
BMI COLOMBIA
PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDOR
CONDICIONES GENERALES

BMI COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., en lo sucesivo denominada “**LA ASEGURADORA**” o “**BMI COLOMBIA**”, emite la presente póliza denominada **BMI PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDOR**. La póliza comprende la carátula del seguro, condiciones particulares, la solicitud de seguro, el examen médico, el presente documento y cualquier anexo o enmienda que se emita al respecto.

CLÁUSULA 1-COBERTURAS

1.1. COBERTURA BÁSICA: BÁSICO DE VIDA. CUBRE LA MUERTE POR CUALQUIER CAUSA QUE PUDIERE OCURRIR EN CUALQUIER LUGAR DEL MUNDO A LOS ASEGURADOS, DURANTE LAS VEINTICUATRO (24) HORAS DEL DÍA, LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS DEL AÑO, DE ACUERDO A LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA ESTABLECIDA EN EL CERTIFICADO DE LA PÓLIZA Y EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, CON EXCEPCIÓN DE LO ESTIPULADO EN LA CLÁUSULA 2.- EXCLUSIONES, Y DENTRO DE LAS LIMITACIONES EXPRESADAS EN ESTA PÓLIZA, HASTA LOS LÍMITES ESTIPULADOS EN EL CERTIFICADO DE LA PÓLIZA Y/O EN LAS CONDICIONES PARTICULARES. OCURRIDA LA MUERTE DE CUALQUIERA DE LAS PERSONAS AMPARADAS, LA ASEGURADORA ENTREGARÁ AL BENEFICIARIO ONEROSO EL VALOR ASEGURADO HASTA EL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA.

1.2. COBERTURAS OPCIONALES: SON COBERTURAS OPCIONALES QUE EL TOMADOR PUEDE ADQUIRIR MEDIANTE EL PAGO DE UNA PRIMA ADICIONAL A LA DE LA COBERTURA BÁSICA Y SE MOSTRARÁ EN EL CERTIFICADO DE ESTA PÓLIZA.

1.2.1. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE. LA ASEGURADORA PAGARÁ POR CONCEPTO DEL BENEFICIO OTORGADO POR LA PRESENTE COBERTURA LA SUMA ESTIPULADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SI EL ASEGURADO SUFRE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE. CASO EN EL CUAL LA ASEGURADORA ENTREGARÁ AL BENEFICIARIO ONEROSO UN MONTO EQUIVALENTE AL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA AL MOMENTO DE LA FECHA DEL DICTAMEN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE Y EN CASO DE EXISTIR REMANENTE DICHO VALOR SERÁ ENTREGADO AL ASEGURADO. PARA EFECTOS DE LA PRESENTE COBERTURA SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE COMO EL ESTADO DE INVALIDEZ QUE LE SOBREVenga A UN ASEGURADO POR LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES INCURABLES SIEMPRE QUE SE ENCUENTRE CUBIERTO POR LA PRESENTE COBERTURA Y QUE LE IMPIDA EN FORMA TOTAL Y DE POR VIDA DESARROLLAR ACTIVIDADES LUCRATIVAS POR SUS PROPIOS MEDIOS ACORDE CON SU FORMACIÓN PERSONAL U OCUPACIÓN HABITUAL, DE LAS QUE PUDIERA DERIVAR SUSTENTO O GANANCIA, SIEMPRE QUE DICHA INCAPACIDAD HAYA DURADO POR UN PERÍODO CONTINUO NO MENOR DE 120 DÍAS Y NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO. SE REQUIERE QUE LA FECHA DE OCURRENCIA ESTÉ DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA PROCEDER CON EL PAGO DE LA SUMA ASEGURADA. SE CONSIDERA COMO FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN INDICADA POR EL ENTE CALIFICADOR. DICHA INCAPACIDAD PODRÁ SER DEMOSTRADA MEDIANTE DICTAMEN DE LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DONDE SE INDIQUE QUE EL ASEGURADO HA SUFRIDO UNA PÉRDIDA SUPERIOR AL 50% DE SU CAPACIDAD LABORAL. EL COSTO DE LOS HONORARIOS CUANDO SE ACUDE A LAS JUNTAS DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ SERÁ ASUMIDO POR EL ASEGURADO.

CUANDO EL ASEGURADO SUFRA UNA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN DE AMBOS OJOS, LA AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS O AMBOS PIES, O LA AMPUTACIÓN DE TODA UNA MANO Y TODO UN PIE, SE CONSIDERARÁN EVENTOS DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, POR LO QUE NO ES NECESARIO PRESENTAR DICTAMEN DE CALIFICACIÓN, EN SU REEMPLAZO SE DEBERÁ ENTREGAR LA HISTORIA CLÍNICA Y EXAMENES MÉDICOS QUE CERTIFIQUEN DICHA PERDIDA

PARA EFECTO DE ESTE AMPARO, SE CONSIDERA ASÍ:

- MANOS: AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN RADIOCARPIANA.
- PIES: AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN TIBIOTARCIANA.
- OJOS: PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS.

ESTA COBERTURA NO ES ACUMULABLE CON LA COBERTURA BÁSICA, POR LO TANTO, UNA VEZ ESTRUCTURADA LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, EL SEGURO TERMINARÁ AUTOMÁTICAMENTE.

1.2.2. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL. SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE, EL ASEGURADO FALLECE DENTRO DE LOS 365 DÍAS SIGUIENTES, BMI COLOMBIA PAGARÁ LA SUMA ESTIPULADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA SIEMPRE Y CUANDO NO HAYA CUMPLIDO LA EDAD ESTIPULADA EN EL CUADRO DE EDADES MÁXIMAS DE INGRESO O PERMANENCIA ESTABLECIDA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.

PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE ANEXO, SE ENTIENDE POR ACCIDENTE, TODO SUCESO EXTERNO, VIOLENTO, IMPREVISTO Y REPENTINO, QUE PRODUZCA PÉRDIDA, LESIÓN ORGÁNICA O PERTURBACIÓN FUNCIONAL DE LAS ESTABLECIDAS POR EL PRESENTE ANEXO, QUE NO HAYAN SIDO PROVOCADAS DELIBERADAMENTE O POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO Y QUE NO CONSTITUYA UNO DE LOS HECHOS PREVISTOS COMO EXCLUSIÓN.

1.2.3. BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL. SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE, EL ASEGURADO LLEGARA A PRESENTAR LA PÉRDIDA FUNCIONAL O ANATÓMICA DE UNO DE SUS MIEMBROS U ÓRGANOS, O AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA DENTRO DE LOS 365 DÍAS SIGUIENTES AL ACCIDENTE, BMI COLOMBIA PAGARÁ LA SUMA ESTIPULADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA SIEMPRE Y CUANDO NO HAYA CUMPLIDO LA EDAD ESTIPULADA EN EL CUADRO DE EDADES MÁXIMAS DE INGRESO O PERMANENCIA ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.

LA OCURRENCIA DE CUALQUIER PÉRDIDA ESPECÍFICA POR LA CUAL HAYA DE PAGARSE EL 100% DE LA INDEMNIZACIÓN BAJO ESTE ANEXO, CAUSARÁ LA TERMINACIÓN DE LA COBERTURA BAJO ESTE ANEXO. SI SUFRIERE MÁS DE UNA PERDIDA A CAUSA DE UN MISMO ACCIDENTE, LA CANTIDAD A PAGARSE NO EXCEDERÁ DEL 100% DE LA SUMA ASEGURADA EXPRESADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.

SI SOBREVIENE LA MUERTE DESPUÉS DE HABERSE PAGADO CUALQUIERA DE LAS INDEMNIZACIONES ANTES MENCIONADAS, DICHA SUMA SE CONSIDERARÁ COMO PARTE DE LA INDEMNIZACIÓN POR LA PÉRDIDA DE LA VIDA Y BMI COLOMBIA SOLO ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR LA DIFERENCIA HASTA COMPLETAR EL 100% DEL CAPITAL ASEGURADO EXPRESADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.

PARA LOS EFECTOS DE LA PRESENTE COBERTURA, SE ENTIENDE POR ACCIDENTE, TODO SUCESO EXTERNO, VIOLENTO, IMPREVISTO Y REPENTINO, QUE PRODUZCA PÉRDIDA, LESIÓN ORGÁNICA O PERTURBACIÓN FUNCIONAL DE LAS ESTABLECIDAS POR EL PRESENTE ANEXO, QUE NO HAYAN SIDO PROVOCADAS DELIBERADAMENTE O POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO Y QUE NO CONSTITUYA UNO DE LOS HECHOS PREVISTOS COMO EXCLUSIÓN.

PARA ESTA COBERTURA, SE ENTIENDE POR PÉRDIDA DE LA MANO, LA AMPUTACIÓN QUE SE VERIFIQUE A LA ALTURA DE LA MUÑECA O POR ENCIMA DE ELLA, Y POR PÉRDIDA DEL PIE, LA AMPUTACIÓN QUE SE VERIFIQUE A LA ALTURA DEL TOBILLO O POR ENCIMA DE ÉL.

EL PORCENTAJE INDEMNIZADO POR DIFERENTES PÉRDIDAS ESPECIFICADAS EN LA TABLA, EL VALOR TOTAL DEL PAGO NO PODRÁ EXCEDER EL 100% DEL VALOR ASEGURADO EN ESTA COBERTURA.

LAS INDEMNIZACIONES PAGADAS POR LA PÉRDIDA DE DEDOS SE DEDUCIRÁN DE CUALQUIER PAGO QUE SE HICIESE POR CONCEPTO DE LA PÉRDIDA DE LA MANO O EL PIE RESPECTIVO.

TABLA DE INDEMNIZACIONES

CLASE DE PÉRDIDA	% DE LA SUMA A PAGAR
CEGUERA COMPLETA EN AMBOS OJOS	100%
LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE O INHABILITACIÓN FUNCIONAL TOTAL Y PERMANENTE DE AMBOS PIES O AMBAS MANOS	100%
SORDERA TOTAL BILATERAL	100%
ENAJENACIÓN MENTAL INCURABLE CON IMPOTENCIA FUNCIONAL ABSOLUTA	100%
PÉRDIDA DEL HABLA	100%
PÉRDIDA O INHABILITACIÓN FUNCIONAL TOTAL Y PERMANENTE DE UN BRAZO O DE UNA MANO O DE UN PIE	60%
PÉRDIDA COMPLETA DE LA VISIÓN DE UN OJO	60%
SORDERA TOTAL UNILATERAL	50%
PÉRDIDA O INHABILITACIÓN FUNCIONAL TOTAL Y PERMANENTE DE UNA PIERNA POR ENCIMA DE LA RODILLA	50%
PÉRDIDA COMPLETA O INHABILITACIÓN FUNCIONAL TOTAL Y PERMANENTE DEL USO DE LA CADERA	30%
FRACTURA NO CONSOLIDADA DE UNA PIERNA	30%
PÉRDIDA O INHABILITACIÓN FUNCIONAL TOTAL Y PERMANENTE DEL DEDO PULGAR DERECHO	25%
PÉRDIDA TOTAL O INHABILITACIÓN FUNCIONAL TOTAL Y PERMANENTE DE TRES DEDOS DE LA MANO (DERECHA O IZQUIERDA) O PULGAR Y OTRO DEDO QUE NO SEA EL ÍNDICE	25%
PÉRDIDA COMPLETA O INHABILITACIÓN FUNCIONAL TOTAL Y PERMANENTE DEL USO DEL HOMBRO DERECHO	25%
COMO MÁXIMA INDEMNIZACIÓN POR TRASTORNOS EN LA MASTICACIÓN Y HABLA	25%
PÉRDIDA O INHABILITACIÓN FUNCIONAL TOTAL Y PERMANENTE DEL DEDO PULGAR	25%
PÉRDIDA COMPLETA O INHABILITACIÓN FUNCIONAL TOTAL Y PERMANENTE DEL USO DE LA MUÑECA O DEL CODO DERECHO	20%
PÉRDIDA COMPLETA O INHABILITACIÓN FUNCIONAL TOTAL Y PERMANENTE DEL USO DE ALGUNA RODILLA	20%
FRACTURA NO CONSOLIDADA DE UNA RODILLA	20%
PÉRDIDA O INHABILITACIÓN FUNCIONAL TOTAL Y PERMANENTE DEL DEDO ÍNDICE DERECHO O IZQUIERDO	15%
PÉRDIDA O INHABILITACIÓN FUNCIONAL TOTAL Y PERMANENTE DEL USO DE LA MUÑECA O DEL CODO DERECHO O IZQUIERDO	15%
PÉRDIDA COMPLETA O INHABILITACIÓN FUNCIONAL TOTAL Y PERMANENTE DEL USO DEL TOBILLO	15%
PÉRDIDA COMPLETA O INHABILITACIÓN FUNCIONAL TOTAL Y PERMANENTE DEL DEDO ANULAR DERECHO O IZQUIERDO	10%
PÉRDIDA COMPLETA O INHABILITACIÓN FUNCIONAL TOTAL Y PERMANENTE DEL DEDO MEDIO DERECHO O IZQUIERDO	10%
PÉRDIDA COMPLETA O INHABILITACIÓN FUNCIONAL TOTAL Y PERMANENTE DEL DEDO GORDO DE ALGUNO DE LOS PIES	8%
PÉRDIDA COMPLETA O INHABILITACIÓN FUNCIONAL TOTAL Y PERMANENTE DEL DEDO MEÑIQUE DERECHO O IZQUIERDO	7%

PÉRDIDA COMPLETA O INHABILITACIÓN FUNCIONAL TOTAL Y PERMANENTE DE UNA FALANGE DE CUALQUIER DEDO	5%
---	----

EL TOTAL DE LA SUMA DE INDEMNIZACIONES PROVENIENTES DE DESMEMBRACIONES POR UNO O MÁS ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA, EN NINGÚN CASO, EXCEDERÁ DEL CIENTO POR CIENTO (100%) DEL VALOR ASEGURADO DE LA SUMA PRINCIPAL ASEGURADA, RAZÓN POR LA CUAL, SI POR BENEFICIOS DE DESMEMBRACIÓN SE HA PAGADO EL TOTAL DEL VALOR ASEGURADO, EL SEGURO TERMINARÁ AUTOMÁTICAMENTE.

1.2.4. ENFERMEDADES GRAVES. CUANDO EN VIGENCIA DE LA PÓLIZA, AL ASEGURADO LE SEA DIAGNOSTICADA MÉDICAMENTE POR PRIMERA VEZ CUALQUIERA DE LAS ENFERMEDADES QUE SE MENCIONAN EN ESTE SUBNUMERAL, LA ASEGURADORA PAGARÁ AL ASEGURADO POR UNA ÚNICA VEZ LA SUMA ESTIPULADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA; EFECTUADO EL PAGO ESTA COBERTURA TERMINARÁ. ESTE AMPARO NO ES ACUMULABLE CON EL AMPARO BÁSICO, NI CON LAS DEMÁS COBERTURAS OPCIONALES QUE SE LLEGAREN A CONTRATAR, POR LO TANTO, TODA SUMA PAGADA O PAGADERA A CAUSA ESTA COBERTURA OPCIONAL, DISMINUIRÁ EL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO BÁSICO, ASÍ COMO EL VALOR ASEGURADO DE CUALQUIER OTRA COBERTURA OPCIONAL CONTRATADA. EL TOTAL DE LA SUMA INDEMNIZABLE PROVENIENTE DE ESTA COBERTURA OPCIONAL EN NINGÚN CASO EXCEDERÁ DEL CIENTO POR CIENTO (100%) DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO BÁSICO DE VIDA, RAZÓN POR LA CUAL, SI POR ESTA COBERTURA OPCIONAL SE HA PAGADO EL TOTAL DEL VALOR ASEGURADO, EL SEGURO TERMINARÁ AUTOMÁTICAMENTE.

ESTA COBERTURA OPCIONAL TIENE UN PERÍODO DE CARENCIA DE 90 DÍAS, LUEGO SI CUALQUIERA DE LAS ENFERMEDADES QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN SE DIAGNOSTICAN DENTRO DE LOS PRIMEROS 90 DÍAS DE COBERTURA, NO HABRÁ LUGAR A INDEMNIZACIÓN:

- **CÁNCER.** ES AQUEL CÁNCER QUE NO HA SIDO DIAGNOSTICADO NI HA RECIBIDO TRATAMIENTO CON ANTERIORIDAD A LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA. SE ENTIENDE POR CÁNCER, LA ENFERMEDAD QUE SE MANIFIESTA POR LA PRESENCIA DE UN TUMOR MALIGNO, CARACTERIZADO POR ALTERACIONES CELULARES MORFOLÓGICAS Y CROMOSÓMICAS, CRECIMIENTO Y EXPANSIÓN INCONTROLADO Y LA INVASIÓN LOCAL Y DESTRUCCIÓN DIRECTA DE TEJIDOS, O METÁSTASIS; O GRANDES NÚMEROS DE CÉLULAS MALIGNAS EN LOS SISTEMAS LINFÁTICOS O CIRCULATORIOS. INCLUYE ENTRE ELLOS LOS DIVERSOS TIPOS DE LEUCEMIA (EXCEPTO LA LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA), LOS LINFOMAS Y LA ENFERMEDAD DE HODGKIN, PERO EXCLUYE CÁNCERES NO INVASIVOS IN SITU, TUMORES CON LA PRESENCIA DE CUALQUIER VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y CUALQUIER CÁNCER DE PIEL CON EXCEPCIÓN DEL MELANOMA MALIGNO. EL DIAGNÓSTICO DEBERÁ SER REALIZADO POR UN MÉDICO ONCÓLOGO, BASADO EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE Y CONFIRMADO POR UN DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO DE BIOPSIA QUE CERTIFIQUE POSITIVAMENTE LA PRESENCIA DE UN CÁNCER. SERÁ REQUISITO LA PRESENTACIÓN DE UN INFORME HISTOPATOLÓGICO POR ESCRITO.
- **CÁNCER IN SITU.** SE DEFINE COMO CÁNCER IN SITU TODO CÁNCER O TUMOR MALIGNO SIN EVIDENCIA DE INVASIÓN, ES DECIR EL CÁNCER DIAGNOSTICADO O TODO TUMOR CON CLASIFICACIÓN TN0M0. TODO VALOR INDEMNIZADO POR ESTA COBERTURA SERÁ DEDUCIDO DEL VALOR ASEGURADO EN EL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES.

BAJO EL PRESENTE AMPARO SE DARÁ COBERTURA A CÁNCER INSITU DE SENO, MATRIZ, PRÓSTATA Y PIEL. ESTA COBERTURA OPERA COMO ANTICIPO DE LA SUMA ASEGURADA DE ENFERMEDADES GRAVES, Y DE ACUERDO CON EL MONTO MÁXIMO ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO DICHA COBERTURA ESTÉ MENCIONADA Y OTORGADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

- **INFARTO DEL MIOCARDIO.** LA ENFERMEDAD QUE CONSISTE EN LA OCLUSIÓN PERMANENTE O TRANSITORIA DEL TRONCO PRINCIPAL O DE UNA RAMIFICACIÓN IMPORTANTE DE LAS ARTERIAS CORONARIAS QUE APORTAN SANGRE AL MÚSCULO CARDÍACO A CONSECUENCIA DE HIPOXIA AGUDA, EL CUAL, POR FALTA DE DICHA NUTRICIÓN A LA ZONA, PRODUCE UNA NECROSIS. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER INEQUÍVOCO Y RESPALDADO POR UNO CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES:
 - UNA HOSPITALIZACIÓN CUYO REGISTRO INDIQUE UN INFARTO DEL MIOCARDIO DENTRO DE UN PLAZO DE VEINTICUATRO (24) HORAS ANTES DE DICHA HOSPITALIZACIÓN.
 - UN HISTORIAL DEL TÍPICO DOLOR DE PECHO, INDICATIVO DE UNA ENFERMEDAD CARDIACA ISQUÉMICA.
 - CAMBIOS NUEVOS Y RELEVANTES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA EGG.
 - AUMENTO DE LAS ENZIMAS CARDÍACAS POR SOBRE LOS VALORES NORMALES.
- **ENFERMEDAD DE LAS CORONARIAS QUE REQUIERE CIRUGÍA.** ES EL ESTRECHAMIENTO O BLOQUEO DE DOS O MÁS ARTERIAS CORONARIAS QUE REQUIEREN SER CORREGIDAS, POR MEDIO DE UNA REVASCULARIZACIÓN BYPASS, REALIZADA POSTERIORMENTE A LOS SÍNTOMAS DE ANGINA DE PECHO. SE EXCLUYE DE ESTA DEFINICIÓN, LA ANGIOPLASTIA DE GLOBO, TRATAMIENTOS POR LÁSER Y OTRAS TÉCNICAS INVASIVAS QUE NO REQUIEREN CIRUGÍA. ESTE BENEFICIO SERÁ ABONADO POR BMI COLOMBIA AL ASEGURADO DESPUÉS DE HABERSE EFECTUADO LA OPERACIÓN.
- **ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO.** LA ENFERMEDAD QUE CONSISTE EN LA SUSPENSIÓN BRUSCA Y VIOLENTA DE LAS FUNCIONES CEREBRALES FUNDAMENTALES, QUE PRODUCE SECUELAS NEUROLÓGICAS QUE DURAN MÁS DE VEINTICUATRO (24) HORAS Y QUE SON DE NATURALEZA PERMANENTE. ESTO INCLUYE EL INFARTO DE TEJIDO CEREBRAL, LA HEMORRAGIA INTRACRANEAL O SUBARACNOIDEA, Y LA EMBOLIA DE UNA FUENTE EXTRACRANEAL. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER INEQUÍVOCO, COMPROBABLE POR TOMOGRAFÍA O RESONANCIA MAGNÉTICA, PRUEBAS DE DISFUNCIÓN NEUROLÓGICA PERMANENTE E IRREVERSIBLES Y RESPALDADO POR UNA HOSPITALIZACIÓN CUYO REGISTRO INDIQUE UNA APOPLEJÍA CEREBRAL DENTRO DE UN PLAZO DE VEINTICUATRO (24) HORAS ANTES DE DICHA HOSPITALIZACIÓN. SE EXCLUYEN LOS TRASTORNOS VASCULARES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS Y LENTAMENTE REVERSIBLES.
- **INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA BILATERAL.** LA ENFERMEDAD QUE SE PRESENTA, EN SU ETAPA FINAL, COMO EL ESTADO CRÓNICO E IRREVERSIBLE DEL FUNCIONAMIENTO DE AMBOS RIÑONES, COMO CONSECUENCIA DE LA CUAL SE HACE NECESARIA REGULARMENTE LA DIÁLISIS RENAL. ESTE BENEFICIO SERÁ ABONADO POR BMI COLOMBIA AL ASEGURADO COMPROBADO EL EFECTIVO INICIO DEL TRATAMIENTO DE DIÁLISIS.
- **INSUFICIENCIA HEPÁTICA CRÓNICA.** LA FALLA DEL HÍGADO EN ETAPA TERMINAL CON ICTERICIA, DANDO COMO RESULTADO YA SEA ASCITIS O ENCEFALOPATÍA CRECIENTE Y QUE EN OPINIÓN DEL MÉDICO DE BMI COLOMBIA, NO MEJORARÁ.
- **TRASPLANTE DE ÓRGANOS MAYORES.** EL QUE SE REALIZA AL ASEGURADO COMO RECEPTOR DEL TRASPLANTE DE UN ÓRGANO QUE PUEDE SER CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES: CORAZÓN, PULMÓN, HÍGADO, RIÑÓN, MÉDULA ÓSEA O PÁNCREAS O INTESTINO DELGADO, SIEMPRE Y CUANDO EL ÓRGANO DEL ASEGURADO ESTÉ O HAYA ESTADO LESIONADO O ENFERMO. SE EXCLUYE EL TRASPLANTE DE CUALQUIER OTRO ÓRGANO, PARTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS O CÉLULAS. SERÁ REQUISITO INDISPENSABLE PARA EL PAGO DEL BENEFICIO QUE EL ASEGURADO NOTIFIQUE PREVIAMENTE Y POR ESCRITO A BMI COLOMBIA EL HECHO DE SER DEFINIDO COMO CANDIDATO AL TRASPLANTE POR LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA O REGULADORA CORRESPONDIENTE Y ANTES QUE ÉSTE SE REALICE.

- **REEMPLAZO O REPARACIÓN DE LA VÁLVULA CARDÍACA.** CIRUGÍA DE CORAZÓN ABIERTO POR NECESIDAD MÉDICA PARA REEMPLAZAR O REPARAR UNA O MÁS VÁLVULAS CARDÍACAS A LA QUE SE SOMETE AL ASEGURADO.
- **CIRUGÍA DE ENFERMEDAD DE LA AORTA.** CIRUGÍA PARA LA ENFERMEDAD DE LA AORTA QUE NECESITA LA ESCISIÓN Y EL REEMPLAZO QUIRÚRGICO DE UNA PORCIÓN DE LA ENFERMEDAD AORTA CON UN INJERTO. PARA ESTA DEFINICIÓN, AORTA SIGNIFICA LA AORTA TORÁCICA Y ABDOMINAL, PERO NO SUS RAMAS.
- **ESCLEROSIS MÚLTIPLE.** LA ENFERMEDAD CUYO DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO REALIZADO POR UN NEURÓLOGO CONFIRMA AL MENOS ANOMALÍAS MODERADAS NEUROLÓGICAS PERSISTENTES, CONSISTENTES CON LA INCAPACIDAD DE FUNCIONES, PERO LAS QUE NO LLEVEN NECESARIAMENTE AL ASEGURADO A UNA SILLA DE RUEDAS EN FORMA PERMANENTE. ESTA ENFERMEDAD SE CARACTERIZA POR ZONAS DE TEJIDOS ENDURECIDOS DEL CEREBRO O DE LA MÉDULA ESPINAL MANIFESTADA POR PARÁLISIS PARCIAL O COMPLETA, PARESTESIA, Y/O NEURITIS ÓPTICA. SE CARACTERIZA MÁS ALLÁ POR EPISODIOS DE EXACERBACIÓN O REMISIÓN. EL DIAGNÓSTICO RADICA EN EL HISTORIAL Y EXÁMENES FÍSICOS Y EL ANÁLISIS DEL LÍQUIDO CEREBROESPINAL. UN EPISODIO ANTERIOR O UN EPISODIO ÚNICO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE NO SERÁ UNA ESCLEROSIS MÚLTIPLE PARA EFECTOS DE ESTE BENEFICIO. EN NINGÚN CASO BMI COLOMBIA PAGARÁ UNA PÉRDIDA BAJO ESTE BENEFICIO SI EL PRIMER EPISODIO OCURRIÓ ANTES DE LA FECHA EFECTIVA DE ESTE ANEXO.
- **QUEMADURAS GRAVES.** COMPRENDE LAS QUEMADURAS DE TERCER (3ER) GRADO QUE ABARQUEN A LO MENOS EL VEINTE POR CIENTO (20%) DE LA SUPERFICIE CORPORAL TOTAL, MEDIDAS POR LA REGLA DE LOS NUEVE (9) DE LA CARTA DE SUPERFICIE CORPORAL DE LUND Y BROWDER, DIAGNOSTICADA POR MÉDICO ESPECIALISTA.
- **ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.** UN DIAGNÓSTICO CLÍNICO ESTABLECIDO DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER QUE ORIGINE INCAPACIDAD PARA LLEVAR A CABO EN FORMA INDEPENDIENTE TRES O MÁS DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA:
 - A) TRASLADARSE O DESPLAZARSE: CAPACIDAD PARA DESPLAZARSE DE UNA HABITACIÓN A OTRA CONTIGUA, O DE UN LADO A OTRO DE LA MISMA HABITACIÓN, SENTARSE O LEVANTARSE DE UNA SILLA, RECOSTARSE O INCORPORARSE EN LA CAMA SIN QUE SE REQUIERA LA ASISTENCIA FÍSICA DE OTRA PERSONA.
 - B) CONTINENCIA: CAPACIDAD DE EJERCER EL CONTROL VOLUNTARIO DE LA EXCRECIÓN INTESTINAL O DE LA VEJIGA, DE TAL MODO QUE SE PUEDA MANTENER LA HIGIENE PERSONAL.
 - C) VESTIRSE: PONERSE Y QUITARSE TODAS LAS PRENDAS QUE SE UTILIZAN EN EL VESTIDO SIN REQUERIR LA ASISTENCIA DE OTRA PERSONA.
 - D) ASEO PERSONAL: ENTRAR Y SALIR DEL TOCADOR Y USAR LA DUCHA O EL INODORO COMO PARTE DEL ASEO PERSONAL.
 - E) ALIMENTACIÓN: SE REFIERE A LA POSIBILIDAD DE LLEVAR A CABO LAS ACCIONES EN LA INGESTIÓN DE LOS ALIMENTOS UNA VEZ PREPARADOS.
- **ESTADO DE COMA.** ESTADO DE INCONCIENCIA SIN REACCIÓN DE ESTÍMULOS EXTERNOS O NECESIDADES INTERNAS QUE, PERSISTIENDO CONTINUAMENTE CON EL USO DE SISTEMAS DE SOPORTE DE VIDA POR UN PERIODO DE AL MENOS 96 HORAS Y RESULTANTE EN DÉFICIT NEUROLÓGICO PERMANENTE, EL ESTADO DE COMA DEBIDO AL USO DE ALCOHOL O DROGAS NO ESTÁ CUBIERTO.
- **ENFERMEDAD DE PARKINSON.** CONFIRMACIÓN DE UN DIAGNÓSTICO DEFINITIVO POR UN NEURÓLOGO. LA ENFERMEDAD DE PARKINSON DEBIDO AL USO DE DROGAS O ALCOHOL NO ESTÁ CUBIERTA.
- **ANEMIA APLÁSICA.** DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE FALLA MEDULAR CRÓNICA PERSISTENTE, CONFIRMADO POR BIOPSIA, QUE RESULTA EN ANEMIA, NEUTROPENIA Y TROMBOCITOPENIA SE

REQUIERE DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO DE ANEMIA APLÁSICA POR PARTE DE UN ESPECIALISTA (HEMATÓLOGO) Y QUE HAYA REQUERIDO PARA SU TRATAMIENTO, EL TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA.

- **TRAUMATISMO MAYOR DE CABEZA.** TRAUMA MAYOR DE LA CABEZA CON UN DÉFICIT NEUROLÓGICO PERMANENTE CON SÍNTOMAS CLÍNICOS PERSISTENTES. 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. LA LESIÓN CEREBRAL DEBE SER CAUSADA EXCLUSIVA Y DIRECTAMENTE POR UNA CAUSA EXTERNA, SÚBITA, FORTUITA Y VIOLENTA.
- **SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRE.** SE PRESENTA CUANDO OCURRE UNA PARÁLISIS QUE EMPIEZA A EXTENDERSE DESDE ALGUNA EXTREMIDAD HACIA OTRAS PARTES DEL CUERPO. ESTAS CONDICIONES DEBEN SER DOCUMENTADAS MÉDICAMENTE POR AL MENOS TRES (3) MESES DESPUÉS DE SU DIAGNÓSTICO MEDIANTE ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES EXÁMENES: PUNCIÓN LUMBAR, ELECTROMIOGRAFÍA O ESTUDIOS DE CONDUCCIÓN NERVIOSA.
- **ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA).** DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO DE ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA 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 TALES COMO LA ATROFIA MUSCULAR Y LA DEBILIDAD E INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRECIENTE. 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 (2) 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, LAS ELECTROMIOGRAFÍAS (EMG) Y LOS ANÁLISIS DE CONDUCCIÓN NERVIOSA (NVC).
- **DEMENCIA.** DIAGNÓSTICO CLÍNICO INEQUÍVOCO DE ENFERMEDAD DE DEMENCIA DADO POR UNA ENFERMEDAD PROGRESIVA DEGENERATIVA DEL CEREBRO QUE SE CARACTERIZA POR UNA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD INTELECTUAL LA CUAL DEBE SER CONFIRMADA POR UN NEURÓLOGO O UN PSIQUIATRA. EL ASEGURADO DEBE PRESENTAR ALTERACIONES DE LA MEMORIA, EL RAZONAMIENTO Y LA CAPACIDAD DE PERCIBIR, COMPRENDER, EXPRESAR O DAR EFECTO A LAS IDEAS. LA RECLAMACIÓN SÓLO SERÁ PROCEDENTE SI LA ENFERMEDAD HA ALCANZADO EL PUNTO DONDE HAY SÍNTOMAS CLÍNICOS PERMANENTES. LA ENFERMEDAD DEBE PRODUCIR COMO RESULTADO UNA INCAPACIDAD PERMANENTE DE REALIZAR INDEPENDIENTEMENTE TRES O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA SE CONSIDERAN: BAÑARSE (CAPACIDAD DE TOMAR UN BAÑO O DUCHARSE), VESTIRSE Y DESVESTIRSE, HIGIENE PERSONAL (CAPACIDAD DE USAR EL LAVATORIO Y MANTENER UN NIVEL RAZONABLE DE HIGIENE), MOVILIDAD (CAPACIDAD DE DESPLAZARSE AL INTERIOR DE UN MISMO NIVEL O PISO), CONTINENCIA (CONTROL SOBRE LOS ESFÍNTERES), COMER/ BEBER (CAPACIDAD DE ALIMENTARSE POR SÍ MISMO, PERO NO DE PREPARAR LA COMIDA) O CAUSAR POSTRACIÓN E INCAPACIDAD PARA LEVANTARSE SIN ASISTENCIA DE TERCERAS PERSONAS. ESTAS CONDICIONES DEBEN ESTAR MÉDICAMENTE DOCUMENTADAS POR LO MENOS DURANTE 3 MESES.
- **LUPUS.** ES UNA ENFERMEDAD AUTOINMUNE EN LA QUE EL SISTEMA INMUNOLÓGICO CREA ANTICUERPOS QUE ATACAN VARIOS TEJIDOS DEL ORGANISMO, PROVOCANDO INFLAMACIÓN Y DAÑO EN EL TEJIDO. LA PIEL, ARTICULACIONES Y MÚSCULOS SE VEN HABITUALMENTE AFECTADOS.

- **PARÁLISIS.** SE PRESENTA CUANDO OCURRE LA PÉRDIDA TOTAL E IRREVERSIBLE DEL USO DE DOS O MÁS EXTREMIDADES DEBIDA A PARÁLISIS SECUNDARIA A ENFERMEDAD O A ACCIDENTE DE LA MÉDULA ESPINAL. ESTAS CONDICIONES DEBEN SER DOCUMENTADAS MÉDICAMENTE AL MENOS TRES (3) MESES DESPUÉS DE SU DIAGNÓSTICO. SE EXCLUYE LA PARÁLISIS DEBIDA A LESIONES AUTO-INFRINGIDAS, CONDICIONES O TRASTORNOS DE NATURALEZA TEMPORAL O PARÁLISIS PARCIAL.
- **CEGUERA TOTAL:** COMPRENDE LA PÉRDIDA COMPLETA DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS, OCASIONADO POR ENFERMEDADES OCULARES, LESIONES TRAUMÁTICAS, , QUE PARA EFECTOS DE LA PÓLIZA SE CONSIDERA UNA ENFERMEDAD GRAVE, EL DIAGNOSTICO DEBE SER REALIZADO POR UN MÉDICO OFTALMÓLOGO, BASADO EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE Y SOPORTADO A TRAVÉS DE EXÁMENES MÉDICOS.
- **SORDERA TOTAL:** COMPRENDE LA PÉRDIDA COMPLETA E IRREPARABLE DE LA AUDICIÓN EN AMBOS OÍDOS, OCASIONADO POR ENFERMEDADES O LESIONES TRAUMÁTICAS, QUE PARA EFECTOS DE LA PÓLIZA SE CONSIDERA UNA ENFERMEDAD GRAVE, EL DIAGNOSTICO DEBE SER REALIZADO POR UN MÉDICO OTORRINOLARINGÓLOGO, BASADO EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE Y SOPORTADO A TRAVÉS DE EXÁMENES MÉDICOS.
- **VIH Y SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA):** ENFERMEDAD GENERADA POR EL DAÑO QUE EL VIH PRODUCE EN EL SISTEMA INMUNITARIO HUMANO. PARA LOS FINES DE LA PRESENTE PÓLIZA, SE CUBRE AL ASEGURADO QUE HAYA CONTRAÍDO EL VIH DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO Y UNA VEZ SUPLIDO EL PERIODO DE CARENIA ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, TENGA UN RECUENTO ABSOLUTO DE CÉLULAS T CD4 MENOR A 200 POR MILÍMETRO CÚBICO Y SE ENCUENTRE EN ESTADO DE INFECCIÓN DE CATEGORÍA C, PRESENTANDO COMPLICACIONES POR INFECCIONES OPORTUNISTAS DE MAYOR IMPORTANCIA (NIVEL PULMONAR, CEREBRAL, SEPTICEMIA) O LA PRESENCIA DE LINFOMA O SARCOMA DE KAPOSÍ.
- **TUMOR BENIGNO CEREBRAL:** SE DEFINE COMO UN CRECIMIENTO ANORMAL DE CÉLULAS EN EL CEREBRO QUE NO ES CANCEROSO, Y QUE POSTERIOR A SU TRATAMIENTO GENERE PROBLEMAS A SUS FUNCIONES NEUROLÓGICAS. PARA LOS FINES DE LA PRESENTE PÓLIZA, SE EXCLUYE LA COBERTURA DE TUMORES O LESIONES DERIVADOS DE LA HIPÓFISIS.
- **PÉRDIDA TOTAL DEL HABLA:** ES UNA ENFERMEDAD CARACTERIZADA POR LA INCAPACIDAD TOTAL HABLAR, TAMBIÉN CONOCIDA COMO AFASIA. DEBIDO A UN DAÑO EN LAS ÁREAS DEL CEREBRO RESPONSABLES DEL LENGUAJE, ESTA CONDICIÓN PUEDE SER RESULTADO DE UN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR, UN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO, UN TUMOR CEREBRAL, O UNA ENFERMEDAD NEURODEGENERATIVA.
- **PARAPLEJIA, HEMIPLEJIA:** SE DEFINE COMO LA PERDIDA DE LA FUNCIÓN MOTORA QUE PRODUCE INCAPACIDAD PARA MOVERSE O PARÁLISIS, CAUSADA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE, AFECTANDO DOS (2) O MÁS EXTREMIDADES. PUEDE MANIFESTARSE COMO HEMIPLEJÍA (PARÁLISIS DE UN LADO DEL CUERPO) O PARAPLEJÍA (PARÁLISIS DE LA PARTE INFERIOR DEL CUERPO), SIEMPRE Y CUANDO SEA IRREVERSIBLE E IRREPARABLE.
- **PÉRDIDA DE EXTREMIDADES:** SE REFIERE A LA AMPUTACIÓN O PÉRDIDA FUNCIONAL COMPLETA DE UNA O MÁS EXTREMIDADES (BRAZOS O PIERNAS) COMO RESULTADO DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD. ESTA CONDICIÓN DEBE SER IRREVERSIBLE Y CAUSAR UNA DISCAPACIDAD PERMANENTE QUE AFECTE LA CAPACIDAD DEL ASEGURADO PARA REALIZAR ACTIVIDADES DIARIAS Y LABORALES, PARA QUE LA PÉRDIDA DE EXTREMIDADES SEA CUBIERTA COMO UNA ENFERMEDAD GRAVE EN UNA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA, GENERALMENTE DEBE CUMPLIR CON LOS SIGUIENTES CRITERIOS:

- MANOS: AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN RADIOCARPIANA.
- PIES: AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN TIBIOTARCIANA

- **ENFERMEDAD DE VON WILLEBRAND:** ES UN TRASTORNO HEMORRÁGICO HEREDITARIO QUE AFECTA LA CAPACIDAD DE COAGULACIÓN DE LA SANGRE. ES CAUSADA POR LA DEFICIENCIA O DISFUNCIÓN DEL FACTOR VON WILLEBRAND, UNA PROTEÍNA ESENCIAL PARA LA COAGULACIÓN. LAS PERSONAS CON ESTA ENFERMEDAD PUEDEN EXPERIMENTAR HEMORRAGIAS PROLONGADAS, MORETONES FÁCILES, SANGRADO NASAL FRECUENTE Y, EN LAS MUJERES, MENSTRUACIONES ABUNDANTES

- **HEMOFILIA TIPO A:** ES UN TRASTORNO HEMORRÁGICO HEREDITARIO CAUSADO POR LA DEFICIENCIA DEL FACTOR VIII DE COAGULACIÓN. ESTA CONDICIÓN IMPIDE QUE LA SANGRE COAGULE ADECUADAMENTE, LO QUE PUEDE RESULTAR EN HEMORRAGIAS PROLONGADAS O ESPONTÁNEAS, ESPECIALMENTE EN LAS ARTICULACIONES Y MÚSCULOS.

NOTA: PARA LOS CASOS DE DIAGNÓSTICOS PASADOS DE ENFERMEDAD GRAVE DE CANCER O ENFERMEDAD ONCOLÓGICA O TUMORES DESCRITA EN LOS TÉRMINOS DE LA PRESENTE CLÁUSULA, NO SE ENTENDERÁN EXCLUIDAS CUANDO HAYAN TRANSCURRIDO POR LO MENOS 4 AÑOS CONTRADOS DESDE EL FINAL DE SU TRATAMIENTO.

- 1.2.5. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE.** SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD CUBIERTA, EL ASEGURADO SE VIERA PRECISADO A INTERNARSE EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA LEGALMENTE CONSTITUIDA BAJO LA LEGISLACIÓN COLOMBIANA, PARA SOMETERSE A TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO BAJO EL CUIDADO Y SUPERVISIÓN DE UN MÉDICO LEGALMENTE RECONOCIDO POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES PARA EL DESEMPEÑO DE SU PROFESIÓN, BMI COLOMBIA PAGARÁ UNA INDEMNIZACIÓN DIARIA DURANTE EL TIEMPO QUE PERMANEZCA EL ASEGURADO EN EL HOSPITAL Y HASTA POR UN MÁXIMO DE 180 DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN CONTINUOS O DISCONTINUOS POR EVENTO/VIGENCIA. EL BENEFICIO DESCRITO ANTERIORMENTE APLICA PARA CADA ACCIDENTE O ENFERMEDAD UNA VEZ TRANSCURRIDO EL PERÍODO DE ESPERA Y EL DEDUCIBLE.

DEDUCIBLE: EN CASO DE QUE EL ASEGURADO REQUIERA HOSPITALIZACIÓN POR TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, SE APLICARÁ UN DEDUCIBLE DE 24 HORAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA CONTINUA EN EL HOSPITAL POR CADA ENFERMEDAD O ACCIDENTE AMPARADO.

PERÍODO DE ESPERA: 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA, EN CASO DE ENFERMEDAD; EN CASO DE UN ACCIDENTE AMPARADO NO SE APLICARÁ DICHO PERÍODO DE ESPERA, EL ASEGURADO ESTARÁ AMPARADO DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA.

- 1.2.6. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS UCI.** SI POR UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE, EL ASEGURADO REQUIERE HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS UCI EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA LEGALMENTE CONSTITUIDA BAJO LA LEGISLACIÓN COLOMBIANA PARA SOMETERSE A TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO BAJO EL CUIDADO Y SUPERVISIÓN DE UN MÉDICO LEGALMENTE RECONOCIDO POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES PARA EL DESEMPEÑO DE SU PROFESIÓN, BMI COLOMBIA PAGARÁ UN VALOR DIARIO DE ACUERDO AL PLAN CONTRATADO, HASTA POR UN MÁXIMO DE 15 DÍAS CONTINUOS O DISCONTINUOS POR EVENTO/VIGENCIA.

EL VALOR ASEGURADO A INDEMNIZAR POR ESTA COBERTURA SERÁ EL DOBLE AL OTORGADO BAJO LA COBERTURA DE RENTA CLÍNICA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE.

PERÍODO DE ESPERA: 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA, EN CASO DE ENFERMEDAD; EN CASO DE UN ACCIDENTE AMPARADO NO SE APLICARÁ DICHO PERÍODO DE ESPERA, EL ASEGURADO ESTARÁ AMPARADO DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA.

- 1.2.7. RENTA DIARIA POST HOSPITALARIA.** SI DESPUÉS DE LA SALIDA DE LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA A CAUSA DE UNA HOSPITALIZACIÓN SUPERIOR A 24 HORAS BAJO EL CUIDADO Y SUPERVISIÓN DE UN MÉDICO LEGALMENTE RECONOCIDO POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES, EL ASEGURADO CONTINÚA INCAPACITADO, BMI COLOMBIA RECONOCERÁ UN VALOR DIARIO DE ACUERDO AL PLAN CONTRATADO, HASTA POR UN MÁXIMO DE 15 DÍAS CONTINUOS O DISCONTINUOS POR EVENTO/VIGENCIA, DE ACUERDO CON LA INCAPACIDAD OTORGADA POR EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS), MEDICINA PREPAGADA, PLAN COMPLEMENTARIO O PÓLIZA DE SALUD.

PERÍODO DE ESPERA: 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA, EN CASO DE ENFERMEDAD; EN CASO DE UN ACCIDENTE AMPARADO NO SE APLICARÁ DICHO PERÍODO DE ESPERA, EL ASEGURADO ESTARÁ AMPARADO DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA.

- 1.2.8. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN CASA.** SI POR UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE EL ASEGURADO DEBE PERMANECER EN SU LUGAR DE DOMICILIO CON APARATOS MÉDICOS QUE LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA LE INSTALE Y CON REGISTRO CERTIFICADO DE VISITAS DIARIAS DEL MÉDICO TRATANTE Y/O ENFERMERA(S), BMI COLOMBIA PAGARÁ UN VALOR DIARIO DE ACUERDO CON EL PLAN CONTRATADO, HASTA POR UN MÁXIMO DE 10 DÍAS CONTINUOS O DISCONTINUOS POR EVENTO/VIGENCIA.

EL ASEGURADO DEBERÁ APORTAR CONCEPTO DEL MÉDICO TRATANTE, DEL EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS), ARL O MEDICINA PREPAGADA O PÓLIZA DE SALUD EN EL CUAL SE DETERMINE QUE DEBE SER HOSPITALIZADO EN SU LUGAR DE RESIDENCIA, POR LO QUE 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.

- 1.2.9. AUXILIO POR CIRUGÍA AMBULATORIA.** BAJO ESTE AMPARO BMI COLOMBIA OTORGA AL ASEGURADO, UN AUXILIO POR CIRUGÍA AMBULATORIA (INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA LEGALMENTE CONSTITUIDA BAJO LA LEGISLACIÓN COLOMBIANA QUE NO REQUIERE QUE EL PACIENTE SEA INTERNADO, INDEPENDIENTEMENTE DE QUE SEA CIRUGÍA MAYOR O CIRUGÍA MENOR) QUE SE ORIGINE COMO CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE QUE ESTE CUBIERTO POR LA PRESENTE PÓLIZA, UNA VEZ EL ASEGURADO DEMUESTRE MEDIANTE PRUEBAS MÉDICAS LA NECESIDAD DE DICHA CIRUGÍA, BMI COLOMBIA INDEMNIZARÁ POR UNA SOLA VEZ POR VIGENCIA POR ASEGURADO EL VALOR PACTADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DEL CONTRATO DEL SEGURO.

- 1.2.10. AUXILIO FUNERARIO.** EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO, DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, BMI COLOMBIA LE PAGARA LA SUMA ESTIPULADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.

- 1.2.11. AUXILIO PARA CANASTA FAMILIAR POR MUERTE.** EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO, DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, BMI COLOMBIA LE PAGARA LA SUMA ESTIPULADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA POR ESTA COBERTURA.

- 1.2.12. AUXILIO PARA CANASTA FAMILIAR POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.** EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO, DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, BMI COLOMBIA LE PAGARA LA SUMA ESTIPULADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA POR ESTA COBERTURA.

- 1.2.13. RESTABLECIMIENTO DE VALOR ASEGURADO POR ENFERMEDAD GRAVE.** LA SUMA ASEGURADA DEL AMPARO BÁSICO DE VIDA Y DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (ESTE ÚLTIMO EN CASO DE ADQUIRIRSE) SE RESTABLECE, Y SOLO POR UNA ÚNICA VEZ, AL 100% A LA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO HAYAN TRANSCURRIDO AL MENOS 120 DÍAS DESPUÉS DE LA FECHA DE DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD GRAVE.
- 1.2.14. AUXILIO DE GASTOS DE TRASLADO NACIONAL.** EN CASO DE QUE POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO PRINCIPAL EN UNA CIUDAD DIFERENTE A LA DE SU ÚLTIMA RESIDENCIA (DENTRO DEL TERRITORIO COLOMBIANO), SE REQUIERA DEL TRASLADO DE REGRESO DEL CUERPO, BMI COLOMBIA RECONOCERÁ A LOS BENEFICIARIOS UNA SUMA ADICIONAL, COMO AUXILIO, SIEMPRE Y CUANDO DEMUESTREN HABER SUFRAGADO ESTE GASTO.
- 1.2.15. AUXILIO PARA REPATRIACIÓN.** EN CASO QUE, POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO PRINCIPAL EN UN PAÍS DIFERENTE A LA DE SU ÚLTIMA RESIDENCIA, SE REQUIERA DE LA REPATRIACIÓN DEL CUERPO, BMI COLOMBIA RECONOCERÁ A LOS BENEFICIARIOS UNA SUMA ADICIONAL, COMO UN AUXILIO, SIEMPRE Y CUANDO DEMUESTREN HABER SUFRAGADO ESTE GASTO.
- 1.2.16. AUXILIO EDUCATIVO.** EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO PRINCIPAL, BMI COLOMBIA INDEMNIZA UNA SUMA ÚNICA ADICIONAL AL BÁSICO, COMO AUXILIO EDUCATIVO POR CADA HIJO MENOR DE 18 AÑOS, MÁXIMO TRES HIJOS.
- 1.2.17. AUXILIO DE NACIMIENTO.** BMI COLOMBIA INDEMNIZARÁ UNA SUMA ÚNICA COMO AUXILIO POR FUNCIONARIO (A) ASEGURADO (A) POR EL NACIMIENTO Y SUPERVIVENCIA DE UN HIJO O POR ADOPCIÓN LEGAL. EN CASO DE NACIMIENTO MÚLTIPLES SE INDEMNIZARÁ UNA ÚNICA SUMA. ESTA COBERTURA SE OTORGA PARA EMBARAZOS QUE HAYAN INICIADO DESPUÉS DE 30 DÍAS DE VIGENCIA EN LA PÓLIZA.
- 1.2.18. DESEMPLEO.** LA ASEGURADORA PAGARÁ POR CONCEPTO DEL BENEFICIO OTORGADO POR LA PRESENTE COBERTURA LA SUMA ESTIPULADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES PARTICULARES DURANTE EL TÉRMINO QUE DURE EN CONDICIÓN DE DESEMPLEO Y/O HASTA POR EL PERÍODO MÁXIMO DE INDEMNIZACIÓN, LO QUE OCURRA PRIMERO, EN CASO DE QUE UN ASEGURADO, SEA DESPEDIDO SIN JUSTA CAUSA, DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO AL RESPECTO EN LA LEGISLACIÓN LABORAL COLOMBIANA. EL MÁXIMO PERÍODO DE INDEMNIZACIÓN ES DE DOCE (12) MESES. EL VALOR ASEGURADO CORRESPONDE A LA CUOTA MENSUAL PACTADA POR CONCEPTO DE LA OBLIGACIÓN CONTRAÍDA CON UN MÁXIMO ESTABLECIDO.

SON CONDICIONES INDISPENSABLES Y CONCURRENTES PARA EL RECONOCIMIENTO DE ESTE AMPARO QUE:

- EL ASEGURADO TENGA UN CONTRATO DE TRABAJO A TÉRMINO INDEFINIDO O A TÉRMINO FIJO.
- EL ASEGURADO LLEVE MÁS DE SEIS (6) MESES CONTINUOS TRABAJANDO.
- EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN ESTADO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO.
- EL ASEGURADO CUMPLA CON UN PERÍODO DE ACTIVO MÍNIMO COMO DESEMPLEADO DE SEIS MESES DESDE LA FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA FECHA EN LA CUAL EL ASEGURADO PODRÁ REALIZAR LA RECLAMACIÓN DEL PAGO DEL SINIESTRO.
- EL ASEGURADO CUMPLA CON EL PERÍODO DE CARENCIA.

ADEMÁS DE LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CÓDIGO SUSTANTIVO DE TRABAJO COMO DESPIDO SIN JUSTA CAUSA, PARA LOS EFECTOS DE ESTE AMPARO ADICIONAL SE ENTIENDE COMO DESEMPLEO INVOLUNTARIO LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS.

- TODO DESPIDO NEGOCIADO EN DONDE SE CERTIFIQUE MEDIANTE LIQUIDACIÓN DEL TRABAJADOR EL PAGO DE BONIFICACIÓN POR CUALQUIER VALOR ADICIONAL A LA LIQUIDACIÓN DE LEY.
- TERMINACIÓN DEL CONTRATO A TÉRMINO FIJO ANTES DEL TÉRMINO INICIALMENTE ESTABLECIDO.
- DESPIDO A FUNCIONARIO DEL ESTADO DE LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCIÓN.
- CUALQUIER OTRA MODALIDAD DE DESPIDO SIN JUSTA CAUSA.

LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO OPERA ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE PARA LOS ASEGURADOS QUE TENGAN VIGENTE VÍNCULO LABORAL MEDIANTE CONTRATO ESCRITO DE TRABAJO A TÉRMINO FIJO IGUAL O SUPERIOR A SEIS (6) MESES, CONTRATO A TÉRMINO INDEFINIDO O QUE SEAN TRABAJADORES OFICIALES O EMPLEADOS PÚBLICOS CON VÍNCULO MEDIANTE CONTRATO LABORAL ESCRITO O NOMBRAMIENTO POR ACTO ADMINISTRATIVO A TÉRMINO INDEFINIDO

1.2.19. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL PARA INDEPENDIENTES. LA ASEGURADORA PAGARÁ POR CONCEPTO DEL BENEFICIO OTORGADO POR LA PRESENTE COBERTURA LA SUMA ESTIPULADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES PARTICULARES Y POR EL PERÍODO MÁXIMO DETERMINADO, SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD OCURRIDA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, UN ASEGURADO CUBIERTO POR EL PRESENTE SEGURO DEMUESTRE UNA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL MAYOR O IGUAL A 30 DÍAS CONTINUOS QUE CORRESPONDEN AL DEDUCIBLE, QUEDADO INHABILITADO PARA EJERCER SU OCUPACIÓN HABITUAL, EL TRABAJO O LABOR PROFESIONAL DE LA CUAL DERIVE SU SUSTENTO. EL MÁXIMO PERÍODO DE INDEMNIZACIÓN ES DE DOCE (12) MESES. EL VALOR ASEGURADO CORRESPONDE A LA CUOTA MENSUAL PACTADA POR CONCEPTO DE LA OBLIGACIÓN CONTRAÍDA CON UN MÁXIMO ESTABLECIDO

SON CONDICIONES INDISPENSABLES Y CONCURRENTES PARA EL RECONOCIMIENTO DE ESTE AMPARO QUE:

- EL ASEGURADO SEA UN TRABAJADOR INDEPENDIENTE, SIN VÍNCULO LABORAL O NOMBRAMIENTO ALGUNO COMO SERVIDOR PÚBLICO.
- LA INCAPACIDAD ESTÉ DEBIDAMENTE CERTIFICADA POR EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS), ARL O POR UN MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA OCUPACIONAL.
- QUE LA INCAPACIDAD TENGA UNA DURACIÓN SUPERIOR A TREINTA (30) DÍAS CORRIENTES CONTINUOS Y HASTA (365) DÍAS CORRIENTES CONTINUOS Y NO HAYA SIDO CAUSADA POR EL ASEGURADO.
- SI UN ASEGURADO PRESENTA UNA NUEVA INCAPACIDAD DE MÁS DE 30 DÍAS DENTRO DE LOS 60 DÍAS SIGUIENTES A LA PRIMERA INCAPACIDAD REPORTADA, ÉSTA SE TOMARÁ COMO PARTE DEL PRIMER EVENTO Y EN CONSECUENCIA, SE ACUMULARÁN LOS PAGOS GENERADOS ANTES DE LA RECAÍDA Y LOS QUE SURJAN COMO CONSECUENCIA DE LA MISMA.
- SI LA NUEVA INCAPACIDAD SUCEDE DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS 60 DÍAS DESDE LA PRIMERA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL REPORTADA, SE CONSTITUIRÁ COMO UN NUEVO EVENTO.

1.2.20. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL. BMI COLOMBIA CUBRE MEDIANTE EL PAGO DE LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO O EN LA CONDICIÓN PARTICULAR SEGÚN CORRESPONDA, HASTA POR 180 DÍAS, EL RIESGO DE INCAPACIDAD TOTAL

TEMPORAL, POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD NO PROFESIONAL, A PARTIR DEL DÍA TRES (3) Y POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD PROFESIONAL A PARTIR DEL DÍA DOS (2) DE INICIADA LA INCAPACIDAD.

LA COBERTURA TERMINARÁ CUANDO OCURRA UNO DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO YA NO ESTÉ INCAPACITADO PARA TRABAJAR DE ACUERDO CON LAS DEFINICIONES CONTENIDAS EN ESTA PÓLIZA; O
- EL DÍA 180 CONTADO A PARTIR DEL COMIENZO DE LA INCAPACIDAD LABORAL TOTAL TEMPORAL; O
- LA FECHA EN QUE ALGUNA DE LAS ENTIDADES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA CON FACULTADES LEGALES PARA HACERLO, DETERMINE Y CALIFIQUE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL DEL ASEGURADO COMO TOTAL Y PERMANENTE; O
- EL DÍA EN QUE EL CONTRATO DE TRABAJO DEL TRABAJADOR TERMINE POR CUALQUIER CAUSA; O
- LA FECHA EN QUE EL TRABAJADOR COMIENZE A RECIBIR SU PENSIÓN DE VEJEZ; O
- LA FECHA EN QUE OCURRA LA MUERTE DEL TRABAJADOR INCAPACITADO.

SE CONSIDERA QUE UN ASEGURADO ESTÁ TOTALMENTE INCAPACITADO PARA TRABAJAR POR CAUSA DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE SI LA INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL ESTÁ CERTIFICADA POR LA ENTIDAD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD A LA QUE CORRESPONDA O ARL.

ESTE AMPARO ADICIONAL APLICA SOLAMENTE SI LA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL OCURRE TRANSCURRIDOS POR LO MENOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, CONTADOS DESDE LA FECHA DE INICIACIÓN DE SU COBERTURA INDIVIDUAL.

1.2.21. INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL. AMPARA LA INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL DEL ASEGURADO, QUE SEA CONSECUENCIA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD PROFESIONAL, OCURRIDA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, MEDIANTE EL PAGO DE LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO O EN CONDICIÓN PARTICULAR, SEGÚN CORRESPONDA.

PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE SEGURO SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL LA DISMINUCIÓN DEFINITIVA, IGUAL O SUPERIOR AL CINCO POR CIENTO (5%) E INFERIOR AL CINCUENTA POR CIENTO (50%) DE LA CAPACIDAD LABORAL DE UNA PERSONA, COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD PROFESIONAL.

LA INCAPACIDAD DEBERÁ ESTAR DEBIDAMENTE CERTIFICADA POR LA ARL A LA QUE SE ENCUENTRE AFILIADO EL ASEGURADO Y MEDIANTE DICTAMEN DE LA JUNTA DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ.

EL VALOR MÁXIMO A INDEMNIZAR DE ESTE AMPARO CORRESPONDERÁ AL NÚMERO DE VECES EL VALOR ASEGURADO MENSUAL DE ACUERDO AL PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL COMO SE ILUSTR A EN LA SIGUIENTE TABLA:

PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL	NÚMERO DE VECES EL VALOR ASEGURADO MENSUAL	PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL	NÚMERO DE VECES EL VALOR ASEGURADO MENSUAL
49	24	26	12.5
48	23.5	25	12
47	23	24	11.5
46	22.5	23	11
45	22	22	10.5
44	21.5	21	10
43	21	20	9.5
42	20.5	19	9

41	20	18	8.5
40	19.5	17	8
39	19	16	7.5
38	18.5	15	7
37	18	14	6.5
36	17.5	13	6
35	17	12	5.5
34	16.5	11	5
33	16	10	4.5
32	15.5	9	4
31	15	8	3.5
30	14.5	7	3
29	14	6	2.5
28	13.5	5	2
27	13		

- 1.2.22 **GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE.** SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, Y COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN CORPORAL CAUSADA POR UN ACCIDENTE, EL ASEGURADO DENTRO DE LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE, REQUIERE ATENCIÓN MÉDICA, SOMETERSE A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, HOSPITALIZARSE O RECIBIR CUALQUIER CLASE DE ASISTENCIA MÉDICA NECESARIA PARA EL RESTABLECIMIENTO DE SU SALUD, BMI COLOMBIA, REEMBOLSARÁ HASTA EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, CON SUJECIÓN A LAS SIGUIENTES CONDICIONES:
- EL ASEGURADO DEBE ESTAR AFILIADO AL RÉGIMEN GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SEA CONTRIBUTIVO Y/O RÉGIMEN SUBSIDIADO Y TENDRÁ DERECHO AL REEMBOLSO DE AQUELLOS GASTOS INCURRIDOS QUE EL POS NO CUBRA (MEDICINAS, COPAGOS, ETC.)
 - EL MÉDICO O CIRUJANO DEBE ESTAR LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN
 - LOS GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN SERÁN LOS QUE SE OCASIONEN DENTRO DE UNA CLÍNICA U HOSPITAL DEBIDAMENTE AUTORIZADOS PARA PRESTAR TALES SERVICIOS.
 - LOS MEDICAMENTOS RECETADOS POR EL MÉDICO TRATANTE DEBEN SER DE APLICACIÓN ABSOLUTA, EXCLUSIVA Y NECESARIA PARA LA CURACIÓN DE LAS LESIONES SUFRIDAS EN EL ACCIDENTE.
 - EL REEMBOLSO SE HARÁ CONTRA LA PRESENTACIÓN DE LAS FACTURAS ORIGINALES.
 - PARA ACCIDENTE DE TRÁNSITO CUBRE EN EXCESO DEL SOAT Y ADRES.

CLÁUSULA 2-EXCLUSIONES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS

BMI COLOMBIA NO RECONOCERÁ LA INDEMNIZACIÓN DE LAS COBERTURAS CONTRATADAS SI LA CAUSA DEL SINIESTRO ES DEBIDO A:

- GUERRA, INVASIÓN, ACTO DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS (HAYA GUERRA DECLARADA O NO), AMOTINAMIENTO, MOTÍN, SUBLEVACIÓN, HUELGA, CONMOCIÓN CIVIL, GUERRA CIVIL, ACTOS TERRORISTAS, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, CONSPIRACIÓN, SEDICIÓN, ASONADA, PODER MILITAR O USURPADO, LEY MARCIAL O ESTADO DE SITIO O CUALQUIERA DE LOS SUCESOS O CAUSAS QUE DETERMINEN LA PROCLAMACIÓN O MANTENIMIENTO DE LA LEY MARCIAL O ESTADO DE SITIO, DISPOSICIÓN DE CUALQUIER GOBIERNO O AUTORIDAD PÚBLICA O LOCAL O POR ORDEN DE DICHO GOBIERNO O AUTORIDAD, O CUALQUIER ARMA O INSTRUMENTO QUE EMPLEE FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR O

CONTAMINACIÓN RADIACTIVA PROVOCADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE, YA SEA EN TIEMPO DE PAZ O DE GUERRA.

- B. SI LA CAUSA DEL SINIESTRO ES DEBIDO A ENFERMEDADES PREEXISTENTES NO DECLARADAS.

NINGUNA EXCLUSIÓN POR PREEXISTENCIA SE APLICARÁ CUANDO LA LEY EXONERE EL DEBER DE DECLARACIÓN.

CLÁUSULA 3-EXCLUSIONES APLICABLES A LAS COBERTURAS OPCIONALES

3.1. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: EN ADICIÓN A LAS EXCLUSIONES CONSIGNADAS EN LA CLÁUSULA 2, BMI COLOMBIA NO RECONOCERÁ INDEMNIZACIÓN ALGUNA SI LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE ES A CAUSA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- A. TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIÓN AUTO INFLIGIDA O ACCIDENTE DELIBERADO, ESTÉ O NO EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES.
- B. ENFERMEDAD MENTAL DE CUALQUIER TIPO.
- C. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN COMPETENCIAS DEPORTIVAS PROFESIONALES O PRÁCTICA DE LOS SIGUIENTES DEPORTES: CARRERAS DE AUTOMÓVILES, BOXEO, MOTOS, KARTING, PARACAIDISMO, PARAPENTISMO, ALAS DELTA, BUNGEE JUMPING, ULTRALIVIANOS, DEPORTES SUBMARINOS O SUBACUÁTICOS O ESCALAMIENTO DE MONTAÑA.
- D. INTERVENCIÓN EN CUALQUIER TIPO DE COMPETENCIA Y/O DEPORTE RIESGOSO, A NIVEL PROFESIONAL.

3.2. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN: EN ADICIÓN A LAS EXCLUSIONES CONSIGNADAS EN LA CLÁUSULA 2, BMI COLOMBIA NO RECONOCERÁ INDEMNIZACIÓN ALGUNA SI LA MUERTE ACCIDENTAL Y/O BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN ES A CAUSA DE:

- A. TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIÓN AUTO INFLIGIDA O ACCIDENTE DELIBERADO, ESTÉ O NO EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES MUERTE CAUSADA POR LA ACCIÓN DIRECTA O INDIRECTA DE UNA PERSONA SOBRE EL ASEGURADO, MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE ARMA DE FUEGO, ARMA CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE, CON EXPLOSIVOS, O POR ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN.
- B. CUANDO EL ASEGURADO VOLUNTARIAMENTE ESTE BAJO INFLUENCIA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, ESTUPEFACIENTES, ALUCINÓGENOS O DROGAS TÓXICAS O HEROICAS, CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO REQUERIDA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
- C. LOS ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO 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.
- D. CUANDO EL ASEGURADO EN CALIDAD DE PILOTO, ESTUDIANTE DE PILOTAJE, MECÁNICO DE AVIACIÓN O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN, HAGA USO DE VEHÍCULOS O ARTEFACTOS AÉREOS SALVO CUANDO SEA PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS POR LA AUTORIDAD GUBERNAMENTAL CONSTITUIDA Y CON JURISDICCIÓN SOBRE LA AVIACIÓN CIVIL DEL PAÍS DE SU REGISTRO, BAJO ITINERARIOS PREESTABLECIDOS.
- E. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN CUALQUIER COMPETENCIA DE VELOCIDAD O HABILIDAD CATALOGADA COMO DE ALTO RIESGO, PRÁCTICAS DEPORTIVAS TALES COMO AUTOMOVILISMO, BOXEO, PARACAIDISMO, MOTONÁUTICA, ALAS DELTA, MOTOCROSS, LADERISMO, KARTISMO, MOTOCICLISMO, PARAPENTE, TAUROMAQUIA, EQUITACIÓN, SALTO CON CUERDAS DESDE PUENTES O CONSTRUCCIONES Y EN CUALQUIER OTRO CONCURSO, COMPETENCIA, O SUS PREPARATIVOS, MONTAÑISMO, Y OTROS SIMILARES, SEA COMO MIEMBRO ACTIVO O EJECUTANTE.
- F. PRÁCTICA, ENTRENAMIENTO O PARTICIPACIÓN EN DEPORTES DE ALTO RIESGO O EXTREMOS O ACTIVIDADES TALES COMO ESPELEOLOGÍA, BUCEO, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS,

PLANEADORES, DEPORTES DE INVIERNO Y LA PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL.

3.3. ENFERMEDADES GRAVES: EN ADICIÓN A LAS EXCLUSIONES CONSIGNADAS EN LA CLÁUSULA 2, BMI COLOMBIA NO RECONOCERÁ INDEMNIZACIÓN ALGUNA SI LA ENFERMEDAD GRAVE ES A CAUSA DE:

- A. ENFERMEDADES O LESIONES DIAGNOSTICADAS Y/O TRATADAS CON ANTERIORIDAD A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO, O DURANTE EL PERIODO DE CARENCIA ESTIPULADO EN LA PÓLIZA.
- B. ENFERMEDADES O LESIONES DIAGNÓSTICADAS Y/O TRATADAS DE ORIGEN CONGÉNITO Y GENÉTICO, EXCEPTO LAS ENFERMEDADES CATALOGADAS COMO ENFERMEDADES HUÉRFANAS DE ACUERDO CON LO DEFINIDO EN DICHA COBERTURA Y QUE SE ECUENTRE ESTIPULADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA. TENTATIVA DE SUICIDIO, O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- C. TENTATIVA DE SUICIDIO, O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- D. TUMORES QUE NO MUESTREN LOS CAMBIOS MALIGNOS DE CARCINOMA-IN-SITU Y TUMORES QUE SEAN DESCRITOS HISTOLÓGICAMENTE COMO PRE-MALIGNOS O NO-INVASIVOS, INCLUYENDO, CARCINOMA-IN-SITU DE MAMA, DISPLASIA CERVICAL, EN CUALQUIER ESTADIO, VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) Y CONDILOMAS PLANOS.
- E. TODOS LOS TUMORES BENIGNOS DE PRÓSTATA.
- F. EL CÁNCER DEL SENO O MATRIZ, A MENOS QUE HAYA SIDO OTORGADO COMO CONDICION ESPECIAL BAJO CÁNCER INSITU Y SE ENCUENTRE ESTIPULADO EN CARÁTULA DE LA PÓLIZA
- G. EL CÁNCER DE TIROIDE TEMPRANO CON UN DIÁMETRO MENOR DE 1.0 CM. E HISTOLÓGICAMENTE DESCRITO COMO T1 POR LA SEXTA EDICIÓN DE AJCC CLASIFICACIÓN TMN, SIEMPRE Y CUANDO NO EXISTA METÁSTASIS.
- H. LEUCEMIA LINFOQUÍSTICA CRÓNICA (LLC) CON CLASIFICACIÓN MENOR DE LA ETAPA 3 EN LA PRUEBA DE RAI.
- I. ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS POR UN MÉDICO QUE NO POSEA LICENCIA PERMANENTE Y VÁLIDA, EXPEDIDA POR LA AUTORIDAD RESPECTIVA PARA PRACTICAR LA MEDICINA EN EL PAÍS.
- J. LOS ACCIDENTES VASCULARES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS Y ACCIDENTES CEREBROVASCULARES REVERSIBLES, ENTENDIENDO COMO TALES AQUELLOS EN LOS QUE EL ASEGURADO PUEDA RECUPERARSE COMPLETAMENTE EN LAS SEIS (6) SEMANAS SIGUIENTES A SU OCURRENCIA.
- K. ADICCIÓN AL ALCOHOL O A DROGAS QUE NO HAYAN SIDO PRESCRITAS POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER SU PROFESIÓN.
- L. CUALQUIER ENFERMEDAD O DIAGNÓSTICO QUE NO SE ENCUENTRE EXPRESAMENTE ENUNCIADA DENTRO DE LA COBERTURA OPCIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES.
- M. SE EXCLUYE LA COBERTURA DE TUMORES O LESIONES DERIVADOS DE LA HIPÓFISIS.

3.4. EXCLUSIONES APLICABLES A LAS COBERTURAS OPCIONALES DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN, RENTA DIARIA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE, RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS UCI, RENTA DIARIA POST HOSPITALARIA, RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN CASA, RENTA DIARIA POR CIRUGÍA AMBULATORIA: EN ADICIÓN A LAS EXCLUSIONES CONSIGNADAS EN LA CLÁUSULA 2, BMI COLOMBIA NO INDEMNIZARÁ SUMA ALGUNA EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- A. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES Y/O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA.

- B. TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIÓN AUTO INFLIGIDA O ACCIDENTE DELIBERADO, ESTÉ O NO EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES.
- C. CIRUGÍAS DE EMBELLECIMIENTO (ESTÉTICA O CIRUGIA PLÁSTICA), A EXCEPCIÓN DE LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA COMO CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PÓLIZA.
- D. EMBARAZO, MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SUS CONSECUENCIAS, ASÍ COMO EL DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO GENERAL O POR LAPAROSCOPIA PARA FERTILIZACIÓN Y ESTERILIDAD, INSEMINACIÓN ARTIFICIAL, DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y/O FRIGIDEZ, FECUNDACIÓN INVITRO, PRUEBAS GENÉTICAS Y TRATAMIENTOS ORIENTADOS AL FETO EN GENERAL O EL ABORTO PROVOCADO.
- E. TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS POR ABUSO AL ALCOHOL, ABUSO O ADICCIÓN A DROGAS Y/O A ESTUPEFACIENTES, FARMACODEPENDENCIA, CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO REQUERIDA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
- F. HOSPITALIZACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SÍNDROME INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), EL SÍNDROME COMPLEJO RELATIVO AL SIDA (SCRS) Y TODAS LAS ENFERMEDADES CAUSADAS POR/O RELACIONADAS CON EL VIRUS HIV.
- G. CIRUGÍAS PARA DONACIÓN DE ÓRGANOS
- H. TERAPIA AMBIENTAL DE DESCANSO Y/O PARA OBSERVACIÓN, SERVICIOS O TRATAMIENTOS EN INSTITUCIONES ASISTENCIALES, HIDRO CLÍNICAS, BAÑOS TERMALES, SANATORIOS, CLÍNICAS DE REPOSO, HOGARES DE RETIRO O ASILOS DE ANCIANOS
- I. EVALUACIONES MÉDICAS Y EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO PARA CHEQUEO GENERAL Y/O EJECUTIVO, EXÁMENES DE TAMIZAJE O PREVENTIVOS Y HOSPITALIZACIONES PARA ESTUDIO
- J. TODO GASTO, SERVICIO, CIRUGÍA O TRATAMIENTO RELACIONADO CON TALLA CORTA, DELGADEZ, SOBREPESO, OBESIDAD O EL CONTROL DE PESO EN GENERAL TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (BULIMIA, ANOREXIA Y AQUELLOS NO ESPECIFICADOS, DEFINIDOS, INCLUYENDO TODA FORMA DE SUPLEMENTO ALIMENTICIO; CALVICIE, ACNÉ DE CUALQUIER TIPO, APNEA DEL SUEÑO.
- K. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS
- L. TRATAMIENTO PARA LESIONES QUE RESULTEN DE LA PARTICIPACIÓN EN COMPETENCIAS, DEMOSTRACIONES O ENTRENAMIENTOS DE DEPORTES PROFESIONALES, PARA LO CUAL EL ASEGURADO RECIBA UNA COMPENSACIÓN MONETARIA O BENEFICIO FINANCIERO.
- M. LOS EVENTOS QUE PUEDAN OCURRIR A CONSECUENCIA DE ENTRENAMIENTOS, PRÁCTICAS O PARTICIPACIÓN ACTIVA EN COMPETENCIAS DEPORTIVAS PROFESIONALES O LOS EVENTOS QUE PUEDAN OCURRIR A CONSECUENCIA DE PRÁCTICAS DE DEPORTES PELIGROSOS O ALTO RIESGO TALES COMO: PARACAIDISMO, ALAS DELTA, ULTRALIVIANOS, ESQUI DE NIEVE Y ACUÁTICO, BUCEO, DOWNHILL, PARAPENTE, LADERISMO, BUNGEE JUMPING, PUENTING, RAFTING, AVIACIÓN NO COMERCIAL, PLANEADOR O SOARING, MONTAÑISMO O ALPINISMO, BOXEO, SURF, SNOWBOARD, CICLISMO DE MONTAÑA, KITE SURF, MOTONAUTICA, WINDSURF, SANDBOARD, MOTO DE NIEVE, GLOBO AEROSTÁTICO, KAYAK, AUTOMOVILISMO, CUATRIMOTO, MOTOCICLISMO, MOTOCROS Y CUALQUIER OTRO DEPORTE DENOMINADO DE ALTO RIESGO.

3.5. EXCLUSIONES DESEMPLEO E INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL EN ADICIÓN A LAS EXCLUSIONES CONSIGNADAS EN LA CLÁUSULA 2, BMI NO INDEMNIZARÁ SUMA ALGUNA EN NINGUNO DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

PARA LA COBERTURA OPCIONAL DE DESEMPLEO:

- A. SI EL ASEGURADO MANTIENE VÍNCULO LABORAL CON MÁS DE UN (1) EMPLEADOR AL MOMENTO DE PERDER EL EMPLEO.
- B. SI EL ASEGURADO ADQUIERE LA CONDICIÓN DE JUBILADO.
- C. SI EL ASEGURADO AL MOMENTO DE PERDER EL EMPLEO LLEVABA MENOS DE SEIS (6) MESES CONTINUOS TRABAJANDO.
- D. SI LA PERDIDA DEL EMPLEO ES A CAUSA DE RENUNCIA VOLUNTARIA POR PARTE DEL ASEGURADO.

- E. EN CONTRATOS POR OBRA O LABOR.
- F. EN CONTRATOS DE APRENDIZAJE.
- G. SI LA PERDIDA DEL EMPLEO SE DEBE A DESPIDO POR JUSTA CAUSA POR PARTE DEL EMPLEADOR.
- H. SI EL ASEGURADO SE ENCONTRABA EN PERÍODO DE PRUEBA.
- I. DESPIDO COLECTIVO: CUANDO EL MISMO AFECTE EN UN PERÍODO DE SEIS (6) MESES A UN NÚMERO DE TRABAJADORES EQUIVALENTE AL TREINTA POR CIENTO (30%) DEL TOTAL DE LOS VINCULADOS CON CONTRATO DE TRABAJO AL EMPLEADOR, EN AQUELLAS EMPRESAS QUE TENGAN UN NÚMERO SUPERIOR A DIEZ (10) E INFERIOR A CINCUENTA (50); AL VEINTE POR CIENTO (20%) EN LAS QUE TENGAN UN NÚMERO DE TRABAJADORES SUPERIOR A CINCUENTA (50) E INFERIOR A CIENTO (100); AL QUINCE POR CIENTO (15%) EN LAS QUE TENGAN UN NÚMERO DE TRABAJADORES SUPERIOR A CIENTO (100) E INFERIOR A DOSCIENTOS (200); AL NUEVE POR CIENTO (9%) EN LAS QUE TENGAN UN NÚMERO DE TRABAJADORES SUPERIOR A DOSCIENTOS (200) E INFERIOR A QUINIENTOS (500); AL SIETE POR CIENTO (7%) EN LAS QUE TENGAN UN NÚMERO DE TRABAJADORES SUPERIOR A QUINIENTOS (500) E INFERIOR A MIL (1000) Y, AL CINCO POR CIENTO (5%) EN LAS EMPRESAS QUE TENGAN UN TOTAL DE TRABAJADORES SUPERIOR A MIL (1000). LA EXCLUSIÓN DE DESPIDO COLECTIVO APLICA ÚNICAMENTE PARA GRUPOS ASEGURADOS CERRADOS, ES DECIR QUE LOS ASEGURADOS PERTENEZCAN Y SE ENCUENTREN VINCULADOS MEDIANTE CONTRATO DE TRABAJO ESCRITO A UN MISMO EMPLEADOR.

PARA LA COBERTURA OPCIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y TEMPORAL: CUANDO LA INCAPACIDAD TOTAL Y TEMPORAL SEA CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

- A. TENTATIVA DE SUICIDIO.
- B. ENFERMEDADES FÍSICAS O MENTALES DEL ASEGURADO.
- C. SI LA INCAPACIDAD TIENE UNA DURACIÓN INFERIOR A 30 DÍAS CORRIENTES CONTINUOS.
- D. ACCIDENTES OCURRIDOS CON ANTELACIÓN AL INICIO DE VIGENCIA DEL AMPARO INDIVIDUAL.

3.6. EXCLUSIONES PARA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

- A. ENFERMEDAD O ACCIDENTE CUYO ORIGEN SE ENCUENTRE EN UNA FECHA ANTERIOR A LA DE INICIACIÓN DE VIGENCIA DEL SEGURO.
- B. INCAPACIDADES DE PERSONAS NO AFILIADAS AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL DE SALUD BAJO RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y/O SUBSIDIADO
- C. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN ACTOS DELICTIVOS, DOLOSOS, O CONTRAVENCIONALES DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA LEY PENAL.
- D. CIRUGÍA ESTÉTICA O TRATAMIENTOS DE BELLEZA, SALVO LOS DE TIPO RECONSTRUCTIVO POR ACCIDENTE.
- E. ENFERMEDADES O CONDICIONES PREEXISTENTES SEGÚN LA DEFINICIÓN INCLUIDA EN LA PÓLIZA, PADECIMIENTOS CONGÉNITOS O CRÓNICOS, LAS COMPLICACIONES DEBIDAS A TRANSPLANTES DE ÓRGANOS, CIRUGÍAS O ACTIVIDADES MÉDICAS O NO MÉDICAS EXPERIMENTALES, ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS O TRATADAS ANTES DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL SEGURO O ANTES DEL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA. EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA - SIDA O LA PRESENCIA DEL VIRUS VIH, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE ESTE VIRUS; EL CÁNCER DE TODO TIPO O LAS ENFERMEDADES MENTALES O EPISODIOS PSICÓTICOS.
- F. EMBARAZO, ALUMBRAMIENTO, ABORTO VOLUNTARIO O NO, NI LAS COMPLICACIONES DE TALES EVENTOS. TRATAMIENTOS O CURAS DE REPOSO, DE INFERTILIDAD, ESTERILIDAD, INMUNIZACIONES, REVERSIÓN DE LA ESTERILIZACIÓN, CAMBIO DE GÉNERO O PARA MEJORAR LA FUNCIÓN SEXUAL. CHEQUEOS O DIAGNÓSTICOS MÉDICOS. TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS, TRATAMIENTOS COSMÉTICOS O CIRUGÍAS PLÁSTICAS O CUALQUIER COMPLICACIÓN RESULTANTE DE ESTOS, LOS

EVENTOS QUIRÚRGICOS O TRATAMIENTOS ELECTIVOS O AQUELLOS EVENTOS QUIRÚRGICOS VOLUNTARIOS NO RECONSTRUCTIVOS.

G. LESIONES CAUSADAS INTENCIONALMENTE POR EL ASEGURADO.

H.LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE CARÁCTER PROFESIONAL O POR LA PRÁCTICA, EN CALIDAD DE PROFESIONAL, AFICIONADO O ACOMPAÑANTE, DE DEPORTES CATALOGADOS NORMALMENTE COMO PELIGROSOS, INCLUYENDO, PERO SIN CARÁCTER LIMITATIVO, EL AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, PARACAIDISMO, VUELO EN PLANEADOR, ESQUÍ, BUCEO, ESCALAR MONTAÑAS, SALTOS CON CUERDAS, POLO, BOXEO, ALA DELTA PARAPENTE Y ARTES MARCIALES.

3.7. EXCLUSIONES PARA INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL

- A. CUANDO LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SEA ANTERIOR A LA FECHA DE INICIACIÓN DE VIGENCIA DE ESTE ANEXO.
- B. CUANDO LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SEA DE ORIGEN COMÚN
- C. INCAPACIDADES DE PERSONAS NO AFILIADAS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL DE SALUD BAJO RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y/O SUBSIDIADO

3.8. EXCLUSIONES PARA GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE:

- A. CUANDO EL ASEGURADO EN CALIDAD DE PILOTO, ESTUDIANTE DE PILOTAJE, MECÁNICO DE AVIACIÓN O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN, HAGA USO DE VEHÍCULOS O ARTEFACTOS AÉREOS SALVO CUANDO SEA PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS POR LA AUTORIDAD GUBERNAMENTAL CONSTITUIDA Y CON JURISDICCIÓN SOBRE LA AVIACIÓN CIVIL DEL PAÍS DE SU REGISTRO, BAJO ITINERARIOS PREESTABLECIDOS
- B. CUANDO EL ASEGURADO VOLUNTARIAMENTE ESTE BAJO INFLUENCIA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, ESTUPEFACIENTES, ALUCINÓGENOS O DROGAS TÓXICAS O HEROICAS, CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO REQUERIDA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
- C. CIRUGÍAS DE EMBELLECIMIENTO (ESTÉTICA O CIRUGIA PLÁSTICA), A EXCEPCIÓN DE LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA COMO CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PÓLIZA
- D. LOS EVENTOS QUE PUEDAN OCURRIR A CONSECUENCIA DE ENTRENAMIENTOS, PRÁCTICAS O PARTICIPACIÓN ACTIVA EN COMPETENCIAS DEPORTIVAS PROFESIONALES O LOS EVENTOS QUE PUEDAN OCURRIR A CONSECUENCIA DE PRÁCTICAS DE DEPORTES PELIGROSOS O ALTO RIESGO TALES COMO: PARACAIDISMO, ALAS DELTA, ULTRALIVIANOS, ESQUI DE NIEVE Y ACUÁTICO, BUCEO, DOWNHILL, PARAPENTE, LADERISMO, BUNGEE JUMPING, PUENTING, RAFTING, AVIACIÓN NO COMERCIAL, PLANEADOR O SOARING, MONTAÑISMO O ALPINISMO, BOXEO, SURF, SNOWBOARD, CICLISMO DE MONTAÑA, KITE SURF, MOTONAUTICA, WINDSURF, SANDBOARD, MOTO DE NIEVE, GLOBO AEROSTÁTICO, KAYAK, AUTOMOVILISMO, CUATRIMOTO, MOTOCICLISMO, MOTOCROS Y CUALQUIER OTRO DEPORTE DENOMINADO DE ALTO RIESGO.
- E. PRÁCTICA, ENTRENAMIENTO O PARTICIPACIÓN EN DEPORTES DE ALTO RIESGO O EXTREMOS O ACTIVIDADES TALES COMO ESPELEOLOGÍA, BUCEO, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, PLANEADORES, DEPORTES DE INVIERNO Y LA PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL.
- F. EMBARAZO, ALUMBRAMIENTO, ABORTO VOLUNTARIO O NO, NI LAS COMPLICACIONES DE TALES EVENTOS. TRATAMIENTOS O CURAS DE REPOSO, DE INFERTILIDAD, ESTERILIDAD, INMUNIZACIONES, REVERSIÓN DE LA ESTERILIZACIÓN, CAMBIO DE GÉNERO O PARA MEJORAR LA FUNCIÓN SEXUAL. CHEQUEOS O DIAGNÓSTICOS MÉDICOS.
- G. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS
- H. ACCIDENTES LABORALES
- I. MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUETRE SIRVIENDO ACTIVAMENTE EN LABORES MILITARES EN LAS FUERZAS ARMADAS O DE POLIZA DE CUALQUIER PAIS O AUTORIDAD NACIONAL E INTERNACIONAL

CLÁUSULA 4-DEDUCCIONES

El valor asegurado en la cobertura opcional de Incapacidad Total y Permanente no es acumulable a la cobertura Básica de Vida y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por Incapacidad Total y Permanente el Seguro terminará.

CLÁUSULA 5-IRREDUCTIBILIDAD

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

CLÁUSULA 6-DEFINICIONES

Para los fines de la presente Póliza, los términos empleados en el mismo tendrán el significado que a continuación se expresa:

1. **ASEGURADO.** - Persona física que en sí misma está expuesta al riesgo, forma parte del grupo asegurado, tiene relación directa con el Tomador y está protegida bajo esta póliza por haber sido aceptada por la Aseguradora y por haber recibido la Aseguradora el pago de la prima correspondiente.
2. **CERTIFICADO DE SEGURO.** - Constancia emitida por la Aseguradora en la que se acredita la inclusión de uno o varios riesgos para su aseguramiento en la póliza colectiva emitida. Es el documento expedido por la Aseguradora a favor del Asegurado adherido a un contrato de seguro en modalidad colectiva, el cual recoge las condiciones particulares del asegurado, incluyendo las coberturas y beneficios que aplican para cada Asegurado.
3. **DEFINICIONES QUE APLICAN PARA DESEMPLEO E INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL:**
 - Periodo de Carencia: Corresponde al período mínimo de tiempo contado desde el inicio de vigencia de la cobertura, durante el cual el asegurado no tiene derecho alguno a indemnización frente a la ocurrencia de un evento. El período de carencia será el indicado expresamente en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares. Los períodos definidos son: 0, 30, 60 ó 90 días. No aplica para negocios con continuidad. En el caso de crédito rotativo el periodo de carencia aplica desde el primer desembolso.
 - Periodo activo mínimo: Lapso de tiempo que debe transcurrir durante el cual el asegurado que ya haya recibido algún pago en razón del seguro y que ha obtenido nuevamente un empleo o trabajo, debe mantenerse en éste para poder afectar nuevamente el seguro si incurre en desempleo involuntario otra vez. Para efectos del amparo de desempleo, el periodo activo mínimo solo opera cuando el asegurado es vinculado laboralmente por un nuevo empleador, diferente al empleador anterior que dio origen al despido sin justa causa y que el siniestro haya sido pagado por la aseguradora. El período activo mínimo es de 6 meses y solo aplica para dependientes.
 - Deducible: En caso tal que se pacte con el tomador del seguro y esté expresamente incluido en la carátula de la póliza, el deducible corresponderá al tiempo en el cual el pago estará a cargo del asegurado. Bajo la presente póliza, el asegurado asume por cuenta propia la pérdida correspondiente al término pactado con el tomador al inicio de la vigencia de la póliza que puede ser de 30 o 60 días, y luego de este período de franquicia, se indemnizará al beneficiario hasta por el período de indemnización contratado, salvo que el asegurado se vincule nuevamente al mercado laboral. Los deducibles definidos son: 30, 60 y 90 días.
 - Período de Indemnización: Período de tiempo en meses, durante el cual la compañía de seguros efectuará el pago del beneficio pactado a favor del asegurado.
 - Despido colectivo: Cuando el mismo afecte en un período de seis (6) meses a un número de trabajadores equivalente al treinta por ciento (30%) del total de los vinculados con contrato de trabajo al empleador, en aquellas empresas que tengan un número superior a diez (10) e inferior a cincuenta (50); al veinte por ciento (20%) en las que tengan un número de trabajadores superior a cincuenta (50) e inferior a cien (100); al quince por ciento (15%) en las que tengan un número de trabajadores superior a cien (100) e inferior a doscientos (200); al nueve por ciento (9%) en las que tengan un número de trabajadores superior a doscientos (200) e inferior a quinientos (500); al siete por ciento (7%) en las que tengan un número de trabajadores superior a quinientos (500) e inferior a mil (1000) y, al cinco por ciento (5%) en las empresas que tengan un total de trabajadores superior a mil (1000). La exclusión de Despido Colectivo aplica únicamente para grupos asegurados Cerrados, es decir que los asegurados pertenezcan y se encuentren vinculados mediante contrato de trabajo escrito a un mismo empleador.

- Periodo máximo de indemnización: 12 meses

4. DOMICILIO DEL ASEGURADO. - Dirección de residencia de los asegurados dentro de la República de Colombia.

5. EDAD.- Cualquier referencia al cumplimiento de una edad determinada se refiere a la edad del asegurado en la fecha en que la Aseguradora emita el certificado o cuando se proceda a realizar el trámite de renovación.

6. GRUPO ASEGURABLE. - Los deudores de un mismo acreedor, adquiriendo éste en todos los casos la calidad de tomador.

7. GRUPO ASEGURADO. - Grupo de personas físicas que pertenecían al Grupo Asegurable y fueron aceptadas por la Aseguradora.

8. TOMADOR. - Persona física o jurídica que, por cuenta ajena, contrata el seguro a la Aseguradora. Es a quien corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por la persona asegurada. Puede concurrir en el Tomador la figura de beneficiario del seguro.

9. FECHA DE OCURRENCIA: Fecha de ocurrencia del siniestro para la cobertura de incapacidad total y permanente, la fecha de estructuración indicada por el ente calificador.

10. LESIÓN. - Significa una alteración funcional o anatómica, ruptura, herida o solución de continuidad de órganos o tejidos corporales, con ocasión de sucesos o eventos imprevistos, externos, violentos y repentinos, independientes de la voluntad del asegurado.

11. ENFERMEDAD. - Significa una condición física o desorden por la cual la persona puede perder de manera total pero temporal su capacidad para trabajar en su ocupación u oficio habitual, durante la vigencia de la póliza. El término enfermedad no incluye el embarazo ni las complicaciones del mismo.

12. ENFERMEDAD, LESIÓN O CONDICIÓN PREEXISTENTE. - Son las que en fecha anterior a la iniciación de la vigencia del amparo para cada asegurado hayan sido diagnosticadas por un médico, o por las cuales se haya consultado o recibido tratamiento médico, servicio o suministro, prescripción de medicamentos o drogas, o aparentes a la vista o las que por sus síntomas o signos no pudieran pasar inadvertidas.

TRATAMIENTO EXPERIMENTAL. - Significa respecto de un tratamiento, procedimiento, suministro, tecnología o medicamento: **A.** Que no esté ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de una enfermedad o lesión por el consenso de organizaciones profesionales reconocidas dentro de la comunidad médica internacional; y **B.** Que esté bajo estudio, investigación, período de prueba o en cualquier fase de ensayos clínicos, incluyendo los protocolos de investigación.

13. SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA: Por saldo insoluto de la deuda se entenderá el capital no pagado más los intereses corrientes, calculados hasta la fecha del fallecimiento del Asegurado para el caso de la Cobertura Básica, o al momento de la fecha del dictamen de la incapacidad total y permanente, esto último en los casos en que se afecte la cobertura de Incapacidad Total y Permanente. En el evento de mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y las primas por este seguro no canceladas por el deudor.

CLÁUSULA 7-CERTIFICADO DE SEGURO

La Aseguradora deberá proporcionarle al Asegurado un certificado de cobertura individual conteniendo una declaración referente a la protección del seguro a la que dicha persona tiene derecho.

CLÁUSULA 8-DECLARACIÓN INCORRECTA DE EDAD Y SEXO

Si la fecha de nacimiento o el sexo del Asegurado ha sido declarado incorrectamente, la Aseguradora cambiará cualquier cantidad pagadera bajo la póliza por la cantidad correspondiente a la prima pagada según la edad y sexo correctos.

CLÁUSULA 9-DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. Si respecto a la edad del asegurado se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, el contrato quedará sujeto a la

sanción prevista en el artículo 1161 del Código de Comercio. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del TOMADOR, el contrato no será nulo pero LA ASEGURADORA sólo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato representen respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 del Código de Comercio, el cual indica que transcurridos dos años en vida del asegurado, desde la fecha del perfeccionamiento del contrato, el valor del seguro de vida no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad. Si la reticencia o inexactitud provienen del asegurado, se aplicarán las mismas sanciones respecto de su seguro individual (Artículo 1158, Código de Comercio).

CLÁUSULA 10-VIGENCIA

Esta Póliza se emite como una póliza Anual Renovable siempre y cuando se haya pagado la prima, y permanecerá en vigor por el espacio de un (1) año, pudiendo renovarse automáticamente si se cumple con las Condiciones establecidas en esta Póliza, salvo que alguna de las partes exprese lo contrario por escrito por lo menos treinta (30) días calendario antes del vencimiento.

El seguro individual entrará en vigor siempre que el asegurado esté en estado activo en esa fecha cuando:

- a. La Aseguradora exija evidencia de asegurabilidad, la fecha efectiva será la fecha en que la Aseguradora apruebe la solicitud del propuesto asegurado.
- b. Si no se requiere evidencia de asegurabilidad, el propuesto asegurado será asegurado en la fecha en que sea elegible para el seguro.

Cuando una persona deje de pertenecer al grupo y quiera reincorporarse deberá diligenciar solicitud de seguro y/o cumplir requisitos de asegurabilidad, la fecha efectiva será la fecha en que la Aseguradora apruebe la nueva solicitud.

CLÁUSULA 11-RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

Si el contenido de esta Póliza o de sus modificaciones no concordare con las condiciones ofrecidas, el Tomador podrá pedir la rectificación correspondiente, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la entrega de esta Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las condiciones de la póliza o de sus modificaciones.

CLÁUSULA 12-SUMA ASEGURADA

El valor del seguro de cada asegurado corresponderá al saldo insoluto de la deuda.

-Saldo insoluto de la deuda: Corresponde al capital no pagado más los intereses corrientes y moratorios calculados hasta la fecha del fallecimiento del asegurado para la Cobertura Básica o hasta la fecha del dictamen de la incapacidad total y permanente, esto último en los casos en que se afecte la cobertura de Incapacidad Total y Permanente.

CLÁUSULA 13-ELEGIBILIDAD Y ASEGURABILIDAD DE ASEGURADOS

Grupos Asegurables conformados por deudores de un mismo acreedor, cuyo vínculo no tenga relación con el propósito de contratar el seguro de vida.

Aquellos asegurados que no ingresaren al grupo siendo elegibles, o que habiéndolo hecho se hayan retirado del mismo, podrán ingresar nuevamente previo cumplimiento de requisitos y aceptación expresa de la Aseguradora, la misma que tiene la facultad de negar, limitar o condicionar dicho ingreso.

El Asegurado debe tener una edad comprendida entre 12 y 80 años al momento de la suscripción de la póliza (o al momento de incorporarse al grupo) y con edad máxima de permanencia de 80 años + 364 días para las Coberturas Básico de Vida

El Asegurado debe tener una edad comprendida entre 18 y 75 años al momento de la suscripción de la póliza (o al momento de incorporarse al grupo) y con edad máxima de permanencia de 80 años para las Coberturas Auxilio Funerario, Auxilio para Canasta Familiar por Muerte, Auxilio de Gastos de Traslado Nacional, Auxilio para Repatriación y Auxilio Educativo.

El Asegurado debe tener una edad comprendida entre 18 y 70 años al momento de la suscripción de la póliza (o al momento de incorporarse al grupo) y con edad máxima de permanencia de 75 años para las coberturas de Incapacidad Total y Permanente.

El Asegurado debe tener una edad comprendida entre 18 y 65 años al momento de la suscripción de la póliza (o al momento de incorporarse al grupo) y con edad máxima de permanencia de 70 años para las Coberturas de Enfermedades Graves, Auxilio por Cirugía Ambulatoria, Auxilio para Canasta Familiar por Incapacidad Total y Permanente, Restablecimiento de Valor Asegurado por Enfermedad Grave, Auxilio de Nacimiento y Gastos médicos por accidente.

El Asegurado debe tener una edad comprendida entre 18 y 70 años al momento de la suscripción de la póliza (o al momento de incorporarse al grupo) y con edad máxima de permanencia de 75 años para las Coberturas de Renta diaria por Hospitalización por Enfermedad o Accidente, Renta diaria por Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos UCI, Renta Diaria Post Hospitalaria, Renta diaria por Hospitalización en Casa.

El Asegurado debe tener una edad comprendida entre 18 años y 64 años al momento de la suscripción de la póliza (o al momento de incorporarse al grupo) para las coberturas de años para Incapacidad Total Temporal con edad máxima de permanencia de 65 años

El Asegurado debe tener una edad comprendida entre 18 años y 69 años al momento de la suscripción de la póliza (o al momento de incorporarse al grupo) para la cobertura de Desempleo con edad máxima de permanencia de 69 años + 360 días.

El Asegurado debe tener una edad comprendida entre 18 años y 69 años al momento de la suscripción de la póliza (o al momento de incorporarse al grupo) para la cobertura de indemnización adicional por muerte accidental, con edad máxima de permanencia de 70 años

El Asegurado debe tener una edad comprendida entre 18 años y 64 años al momento de la suscripción de la póliza (o al momento de incorporarse al grupo) para la cobertura de incapacidad total temporal para independientes con edad máxima de permanencia de 69 años.

CLÁUSULA 14-EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD

La Aseguradora se reserva el derecho de exigir al Tomador evidencia de asegurabilidad satisfactoria para la Aseguradora, para todos o para algunos de los Asegurados elegibles.

CLÁUSULA 15-BENEFICIARIOS

La Aseguradora pagará al tomador, a título de beneficiario oneroso, el saldo insoluto de la deuda a la fecha del fallecimiento del asegurado para los casos en que se afecte la Cobertura Básica o hasta la fecha del dictamen de la incapacidad total y permanente, esto último en los casos en que se afecte la cobertura de Incapacidad Total y Permanente, saldo que deberá ser notificado por el tomador.

Para las coberturas diferentes a Básico de Vida e Incapacidad Total y Permanente, los beneficiarios son los designados por el asegurado en el formulario de asegurabilidad. En caso de no estar designados, la indemnización se girará a los beneficiarios de Ley. La suma asegurada será pagada en las proporciones determinadas por el Asegurado; y, si no han sido determinadas esas proporciones se entenderá que cada beneficiario tendrá una participación igual. Si un beneficiario falleciere antes que el Asegurado, el beneficio será repartido en partes iguales a los beneficiarios restantes, salvo si el Asegurado nombrare un beneficiario reemplazante. Si los beneficiarios nombrados no pudiesen recibir la indemnización o si estos hubiesen fallecido, la suma asegurada será entregada únicamente a los herederos legales así designados por juez competente. El Asegurado podrá cambiar, en cualquier momento, el beneficiario o beneficiarios por él designados, El cambio de beneficiario surtirá efecto únicamente cuando la solicitud de cambio se haya realizado en los formularios que para el efecto provea la Aseguradora y que la misma haya sido entregada en sus oficinas. Si el cambio no hubiere llegado a ser registrado por la Aseguradora, en caso de siniestro, el pago se hará a los que consten como beneficiarios al momento del fallecimiento.

CLÁUSULA 16-PAGO DE LA PRIMA

La prima es pagadera de acuerdo con el plazo estipulado en las condiciones particulares de la póliza. Se envían avisos sobre el pago de la prima como notificación al Tomador del Seguro.

A menos que la prima descrita aquí sea pagada a la Aseguradora durante el Período de Gracia tal y como se establece en la Póliza, la Póliza terminará. Ningún agente tiene el poder de extender el tiempo de pago de primas en nombre de la Aseguradora.

CLÁUSULA 17- FRACCIONAMIENTO DE PRIMA

Esta póliza es de pago anual; sin embargo, la Aseguradora ofrece la opción de pago fraccionado para los siguientes periodos: mensual, trimestral, semestral.

CLÁUSULA 18-PERÍODO DE GRACIA

Si cualquier prima no es recibida por la Aseguradora antes de su fecha de vencimiento, la Aseguradora concederá un Período de Gracia de treinta (30) días después de la fecha de vencimiento para que la prima pueda ser pagada. Si la prima no es recibida por la Aseguradora durante el Período de Gracia, la Póliza y todos sus beneficios caducarán, efectivos en la fecha de vencimiento de la prima. La Aseguradora no proveerá beneficios bajo la Póliza mientras la prima no haya sido pagada.

La Rehabilitación del seguro de un Asegurado después que la cobertura ha sido terminada debido a no pagar la prima es a opción de la Aseguradora sujeto a sus requisitos de asegurabilidad en ese momento. La rehabilitación es efectiva cuando sea aceptada por escrito por la Aseguradora y firmada por la persona autorizada por la Aseguradora. En caso de que la Aseguradora acepte rehabilitar una póliza que hasta ese momento se encontraba, por cualquier razón, extinta, volverán a correr los periodos de carencia cuando estos apliquen. De igual manera, cualquier beneficio hasta ese momento adquirido por la antigüedad de la póliza se extinguirá con el vencimiento de la póliza, independientemente de que la Aseguradora acepte posteriormente su rehabilitación.

CLÁUSULA 19-REVOCACIÓN

El presente Contrato de Seguro de Vida Grupo Deudor podrá ser revocado por el Tomador en cualquier momento, en cuyo caso se procederá a la devolución de primas a prorrata correspondiente al número de días comprendido entre la fecha de revocación y la fecha fin de vigencia de la póliza.

En cuanto a las coberturas opcionales, excepto la cobertura de Incapacidad Total y Permanente, BMI Colombia podrá revocarlas mediante aviso escrito al Tomador enviado a su última dirección conocida, con diez (10) días hábiles de antelación a la fecha de revocación, contados a partir de la fecha del envío. En este caso, BMI Colombia devolverá la parte proporcional de la prima no devengada desde la fecha de la revocación.

No obstante, lo anterior, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 1146 del Código de Comercio, el Asegurado no podrá revocar la designación de beneficiario hecho a título oneroso, ni desmejorar su condición mientras subsista el interés que los legitima, a menos que ese beneficiario consienta en la revocación o desmejora.

CLÁUSULA 20-REGISTRO DE ASEGURADOS

El Tomador debe suministrar mensualmente a la Aseguradora información relacionada con los Asegurados que se encuentren asegurados, como modificación de coberturas, inclusión de asegurados, exclusión de asegurados, terminación del seguro, y cualquier información que se considere razonablemente necesaria, con el fin de administrar debidamente la póliza.

CLÁUSULA 21-TERMINACIÓN DE ESTA PÓLIZA

Esta Póliza y/o cobertura individual cesará en cualquiera de los siguientes casos:

1. Por decisión unilateral del Tomador, mediante notificación anticipada por escrito a la Aseguradora.
2. Por falta de pago de la prima, de acuerdo con el artículo 1152 del Código de Comercio. Igualmente, la mora en el pago de la prima correspondiente al certificado individual de seguro generará la terminación de este.
3. Cuando el Tomador solicite por escrito la exclusión del Asegurado.

4. Cuando el Asegurado fallezca o deje de pertenecer al grupo asegurado.
5. A la terminación de la vigencia si esta no se renueva o a la revocación de este contrato.
6. Al cumplimiento de la edad máxima de permanencia.
7. En el momento en que se indemnice por la cobertura básica.
8. En el momento en que el grupo Asegurado sea disuelto.
9. Para cada una de las coberturas cuando el Asegurado o los Beneficiarios hubiesen recibido una indemnización equivalente al 100% del valor asegurado de la cobertura afectada.
10. En el momento en que al asegurado se le indemnice por la cobertura de Incapacidad Total y Permanente.
11. Cuando el saldo insoluto de la deuda se extinga completamente.

Si la Aseguradora recibiese una o más primas por el presente seguro después de que se hubiere dado por terminado por cualquiera de las causas antes señaladas, no se obligará a conceder los beneficios por él provistos ni anulará tal revocación. Cualquier prima pagada por un período posterior a la terminación será reembolsada por la Aseguradora.

CLÁUSULA 22-RENOVACIÓN

El presente seguro se considera prorrogado por otra anualidad, con las nuevas condiciones negociadas por las partes, siempre que el Tomador pague la prima correspondiente dentro de los términos establecidos en la Póliza y la Aseguradora haya consentido la renovación. El Tomador deberá por escrito manifestar la continuación del seguro por lo menos con treinta (30) días de anticipación.

CLÁUSULA 23-DOCUMENTOS EN CASO DE RECLAMO

La Aseguradora pagará el siniestro siempre que se acredite el siniestro y la cuantía si fuere el caso, de conformidad con lo establecido en el artículo 1077 del Código de Comercio, para lo cual el asegurado o beneficiario podrá presentar los siguientes documentos:

I. Para las coberturas Básica de Vida, Indemnización Adicional por Muerte Accidental, Auxilio Funerario, Auxilio para Canasta Familiar por Muerte, Auxilio de gastos de traslado nacional, Auxilio para repatriación, y Auxilio Educativo.

1. Registro civil de defunción en donde consta la causa de la muerte expedido por la autoridad competente en el país en donde ocurra el deceso. Copia del documento de identidad del Asegurado
2. Copia del documento de identidad del beneficiario y en caso de que éste sea menor de edad deberá aportarse certificación de nacimiento y copia del documento de identidad del padre, la madre sobreviviente o del tutor designado.
3. En caso de que no se haya designado beneficiarios se tendrá en cuenta a los beneficiarios de Ley previstos en el artículo 1142 del Código de Comercio.
4. Formulario Certificación de Permanencia en el Grupo Asegurado, emitido por la Aseguradora, completado por el Tomador.
5. Formulario de Declaración del Reclamante – Reclamo por Fallecimiento, completado por el beneficiario.
6. Cualquier otra documentación que la Aseguradora considere razonablemente necesaria.
7. En caso de muerte por enfermedad, se requiere aportar la historia clínica
8. Para la cobertura básica de Vida, el tomador certificará el saldo insoluto de la deuda a la fecha de fallecimiento del asegurado.

Los documentos expedidos en el extranjero deberán estar debidamente apostillados o legalizados por el consulado respectivo.

II. Cobertura opcional de incapacidad total y permanente y Auxilio para Canasta Familiar por Incapacidad Total y Permanente.

1. Aviso de siniestro.
2. Copia de cédula.
3. Certificado del médico tratante, detallando causas, fechas y tiempo de la incapacidad.
4. Dictamen de Incapacidad Total y Permanente emitido por la Junta de Calificación de invalidez.
5. Para la cobertura de Incapacidad Total y Permanente, el tomador certificará el saldo insoluto de la deuda a la fecha del dictamen de la incapacidad total y permanente.

III. Renta Diaria por Hospitalización por Enfermedad o Accidente, Renta Diaria por Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos UCI, Renta Diaria Post Hospitalaria, Renta Diaria por Hospitalización en Casa.

1. Aviso de siniestro.
2. Copia de cédula.
3. Certificado del médico tratante, detallando causas, fechas y días de hospitalización.
4. Enfermedades Graves y Restablecimiento de valor asegurado por enfermedad grave

1. Aviso de siniestro.
2. Copia de cédula.
3. Certificado del médico tratante, detallando causas, fechas y diagnóstico de la enfermedad.

V. Beneficios por Desmembración Accidental

1. Aviso de siniestro.
2. Copia de cédula.
3. Certificado del médico tratante, detallando fechas y causas de la pérdida funcional o anatómica de uno de sus miembros u órganos, o amputación traumática o quirúrgica
4. Historia clínica o Certificado del médico tratante, detallando fechas y causas de la pérdida funcional o anatómica de uno de sus miembros u órganos, o amputación traumática o quirúrgica

VI. Auxilio por Cirugía Ambulatoria

1. Aviso de siniestro.
2. Copia de cédula.
3. Certificado del médico tratante, detallando fechas y causas de la cirugía ambulatoria.
4. Historia clínica o Certificado del médico tratante, detallando fechas y causas de la cirugía ambulatoria.

VII. Auxilio de Nacimiento

1. Aviso de siniestro.
2. Copia de cédula.
3. Certificado DANE de nacido vivo o registro civil de nacimiento

VIII. En Desempleo Involuntario

1. Documento de reclamación formal firmado por el asegurado
2. Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado.
3. Original ó Copia autenticada del documento en el que conste la terminación de la relación laboral, en la cual se especifique el tipo de contrato laboral y el motivo de la terminación del mismo o carta de despido donde se detalle la información citada anteriormente.
4. Original o Copia autenticada del documento en el que conste la liquidación de salarios y prestaciones sociales.
5. Por cada mes de Desempleo Involuntario y hasta el máximo periodo cubierto, una declaración juramentada ante notario en la que se deje constancia de continuar en tal situación.

IX. En Caso de Terminación del Contrato por Mutuo Acuerdo con Bonificación

1. Documento de reclamación formal firmado por el asegurado
2. Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado.
3. Acta de conciliación ante autoridad competente.
4. Liquidación de prestaciones sociales, en donde conste que existe una bonificación de mera liberalidad por parte del empleador.
5. Contrato de Trabajo.
6. Por cada mes de Desempleo Involuntario y hasta el máximo periodo cubierto, una declaración juramentada ante notario en la que se deje constancia de continuar en tal situación.

X. En Incapacidad Total Temporal

1. Reclamación formal firmada por el asegurado.
2. Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado.
3. Certificados, exámenes médicos originales y copia de la historia clínica que acrediten la incapacidad total temporal por más de 30 días corrientes, expedidos por el médico afiliado al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), ARL o un médico especialista en medicina ocupacional.
4. En caso de encontrarse realizando aportes al sistema de seguridad social como cotizante, adjuntar copia de la planilla de dichos aportes.

XI. Ampliación de la Incapacidad Total Temporal

1. En caso de ampliación o extensión del estado de Incapacidad Total Temporal, deberá presentar certificados y exámenes médicos que acrediten continuidad de la incapacidad total temporal, transcritos por el médico adscrito a la al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS),.

XII. Ampliación de la Incapacidad Total Temporal

2. En caso de ampliación o extensión del estado de Incapacidad Total Temporal, deberá presentar certificados y exámenes médicos que acrediten continuidad de la incapacidad total temporal, transcritos por el médico adscrito al sistema de seguridad social en salud (SGSSS).

XIII. Incapacidad Permanente Parcial

1. Formulario de reclamación
2. Copia de la cédula de ciudadanía del asegurado
3. Historia clínica
4. Certificado de Incapacidad Permanente Parcial emitido por la ARL a la que esté afiliado el asegurado
5. Dictamen de la Junta Regional o Nacional de calificación de invalidez en donde se certifique el porcentaje de pérdida de capacidad laboral y su fecha de estructuración.

CLÁUSULA 24-PAGO DEL SINIESTRO

LA ASEGURADORA pagará al Asegurado o a los beneficiarios, la indemnización a que está obligada por la póliza, dentro del término legal de un mes, contado a partir de la fecha en que se acreditó la ocurrencia y, en su caso, la cuantía del siniestro, según lo estipulado en Artículo 1080 del Código de Comercio.

CLÁUSULA 25-PRESCRIPCIÓN

El presente contrato se registrará de acuerdo con lo estipulado en el artículo 1081 del Código de Comercio.

CLÁUSULA 26-CESIÓN DE LA PÓLIZA

Los beneficios otorgados bajo esta Póliza son intransferibles.

CLÁUSULA 27- JURISDICCIÓN

Serán competentes para ventilar cualquier disputa en relación con este contrato los tribunales de la República de Colombia, con la exclusión de cualquier otra jurisdicción. No obstante, previo acuerdo, las partes del presente contrato, así como cualquier otro tercero relevante podrán someter a un arbitraje de derecho cualquier asunto legal que surja directa o indirectamente de esta póliza. La Aseguradora y el Asegurado además están de acuerdo en que cada una de las partes pague sus propios gastos y honorarios de abogado. A todos los efectos jurídicos y contractuales, el idioma que prevalecerá será el español, aunque se le haya proporcionado al Asegurado una traducción en otro idioma para su comodidad y conveniencia.

CLÁUSULA 28-MONEDA

09/07/2026-1431-NT-P-34-VIDAGRUPO0000006

09/07/2026-1431-P-34-VIDAGRUPO00000010-DRCI



Las primas y los beneficios a que hubiere lugar serán pagadas en pesos de la República de Colombia.

CLÁUSULA 29- NOTIFICACIONES

El Asegurado o sus beneficiarios deben informar su domicilio a la Aseguradora, para efectos de cualquier notificación relacionada con los derechos que les asisten al amparo de esta póliza.

Firma Autorizada