por el tomador en cualquier momento, mediante aviso escrito a LA COMPAÑÍA con no menos de treinta (30) días corrientes de anticipación. El importe de la prima devengada y el de la devolución se calculan tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

Tratándose de los amparos adicionales, la Compañía podrá revocarlos mediante aviso escrito al Tomador enviado a su última dirección conocida, con no menos de quince (15) días de antelación 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 revocación.

PARAGRAFO: El hecho de que la Compañía reciba suma alguna después de la fecha de revocación, no hará perder los efectos de dicha revocación. En consecuencia, cualquier pago posterior será reembolsado.

19. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus amparos adicionales termina por las siguientes causas:

- Por el no pago de la prima, vencido el periodo de gracia.
- A la terminación de la vigencia del seguro. Si éste no se renueva.
- Por el pago de indemnización igual al 100% del valor asegurado del amparo de fallecimiento.
- Cuando el tomador o el asegurado, revoquen por escrito la póliza.
- Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia, establecida para el amparo de fallecimiento por cualquier causa o incapacidad total y permanente, según lo definido en el numeral cuatro (4), del presente condicionado.
- Cuando el asegurado dejen de pertenecer al grupo asegurado.
- Cuando el Asegurado revoque por escrito su seguro.

20. PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS.

Se establece como obligación del tomador, asegurado o beneficiario diligenciar el formulario de conocimiento del cliente a través de contratos de seguros, exigidos por la superintendencia financiera de Colombia bajo la circular externa 026 de 2008, con información veraz y verificable; así como actualizar sus datos por lo menos una vez al año, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos según el producto o servicio. En el evento en que se incumpla con la presente obligación, LA COMPAÑÍA hará uso de su facultad de revocar unilateralmente el contrato de seguro, en los casos en que a ello hubiere lugar.

21. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTAR Y REPORTAR INFORMACIÓN FINANCIERA A CENTRALES DE RIESGO.

El tomador y/o asegurado y/o beneficiario autoriza(n) a LA COMPAÑÍA para que, con fines estadísticos, comerciales y de información entre compañías, consulta o transferencia de datos con cualquier autoridad que lo requiera, consulte, informe, guarde en sus archivos y reporte a las centrales de riesgo que considere necesario o, a cualquier otra entidad autorizada, la información que requiere, se le haya otorgado o se le otorgue en el futuro, así como sobre novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan de esta relación comercial o contrato que declara conocer y acepta en todas sus partes.

22. DECLARACIÓN DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO SOBRE EL ESTADO DEL RIESGO

El tomador está obligado a declarar los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo, según el formulario de solicitud propuesto por el asegurador. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que conocidas por el asegurador lo hubiere 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 formulario o cuestionario determinado, la reticencia o inexactitud, producen igual efecto si el tomador ha encubierto por su culpa, hechos o circunstancias que impliquen la agravación objetiva del estado del riesgo.

23. NORMAS APLICABLES

A los aspectos no regulados de este contrato le serán aplicables las disposiciones previstas en el código de comercio y demás normas concordantes

24. JURISDICCIÓN

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

25. DOMICILIO

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

26. COMUNICACIONES

Las comunicaciones del tomador, del asegurado, del beneficiario, sólo producirán efectos si han sido dirigidas al domicilio de LA COMPAÑÍA. Las comunicaciones de LA COMPAÑÍA al tomador, asegurado o beneficiario del seguro, solo producirán efecto si se han dirigido al último domicilio registrado en el mismo.

Los demás términos y condiciones se regirán de acuerdo con el clausulado general del seguro de vida grupo HDIV131000000000, disponible para consulta en la página web www.hdi.com.co