



**PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL
PLAN FLEXIVIDA**

CONDICIONES GENERALES

CAPÍTULO I

LOS AMPAROS, EXCLUSIONES, GARANTÍAS Y DEMÁS CLÁUSULAS DEL CONTRATO DE SEGURO QUE RIGEN, SON LAS QUE SE DESCRIBEN A CONTINUACIÓN:

1. AMPAROS, EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

1.1 AMPARO BÁSICO DE VIDA

1.1.1 COBERTURA

EL AMPARO BÁSICO QUE SE OTORGA POR LA PRESENTE PÓLIZA, POR PARTE DE SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. QUE, EN ADELANTE, PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE CONTRATO SE DENOMINARÁ VIDAESTADO, ES EL RIESGO DE MUERTE DEL ASEGURADO BAJO LAS CONDICIONES PREVISTAS EN ESTE CLAUSULADO Y SE ENCUENTRA FUNDAMENTADO EN LA SOLICITUD DE SEGURO FIRMADA POR EL TOMADOR Y/O EL ASEGURADO, EN LA VERACIDAD DE SUS DECLARACIONES, EXAMEN MEDICO Y DE LABORATORIO, SI SE HUBIESEN PRACTICADO, ASÍ COMO EN LA DE LOS ANEXOS QUE SE EMITAN PARA MODIFICAR ESTA PÓLIZA. TODOS LOS ANTERIORES DOCUMENTOS, JUNTO CON LAS CONDICIONES DE LA MISMA, CONFORMAN EL CONTRATO DE SEGURO.

1.1.2 EXCLUSIONES

1.1.2.1 EXCLUSIONES PARA EL AMPARO BÁSICO.

EL SUICIDIO: ESTO ES, EL FALLECIMIENTO MOTIVADO POR SUICIDIO, CONSCIENTE O INCONSCIENTE DEL ASEGURADO (VOLUNTARIO O INVOLUNTARIO) QUE TENGA LUGAR DENTRO DEL PRIMER (1ER.) AÑO DE VIGENCIA, CONTADO DESDE LA EMISIÓN DE LA PÓLIZA O DE SU ÚLTIMA REHABILITACIÓN, INDEPENDIEMENTE DE LA FECHA ESTIPULADA PARA LA VIGENCIA DEL SEGURO. EN ESTE EVENTO, VIDAESTADO SOLO PAGARÁ AL TOMADOR - ASEGURADO LAS PRIMAS NO DEVENGADAS, DESCONTANDO LOS GASTOS DE INTERMEDIACION Y ADMINISTRATIVOS EN QUE INCURRIÓ LA COMPAÑÍA. SI EL SUICIDIO OCURRE DESPUÉS DEL PRIMER (1ER.) AÑO, VIDAESTADO PAGARÁ LA SUMA TOTAL ASEGURADA SUJETO A LAS PRESENTES CONDICIONES.

1.1.3 LIMITACIONES PARA EL AMPARO BÁSICO.

1.1.3.1 EDAD MÁXIMA DE INGRESO.

EL LÍMITE MÁXIMO DE EDAD FIJADO POR VIDAESTADO PARA LA ACEPTACIÓN DEL SEGURO PARA EL AMPARO BÁSICO DE VIDA CONFORME A ESTE PLAN, ES DE SETENTA (70) AÑOS.



1.1.3.2 EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA:

LA FECHA MÁXIMA DE PERMANENCIA PARA EL AMPARO BÁSICO DE VIDA SERÁ LA ANUALIDAD DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA POSTERIOR A LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO HAYA CUMPLIDO OCHENTA (80) AÑOS DE EDAD. CULMINADA DICHA ANUALIDAD EL SEGURO NO CONTINUARÁ EN VIGOR Y NO BRINDARÁ COBERTURA.

1.2. AMPAROS ADICIONALES.

MEDIANTE EL PAGO DE LA PRIMA ADICIONAL CORRESPONDIENTE, ESTA PÓLIZA ADEMÁS INCLUIRÁ LOS SIGUIENTES AMPAROS:

1.2.1 AMPARO ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN.

1.2.1.1 COBERTURA

MEDIANTE ESTE ANEXO SE CUBRE EL RIESGO DE MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO HASTA POR LA SUMA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, COMO INDEMNIZACIÓN ADICIONAL, O LA LESIÓN CORPORAL QUE SUFRA EL ASEGURADO CAUSADA POR ACCIDENTE, QUE TENGA COMO CONSECUENCIA DIRECTA E INDEPENDIENTE DE OTRA CAUSA, CUALQUIERA DE LAS PÉRDIDAS ENUMERADAS EN LA SIGUIENTE TABLA, DE ACUERDO CON LA DEFINICIÓN DE DESMEMBRACIÓN DADA EN LA CONDICIÓN 1.2 DEL CAPÍTULO II DE ESTAS CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA, SIEMPRE QUE LA MUERTE, PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DEL ÓRGANO SE PRODUZCA DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DEL ACCIDENTE.

PÉRDIDA SUFRIDA	PORCENTAJE
a) POR MUERTE ACCIDENTAL	100%
b) POR LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN POR AMBOS OJOS	100%
c) POR LA PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN TOTAL Y PERMANENTE DE AMBAS MANOS O DE AMBOS PIES O DE UNA MANO Y UN PIE	100%
d) POR LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN POR UN OJO, CONJUNTAMENTE CON LA PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN PERMANENTE DE UNA MANO O DE UN PIE.....	100%
e) POR LA PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN TOTAL Y PERMANENTE DE UNA MANO O DE UN PIE	60%
f) POR LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN POR UN OJO	50%
g) POR LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DEL HABLA O DE LA AUDICIÓN POR AMBOS OÍDOS	40%



h)	POR LA PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN TOTAL Y PERMANENTE DEL DEDO PULGAR O INDICE DE LAS MANOS	20%
i)	POR LA PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN TOTAL Y PERMANENTE DE UNO CUALQUIERA DE LOS RESTANTES DEDOS DE LAS MANOS	10%
j)	POR LA PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN TOTAL Y PERMANENTE DE UNO O TODOS LOS DEDOS DE LOS PIES	5%

EN CASO DE VARIAS PÉRDIDAS DE LAS ANTES SEÑALADAS POR EL MISMO ACCIDENTE, EL VALOR TOTAL DE LA INDEMNIZACIÓN SERÁ LA SUMA DE LOS PORCENTAJES CORRESPONDIENTES A CADA UNA, SIN QUE SUMADAS PUEDAN EXCEDER EL CIEN POR CIENTO (100%) DE LA SUMA ASEGURADA.

1.2.1.2. EXCLUSIONES PARA EL AMPARO ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN.

QUEDA EXPRESAMENTE ESTIPULADO QUE LAS INDEMNIZACIONES PARA ESTE AMPARO NO SE PAGARÁN SI LA MUERTE, O PÉRDIDA DE MIEMBROS U ÓRGANOS FUEREN RESULTADO DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

1.2.1.2.1 SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO, O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O ALTERACIÓN MENTAL (VOLUNTARIO O INVOLUNTARIO).

1.2.1.2.2 GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, MOTÍN, HUELGA, ASONADA, MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS Y EN GENERAL CONMOCIONES CIVILES DE CUALQUIER CLASE.

1.2.1.2.3 PRESTACIÓN DEL SERVICIO MILITAR EN CUALQUIERA DE SUS RAMAS.

1.2.1.2.4 LESIONES O MUERTE CAUSADAS INTENCIONALMENTE POR TERCERAS PERSONAS.

1.2.1.2.5 LESIONES O MUERTE CAUSADAS POR OTRA PERSONA CON ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE.

1.2.1.2.6 LAS CAUSADAS EN ACCIDENTES DE AVIACIÓN, CUANDO EL ASEGURADO VIAJE COMO PILOTO O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN DE CUALQUIER AERONAVE, SALVO QUE VUELE COMO PASAJERO EN UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.

1.2.1.2.7 LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR VIOLACIÓN DE CUALQUIER NORMA LEGAL DE CARÁCTER PENAL POR PARTE DEL ASEGURADO.

1.2.1.2.8 ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE DROGAS TÓXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS, SIEMPRE Y CUANDO TAL CIRCUNSTANCIA SEA LA CAUSA DIRECTA DEL ACCIDENTE.



1.2.1.2.9 LAS INFECCIONES PRODUCIDAS POR PICADURAS DE INSECTOS, TALES COMO: MALARIA, TIFO, FIEBRE AMARILLA, ETC.

1.2.1.2.10 LOS ACCIDENTES QUE OCURRAN CUANDO EL ASEGURADO CONDUZCA O VIAJE COMO PASAJERO EN MOTONETA O MOTOCICLETA, KARTS, PARAPENTE, ULTRALIVIANOS Y COMETAS DELTA, SNOWBOARD, MOTOCROSS, BUCEO DEPORTIVO, ESQUI, SKATEBOARD, KITESURF, CUATRICICLO, MOTONAUTICA, WINDSURF, PARKOUR BIEN SEA EN CALIDAD DE AFICIONADO O PROFESIONAL, ADEMÁS DE LA PARTICIPACIÓN EN EQUIPOS PROFESIONALES DE DEPORTE, LA PARTICIPACIÓN EN CARRERAS, APUESTAS, COMPETENCIAS Y DESAFÍOS REMUNERADOS O QUE SEAN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL DEL ASEGURADO, ASÍ COMO EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO.

1.2.1.2.11 PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA ENCUALQUIER RIÑA.

1.2.1.2.12 FUSIÓN O FISIÓN O RADIOACTIVIDAD NUCLEAR DIRECTA O INDIRECTA, FENÓMENOS SÍSMICOS O VOLCÁNICOS, INUNDACIONES O MAREJADAS.

PARÁGRAFO - SOLAMENTE POR MEDIO DEL PAGO DE LA PRIMA ADICIONAL RESPECTIVA E INCLUSIÓN EXPRESA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, VIDAESTADO CUBRIRÁ LOS RIESGOS PROVENIENTES DE LAS CAUSAS CITADAS EN EL NUMERAL 1.2.1.2.6. DE LA CONDICIÓN 1.2.1.2.

1.2.1.3. LIMITACIONES PARA EL AMPARO ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE Y BENEFICIO POR DESMEMBRACIÓN.

1.2.1.3.1 EDAD MÁXIMA DE INGRESO:

PARA EL AMPARO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN, LA EDAD MÁXIMA DE INCLUSIÓN ES DE CINCUENTA Y NUEVE (59) AÑOS.

1.2.1.3.2 EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA:

LA FECHA MÁXIMA DE PERMANENCIA PARA ESTE AMPARO ADICIONAL SERÁ LA DE FINALIZACIÓN DE LA ANUALIDAD DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA POSTERIOR A LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO HAYA CUMPLIDO SESENTA Y CINCO (65) AÑOS DE EDAD. CULMINADA DICHA ANUALIDAD EL AMPARO NO CONTINUARÁ EN VIGOR Y NO BRINDARÁ COBERTURA.

1.2.2. AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

1.2.2.1 COBERTURA

VIDAESTADO MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO, OTORGA COBERTURA POR EL RIESGO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SI COMO CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE, EL ASEGURADO SUFRE LESIONES QUE LE PROVOQUEN UNA PÉRDIDA IRREVERSIBLE Y DEFINITIVA DE SU CAPACIDAD LABORAL, SIEMPRE QUE: A) LA FECHA DE



ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD, QUE SERÁ LA MISMA FECHA DE SINIESTRO, OCURRA DENTRO DE LA VIGENCIA DEL AMPARO, B) OCURRA ANTES DE LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO CUMPLA LOS SESENTA Y CINCO (65) AÑOS DE EDAD, Y C) QUE LA INCAPACIDAD NO SEA PROVOCADA POR EL ASEGURADO.

LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE CONFIGURARÁ EN LA MEDIDA EN QUE EL ASEGURADO SEA DICTAMINADO EN FIRME CON UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL CINCUENTA POR CIENTO (50%) POR UNA JUNTA DE CALIFICACIÓN COMPETENTE Y CONFORME A LAS REGLAS DEL MANUAL ÚNICO PARA LA CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ APLICABLE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN PENSIONES EN COLOMBIA.

EL PAGO DEL VALOR ASEGURADO, EN CASO DE SINIESTRO PARA ESTE ANEXO, GENERARÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO EN TODOS LOS DEMÁS AMPAROS, A MENOS QUE SE TENGA LA COBERTURA DE EXONERACION DE PAGO DE PRIMA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

1.2.2.2. EXCLUSIONES PARA EL AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1.2.2.2.1 LA TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIONES INTENCIONALMENTE CAUSADAS POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA (VOLUNTARIO O INVOLUNTARIO).

1.2.2.2.2 CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, ASÍ COMO LOS DERIVADOS DE ACTOS DELICTIVOS.

1.2.2.2.3 CUALQUIER EVENTO GENERADOR DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, QUE HAYA OCURRIDO POR FUERA DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

1.2.2.3. LIMITACIONES PARA EL AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

1.2.2.3.1 EDAD MÁXIMA DE INGRESO:

LA EDAD MÁXIMA DE INCLUSIÓN ES DE CINCUENTA Y NUEVE (59) AÑOS CUMPLIDOS.

1.2.2.3.2 EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA:

LA FECHA MÁXIMA DE PERMANENCIA PARA ESTE AMPARO ADICIONAL SERÁ LA DE FINALIZACIÓN DE LA ANUALIDAD DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA POSTERIOR A LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO HAYA CUMPLIDO SESENTA Y CINCO (65) AÑOS DE EDAD. CULMINADA DICHA ANUALIDAD EL AMPARO NO CONTINUARÁ EN VIGOR Y NO BRINDARÁ COBERTURA.



1.2.3 AMPARO ADICIONAL DE EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

1.2.3.1 COBERTURA

SIEMPRE QUE SE CONTRATE ESTE AMPARO, LO CUAL SE HARÁ CONSTAR EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SI DESPUÉS DE QUE HAYA TRANSCURRIDO LA PRIMERA ANUALIDAD DEL SEGURO Y PAGADA LA PRIMA CORRESPONDIENTE AL AMPARO BÁSICO, EL ASEGURADO QUEDARE INCAPACITADO TOTAL Y PERMANENTEMENTE, ANTES DE CUMPLIR LOS SESENTA Y CINCO (65) AÑOS DE EDAD, TAL COMO HA QUEDADO DEFINIDO EN LA CONDICIÓN 1.2.2.1 (COBERTURA), VIDAESTADO CONVIENE, UNA VEZ APROBADA LA INCAPACIDAD, DE EXONERARLO DEL PAGO DE LAS PRIMAS SIGUIENTES, ÚNICAMENTE PARA LAS CORRESPONDIENTES AL AMPARO BÁSICO DE VIDA, ASÍ COMO TODAS LAS PRIMAS SUBSIGUIENTES RELATIVAS A DICHO AMPARO BÁSICO, POR EL PERÍODO QUE DURE LA INCAPACIDAD.

ESTE AMPARO NO OPERA EN NINGÚN CASO PARA LOS ASEGURADOS A LOS CUALES VIDAESTADO NO LES HAYA OTORGADO LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

1.2.3.2 LIMITACIONES PARA EL AMPARO ADICIONAL DE EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

1.2.3.2.1 EDAD MÁXIMA DE INGRESO:

LA EDAD MÁXIMA DE INCLUSIÓN ES DE CINCUENTA Y NUEVE (59) AÑOS CUMPLIDOS.

1.2.3.2.2 EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA:

LA FECHA MÁXIMA DE PERMANENCIA PARA ESTE AMPARO ADICIONAL SERÁ LA DE FINALIZACIÓN DE LA ANUALIDAD DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA POSTERIOR A LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO HAYA CUMPLIDO SESENTA Y CINCO (65) AÑOS DE EDAD. CULMINADA DICHA ANUALIDAD EL AMPARO NO CONTINUARÁ EN VIGOR Y NO BRINDARÁ COBERTURA.

1.2.4 ENFERMEDADES GRAVES

1.2.4.1 COBERTURA

EN VIRTUD DEL PRESENTE AMPARO ADICIONAL Y SIEMPRE QUE EL MISMO HAYA SIDO CONTRATADO, SALVO LO ESTIPULADO EN LA CONDICIÓN 1.2.4.2 (EXCLUSIONES) VIDAESTADO PAGARÁ AL ASEGURADO EL CAPITAL ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, EN CASO DE QUE LLEGARE A PADECER LAS SIGUIENES ENFERMEDADES O CONDICIONES MÉDICAS:



- **CÁNCER,**
- **ACCIDENTE CEREBROVASCULAR,**
- **INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA,**
- **INFARTO AL MIOCARDIO,**
- **ESCLEROSIS MÚLTIPLE,**
- **ANEMIA APLÁSICA**
- **PARKINSON,**
- **DEMENCIA INCLUYENDO ENFERMEDAD DE ALZHEIMER/ AFECCIONES ORGANICAS IRREVERSIBLES DEGENERATIVAS DEL CEREBRO,**
- **INFECCION POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (causada por transfusión sanguínea, contagio por aguja o trasplante de órganos)**
- **INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR ENFERMEDAD DE LAS ARTERIAS CORONARIAS,**
- **TRANSPLANTE DE ORGANOS,**
- **TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE,**
- **ESTADO DE COMA,**
- **QUEMADURAS GRAVES**

LAS ANTERIORES ENFERMEDADES O CONDICIONES DEBEN SER DIAGNOSTICADAS POR UN MÉDICO DEBIDAMENTE FACULTADO POR AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA, DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO.

1.2.4.2. EXCLUSIONES PARA EL AMPARO ADICIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES.

NO SE PAGARÁ NINGÚN BENEFICIO BAJO EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, SI EL ASEGURADO PADECE Y SE LE DIAGNOSTICA ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES CUBIERTAS EN EL PRESENTE AMPARO A CONSECUENCIA DE, O EN CONEXIÓN CON:

1.2.4.2.1 SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) COMO FUERE DEFINIDO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, RELACIONADA CON LA INFECCION POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), QUE SEA DIAGNOSTICADO POR UN MEDICO AUTORIZADO, SALVO LO INDICADO EN EL NUMERAL 1.4.14. DEL CAPITULO II DE ESTAS CONDICIONES.

1.2.4.2.2 CARCINOMAS “IN SITU” O “CÁNCER IN SITU”, DISPLACIA Y TODOS LOS ESTADOS PREMALIGNOS, CUALQUIER CÁNCER PRIMARIO DE PIEL, EXCEPTUANDO EL MELANOMA MALIGNO QUE HAYA INVADIDO MÁS ALLÁ DE LA EPIDERMIS (CAPA EXTERNA DE LA PIEL), EL CÁNCER DE PIEL METASTÁSICO, Y CUALQUIER TUMOR EN PRESENCIA DE INFECCIÓN POR VIH. SALVO LO INDICADO EN EL NUMERAL 1.4.14. DEL CAPITULO II DE ESTAS CONDICIONES.

1.2.4.2.3 CÁNCER DE PRÓSTATA TEMPRANO T1 (SEGÚN CLASIFICACIÓN TNM), INCLUYENDO T1a Y T2b, U OTRA CLASIFICACION EQUIVALENTE.

1.2.4.2.4 LEUCEMIA LINFATICA CRONICA EN ESTADO A DE BINET.



- 1.2.4.2.5 **CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES QUE ESTÉ LIMITADO A ESTE ÓRGANO.**
- 1.2.4.2.6 **INFARTO CEREBRAL O EL SANGRADO INTRACRANEANO COMO CONSECUENCIA DE LESIÓN TRAUMÁTICA DE ORIGEN EXTERNO.**
- 1.2.4.2.7 **LOS EPISODIOS DE ATAQUE ISQUÉMICO TRANSITORIO (AIT).**
- 1.2.4.2.8 **HEMORRAGIA SECUNDARIA EN UNA LESIÓN CEREBRAL PREEXISTENTE.**
- 1.2.4.2.9 **ANORMALIDADES CEREBRALES DETECTADAS POR TOMOGRAFÍA U OTROS MEDIOS DIAGNÓSTICOS, SIN SÍNTOMAS CLÍNICOS O SIGNOS NEUROLÓGICOS CLARAMENTE RELACIONADOS.**
- 1.2.4.2.10 **SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS SECUNDARIOS A MIGRAÑA (JAQUECA).**
- 1.2.4.2.11 **ANGINA DE PECHO.**
- 1.2.4.2.12 **PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS COMO LA ANGIO PLASTIA DE BALÓN, TODOS LOS PROCEDIMIENTOS INTRARTERIALES CON CATÉTER, Y LAS TÉCNICAS CON LÁSER**
- 1.2.4.2.13 **FALLA RENAL REVERSIBLE O TEMPORAL QUE SE RESUELVA LUEGO DE ALGÚN TIEMPO DE TRATAMIENTO.**
- 1.2.4.2.14 **ENFERMEDAD DE PARKINSON INDUCIDA POR ABUSO DE DROGAS Y/O SUSTANCIAS TOXICAS.**
- 1.2.4.2.15 **DEMENCIA RELACIONADA CON EL ABUSO DE DROGAS Y/O ALCOHOL O SIDA.**
- 1.2.4.2.16 **DAÑO A LA MEDULA ESPINAL**
- 1.2.4.2.17 **DAÑO CEREBRAL DEBIDO A OTRA CAUSA DISTINTA DE UN ACCIDENTE**
- 1.2.4.2.18 **ESTADO DE COMA COMO RESULTADO DIRECTO DE ABUSO DE ALCOHOL Y/O DROGAS**
- 1.2.4.2.19 **CUALQUIER OTRA FORMA DE CONTAGIO DEL VIH DISTINTA A LAS INDICADAS EN EL NUMERAL 1.4.14 DEL CAPITULO II DE ESTAS CONDICIONES.**
- 1.2.4.3. **LIMITACIONES PARA EL AMPARO ADICIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES.**
- 1.2.4.3.1 **LÍMITE DE LA COBERTURA.**

EL AMPARO SE APLICARÁ SOLAMENTE A LAS ENFERMEDADES GRAVES DEFINIDAS EN EL NUMERAL 1.4. DEL CAPITULO II DE ESTAS CONDICIONES CUANDO ESTAS SEAN DIAGNOSTICADAS POR PRIMERA VEZ, HABIENDO TRANSCURRIDO POR LO MENOS SESENTA (60) DÍAS COMUNES DESDE LA ENTRADA EN VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO



ADICIONAL (PERIODO DE CARENCIA), POR UN MÉDICO RECONOCIDO Y AUTORIZADO PARA EL EFECTO EN COLOMBIA, CONFIRMADO CON EVIDENCIAS ACEPTABLES DESDE EL PUNTO DE VISTA CIENTÍFICO QUE PUEDEN SER CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS, HISTOLÓGICAS O DE LABORATORIO.

NINGUNA INDEMNIZACIÓN SE PAGARÁ SI LA ENFERMEDAD EN CUESTIÓN HA SIDO DIAGNOSTICADA O SI SE HA RECIBIDO TRATAMIENTO POR DICHA ENFERMEDAD ANTES DE LA FECHA DE INICIACIÓN DEL PRESENTE AMPARO.

1.2.4.3.2 EDAD MÁXIMA DE INGRESO:

LA EDAD MÁXIMA DE INCLUSIÓN ES DE CINCUENTA Y CUATRO (54) AÑOS CUMPLIDOS.

1.2.4.3.3 EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA:

LA FECHA MÁXIMA DE PERMANENCIA PARA ESTE AMPARO ADICIONAL SERÁ LA DE FINALIZACIÓN DE LA ANUALIDAD DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA POSTERIOR A LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO HAYA CUMPLIDO SESENTA Y CINCO (65) AÑOS DE EDAD. CULMINADA DICHA ANUALIDAD EL AMPARO NO CONTINUARÁ EN VIGOR Y NO BRINDARÁ COBERTURA.

1.3. TERMINACIÓN DE LOS AMPAROS ADICIONALES.

LOS AMPAROS ADICIONALES TERMINARÁN EN LOS SIGUIENTES CASOS:

1.3.1 CUANDO VIDAESTADO HAYA PAGADO EN VIRTUD DE CUALQUIERA DE LOS AMPAROS ADICIONALES UNA INDEMNIZACIÓN IGUAL A LA SUMA ASEGURADA DEL RESPECTIVO AMPARO. EN TAL CASO, ES ENTENDIDO QUE LA PÓLIZA CONTINUARA ÚNICAMENTE CON LA COBERTURA DEL AMPARO BASICO DE MUERTE.

1.3.2 SI EL ASEGURADO FUERE EXONERADO DEL PAGO DE PRIMAS POR LA APLICACIÓN DEL AMPARO ADICIONAL DE EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

1.3.3 SI SE REVOCAN LOS AMPAROS POR DECISIÓN DEL ASEGURADO.



CAPÍTULO II

CONDICIONES GENERALES

1. DEFINICIONES.

1.1. DEFINICIÓN DE ACCIDENTE.

Suceso imprevisto, externo, violento, visible, repentino e independiente de la voluntad del tomador, asegurado o beneficiario, que produzca en la integridad física del Asegurado cualquiera de las pérdidas, lesiones corporales o perturbaciones funcionales señaladas en esta póliza, verificables mediante dictamen médico.

1.2. DEFINICIÓN DE DESMEMBRACIÓN.

Es el estado de deficiencia que sufra el asegurado durante la vigencia de la póliza y que se caracterice por la pérdida anatómica de un órgano o extremidad. Esta pérdida podrá ser de carácter funcional, entendiéndose por esta, aquella en que, a pesar de la presencia anatómica del órgano o extremidad, no existe ninguna funcionalidad de la misma.

1.3. DEFINICIÓN DE PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN.

PÉRDIDA. - Para todos los efectos de esta póliza, se entenderá por pérdida:

1.3.1 De las manos: Amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radiocarpiana.

1.3.2 De los pies. Amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana.

1.3.3 De los dedos de las manos: Amputación quirúrgica o traumática a nivel de la articulación metacarpofalángica o parte próxima de la primera falange.

1.3.4 De los dedos de los pies: Amputación quirúrgica o traumática a nivel de la articulación metatarsofalángica o parte próxima de la primera falange.

1.3.5 De los ojos: La pérdida total e irreparable de la visión.

INUTILIZACIÓN. - Es la pérdida 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 por el mismo accidente, el valor total de la indemnización será la suma de los porcentajes correspondientes a cada una, sin exceder el ciento por ciento (100%) de la suma asegurada.



1.4. DEFINICIÓN DE LAS ENFERMEDADES GRAVES.

Para efectos de esta póliza, se entenderá como objeto de la cobertura indicada en el **numeral 1.2.4.1** las enfermedades que cumplan con las siguientes definiciones:

1.4.1 CÁNCER.

Para todos los efectos de este amparo se entiende por cáncer, la enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por crecimiento descontrolado y extensión de células malignas, con invasión y destrucción del tejido normal. El diagnóstico de cáncer debe ser verificado suministrando el correspondiente informe histopatológico, están incluidos en la definición: la leucemia, los linfomas malignos, los linfomas cutáneos, la enfermedad de hodgkin y los procesos malignos de la médula ósea y sarcoma.

1.4.2 ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR (ACV).

Para todos los efectos de este amparo se entiende por tal, la muerte del tejido cerebral debida al inadecuado suministro de sangre o hemorragia, que produce:

- Déficit neurológico evidenciado en el examen médico, que persiste.
- En forma continua, al menos durante sesenta (60) días luego del Diagnóstico del ACV
- Aparición de nuevos signos neurológicos compatibles con ACV.
- La aparición de cambios típicos en la tomografía computarizada o resonancia magnética de cerebro, compatibles con el diagnóstico clínico.

1.4.3 INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.

Para todos los efectos de este amparo, se entiende como tal como el estado final de una enfermedad renal, manifestada con falla total, crónica e irreversible de la función de ambos riñones, que requiera la realización periódica de diálisis peritoneal, hemodiálisis y/o realizar un trasplante renal.

1.4.4 INFARTO AL MIOCARDIO

Para todos los efectos de este amparo se entiende como tal, la muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco (miocardio), como resultado de la interrupción abrupta del flujo sanguíneo adecuado al área comprometida. El diagnóstico debe ser confirmado por los cambios significativos típicos de los marcadores cardíacos en sangre (troponinas, ck-mb u otros marcadores bioquímicos específicos), acompañados de signos y síntomas de infarto cardíaco, o nuevos cambios electrocardiográficos característicos de infarto cardíaco.



1.4.5 INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR ENFERMEDAD DE LAS ARTERIAS CORONARIAS.

Para todos los efectos de este amparo se entiende como la cirugía a corazón abierto de una o más arterias coronarias ("by pass" coronario), con el objeto de corregir un bloqueo o estrechamiento de una o más arterias coronarias con injertos arteriales y/o venosos y restablecer el flujo sanguíneo apropiado. La necesidad de la cirugía debe ser confirmada por medio de una coronariografía, y debe ser solicitada por un médico cardiólogo.

1.4.6 TRANSPLANTE DE ÓRGANOS.

Para todos los efectos de este amparo esta garantía cubre únicamente al asegurado como receptor del trasplante de cualquiera de los órganos cubiertos, o la inclusión en una lista oficial de espera para trasplante de corazón, pulmón, hígado, riñón, páncreas o médula ósea humana (utilizando células hematopoyéticas progenitoras, precedido por ablación total de médula ósea).

1.4.7 ESCLEROSIS MÚLTIPLE.

Para todos los efectos de este amparo se entiende como tal el déficit neurológico múltiple como consecuencia de desmielinización en el cerebro y la médula espinal. El diagnóstico tiene que ser inequívoco y hecho por un médico neurólogo, después de más de un episodio de síntomas neurológicos bien definidos en un período de al menos seis (6) meses, con cualquier combinación de déficits en los nervios ópticos, el tronco cerebral, la médula espinal, coordinación o la función sensorial, además de signos de esclerosis múltiple en la resonancia magnética.

1.4.8. PARKINSON

Diagnóstico inequívoco de enfermedad de Parkinson realizado por un neurólogo, basado en signos claros de afección neurológica progresiva y permanente, donde el asegurado tiene incapacidad permanente para realizar al menos 3 de las 7 actividades de la vida diaria, a pesar de estar bajo tratamiento médico óptimo.

- a) bañarse. - capacidad para tomar un baño o ducharse (incluyendo la posibilidad de entrar y salir de la ducha).
- b) vestirse. - capacidad para poner, quitar, asegurar y aflojar todas las prendas que componen la vestimenta.
- c) transportarse. - capacidad para moverse de una cama a una silla o a una silla de ruedas y viceversa.
- d) transferencia. - capacidad de moverse de la cama a una silla vertical o a una silla de ruedas y viceversa.
- e) movilidad. - capacidad de desplazarse al interior en un mismo nivel o piso.
- f) ir al baño. - capacidad de usar el lavatorio y mantener un nivel razonable de higiene personal.
- g) capacidad de alimentarse por sí mismo una vez que los alimentos han sido preparados.



1.4.9. DEMENCIA INCLUYENDO ENFERMEDAD DE ALZHEIMER / AFECCIONES ORGANICAS IRREVERSIBLES DEGENERATIVAS DEL CEREBRO

Deterioro o pérdida de la capacidad intelectual, debido a una falla global irreversible del funcionamiento del cerebro, confirmado con evidencia clínica, pruebas estandarizadas y cuestionarios de Enfermedad de Alzheimer y Demencia. La enfermedad debe resultar en un deterioro cognoscitivo significativo y el diagnóstico debe confirmarse por un neurólogo.

1.4.10. TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE

Daño cerebral accidental que de por resultado un déficit neurológico permanente, después de 6 semanas de la fecha del accidente. El diagnóstico debe ser confirmado por un neurólogo y debe estar apoyado por hallazgos inequívocos en la resonancia magnética (RM) o en la tomografía computarizada (TAC). El daño cerebral debe ser causado exclusiva y directamente por el accidente, a través de medios externos visibles.

1.4.11. ESTADO DE COMA

Se refiere a un estado de inconsciencia sin reacción a estímulos externos o a necesidades internas, que persiste por al menos 96 horas, con necesidad de sistemas de soporte vital. Debe existir un déficit neurológico permanente certificado por un neurólogo.

1.4.12. QUEMADURAS GRAVES

Quemaduras de tercer grado (que penetra por todo el espesor de la piel) afectando al menos el 20% de la superficie del cuerpo del Asegurado.

1.4.13. ANEMIA APLÁSICA

Incapacidad crónica persistente de la médula ósea para producir suficientes células sanguíneas, lo que da por resultado anemia, neutropenia y trombocitopenia que requieren tratamiento con al menos uno de los siguientes procedimientos:

- Transfusión de productos sanguíneos
- Agentes estimulantes de la médula ósea
- Agentes inmunosupresores, o trasplante de médula ósea

1.4.14. VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (causada por transfusión sanguínea, contagio por aguja o trasplante de órganos)

Infección por virus de inmunodeficiencia humana o diagnóstico de Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA), si puede demostrarse que la infección fue debida a una de las siguientes causas:

- a. Transfusión de sangre o productos sanguíneos infectados de un servicio de transfusión sanguínea oficialmente registrado y reconocido por las autoridades sanitarias, realizada después de la fecha del inicio de la póliza. La seroconversión a infección VIH debe producirse en los seis (6) meses posteriores a la transfusión.



- b. Como resultado de un pinchazo accidental por aguja durante el desempeño de su ejercicio profesional como médico, dentista, enfermera, paramédico, bombero o policía. Cualquier accidente que pueda provocar una reclamación debe producirse durante la vigencia de la póliza y debe comunicarse al asegurador dentro de los siete (7) días siguientes y presentar una determinación negativa para anticuerpos VIH, realizada después del accidente. La seroconversión a infección VIH debe producirse dentro de los seis (6) meses posteriores al accidente.
- c. Al recibir un trasplante de órgano que ha sido infectado anteriormente con el virus del SIDA.

2. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

VIDAESTADO podrá exigir al Asegurado incapacitado que se someta a un examen practicado por el médico que ésta designe, cuya práctica se compromete a facilitar y realizar el Asegurado como garantía. Así mismo, el Asegurado presentará los exámenes médicos e historia clínica, cuando **VIDAESTADO** lo considere necesario para la verificación de los hechos, diagnósticos o enfermedades base de una eventual reclamación.

3. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN EN CASO DE ENFERMEDADES GRAVES.

VIDAESTADO pagará hasta el valor asegurado previsto en el amparo de Enfermedades Graves en vida del asegurado para lo cual el asegurado, deberá presentar las pruebas necesarias que determinen la existencia de la enfermedad de acuerdo con lo indicado en la condición **1.2.4.3**. El Asegurado que reciba cualquier indemnización igual al valor total asegurado por el presente amparo, quedará automáticamente excluido de él.

4. NO DEDUCCIONES Y AJUSTES DE LA PÓLIZA EN CASO DE ENFERMEDADES GRAVES.

La indemnización por Enfermedad Grave es acumulable al Seguro de Vida y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización de dicho amparo adicional, dicho pago no será deducido del valor del amparo básico de vida.

5. EXÁMENES MÉDICOS.

VIDAESTADO podrá practicar exámenes médicos al Asegurado, mientras se encuentre pendiente cualquier reclamación. Para tal efecto, como garantía, el asegurado se compromete a facilitar y acudir a su práctica en forma diligente y oportuna.

6. REVOCACIÓN DE LOS AMPAROS.

- 6.1 Cuando el Asegurado expresamente lo solicite por escrito.
- 6.2 **VIDAESTADO** podrá en cualquier tiempo revocar los amparos adicionales mediante aviso escrito enviado al tomador o al Asegurado a la última dirección registrada, con diez (10) días hábiles de antelación contados a partir de la fecha del envío.



PARÁGRAFO: El hecho de que **VIDAESTADO** reciba suma alguna de dinero después de la fecha de revocación, no hará perder los efectos a dicha revocación. En consecuencia, cualquier pago posterior será reembolsado en el entendido de que carece de causa.

7. IRREDUCTIBILIDAD.

El consentimiento de VIDAESTADO se otorga en atención a todas las declaraciones del Asegurado a que se refiere en el **numeral 1.1.1**. Transcurridos dos (2) años en vida del Asegurado, desde la fecha del perfeccionamiento de este Contrato, el valor del Seguro de Vida no podrá ser reducido por causa de error inculpable en la declaración de asegurabilidad, sin perjuicio de lo estipulado en la **condición 10**.

8. VALORES ASEGURADOS.

8.1. VALOR ASEGURADO INICIAL.

Es el valor señalado en la carátula de la póliza tanto para el amparo básico como para los amparos adicionales, el cual no sufrirá variación durante la vigencia de la póliza, si el plan elegido es sin crecimiento.

8.2. VALOR ASEGURADO CON CRECIMIENTO AMPARO BÁSICO.

Para el plan temporal de cinco (5) años **FLEXIVIDA**, el valor asegurado se incrementará cada año sobre el monto inicial en el porcentaje indicado en la carátula de la póliza.

El crecimiento del valor asegurado se suspenderá cuando el asegurado haya quedado incapacitado total y permanentemente, tal y como ha sido definido en el **numeral 1.2.2.1** de esta cobertura.

8.3. VALOR ASEGURADO CON CRECIMIENTO AMPAROS ADICIONALES.

Si el plan elegido por el Asegurado es con crecimiento, el valor Asegurado de los Amparos Adicionales se incrementará sobre el monto inicial, en el mismo porcentaje indicado en la carátula de la póliza para el amparo básico de vida.

8.4. VALOR ASEGURADO PARA EL AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

El valor máximo que **VIDAESTADO** pagará al asegurado bajo el amparo adicional de Incapacidad Total y Permanente, tal como ha quedado definido en la condición anterior, será el indicado en la carátula de la póliza o el valor alcanzado en la fecha en que se presente dicha incapacidad de acuerdo con el crecimiento acordado, una vez se estructure el estado de Incapacidad Total y Permanente, cuando se haya terminado el tratamiento médico y el de rehabilitación.

8.5. VALOR ASEGURADO PARA EL AMPARO ADICIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES.

Será el señalado en la carátula de la póliza. Siendo igual o inferior al valor asegurado contratado para el amparo básico de vida, crecerá proporcionalmente al amparo básico.



9. PRIMAS.

Las primas de esta póliza serán de protección, de acuerdo con las siguientes estipulaciones.

9.1. PRIMA DE PROTECCIÓN AMPARO BÁSICO.

Para el Plan temporal de cinco (5) años FLEXIVIDA, las tasas para la determinación de las primas están calculadas para periodos de un (1) año con pago anual. Para determinar la prima de los diferentes años, se multiplicará la tasa correspondiente por el valor asegurado alcanzado por la póliza al principio de cada año. Además, es entendido que en cada renovación quinquenal habrá cambio de tasa de acuerdo con la edad alcanzada por el Asegurado y los demás factores técnicos del producto.

9.2 PRIMA DE AHORRO

La prima de ahorro equivale al porcentaje de la prima total anual o valor fijo elegido por el Asegurado e indicado en la carátula de la póliza.

9.3. PRIMAS AMPAROS ADICIONALES.

El valor de la prima de los Amparos adicionales se incrementará en la misma proporción del crecimiento de los valores asegurados y de la edad alcanzada por el Asegurado.

9.4. PAGO DE PRIMAS.

Las primas totales han sido calculadas por periodos anuales. No obstante, en cualquier anualidad de la póliza podrá convenirse entre las partes, lo cual se hará constar por escrito, su pago en forma semestral, trimestral o mensual de acuerdo con las siguientes condiciones:

9.4.1 El pago de la prima o de la primera cuota en caso de fraccionamiento para su pago, es condición indispensable para la iniciación de la vigencia del seguro. En caso de fraccionamiento de la prima para el pago de las cuotas de primas subsiguientes a la primera y de las primeras del certificado de renovación, VIDAESTADO concede sin recargo de interés, un plazo de gracia de un (1) mes. Durante dicho plazo se considerará el seguro en vigor y, por consiguiente, si ocurre algún siniestro VIDAESTADO pagará el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas y pendientes de pago, hasta completar la anualidad respectiva. El no pago de pago de las primas posteriores a la primera, dentro del plazo de gracia establecido producirá la terminación automática del contrato de seguro.

10. INEXACTITUD RESPECTO DE LA EDAD.

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

10.1. Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa de VIDAESTADO, este contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el Artículo 1058 del Código de Comercio.



- 10.2.** Si la edad es mayor que la declarada, el valor asegurado se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por **VIDAESTADO**.
- 10.3.** Si es menor, el valor asegurado se aumentará en la misma proporción establecida en la condición 10.2.

11. CAMBIO DE BENEFICIARIO(S).

En cualquier tiempo, mientras la póliza este vigente, el Asegurado podrá cambiar el Beneficiario o Beneficiarios a título gratuito, debiéndose notificar por escrito a **VIDAESTADO** dicha circunstancia. El cambio de Beneficiario a título gratuito, surtirá efecto desde el momento en que la notificación por escrito sea entregada en cualquiera de las oficinas de **VIDAESTADO**.

12. CONVERSIÓN.

Mientras la póliza este vigente, mediante el pago efectivo de sus primas, el asegurado antes de cumplir setenta y cinco (75) años de edad, podrá convertirla en cualquier otro plan de seguros de Vida Entera que tenga disponible **VIDAESTADO** hasta por el valor asegurado alcanzado, en la fecha de la conversión, sin presentación de requisitos de asegurabilidad adicionales. La nueva póliza se expedirá con la edad alcanzada por el asegurado en la fecha de conversión, con la tarifa de primas que **VIDAESTADO** tenga vigente en tal fecha para el plan al cual se ha hecho la conversión.

CAPÍTULO III

CONDICIONES ESPECIALES

SI EL TOMADOR O ASEGURADO NO CONTRATARON PARA ESTE SEGURO LA OPCIÓN DE VIDA CON FONDO DE AHORRO, NO PODRAN HACER USO DE LAS CONDICIONES ESPECIALES DE LA PÓLIZA, DESCRITAS EN ESTE CAPÍTULO

1. FONDO DE AHORRO

El fondo de ahorro estará conformado por los valores de ahorro de este seguro.

2. VALORES DE AHORRO

Los valores de ahorro corresponden a las primas de ahorro recaudadas, durante la vigencia del seguro, más los rendimientos producidos en dicho fondo.

3. USO DE LOS VALORES DE AHORRO

Transcurrido un año de vigencia de la póliza, los valores de Ahorro generados en el Fondo de Ahorro podrán ser utilizados por el Asegurado para:



3.1 Retiros en efectivo:

Los retiros podrán hacerse a la fecha aniversario de la póliza, en cualquier momento sin ningún costo para el Asegurado, disminuyendo el valor de ahorro en la suma retirada.

3.2 Pago de primas de renovación (opción automática)

Vencido el plazo de gracia para el pago de las primas, el Asegurado autoriza a **VIDAESTADO**, para aplicar del valor de ahorro, lo correspondiente al pago de la prima de protección, de la anualidad respectiva, con el fin de garantizar así la vigencia del Seguro.

Si el valor de ahorro es inferior al de la prima de protección, se aplicará éste como parte de pago de la prima, liquidándose a prorrata la vigencia del Seguro.

Agotados los valores de ahorro, y no pagada la prima, la póliza quedará automáticamente terminada.

3.3 Compra de Seguro Prorrogado:

El Asegurado podrá suspender el pago de primas y continuar protegido al aplicar el valor de ahorro a la compra de un Seguro Prorrogado, por el tiempo que le alcance contado desde la fecha en que se causó la prima de renovación

CAPÍTULO IV

ANEXO DE ACCIDENTES PERSONALES

CONDICIONES GENERALES

SECCIÓN I

DEFINICIÓN DE AMPAROS Y EXCLUSIONES

1. AMPARO

1.1 AMPARO BÁSICO: MUERTE ACCIDENTAL

MEDIANTE EL PRESENTE AMPARO VIDAESTADO, CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES DEL PRESENTE ANEXO CUBRE EL RIESGO DE MUERTE A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE DEL ASEGURADO, SIEMPRE QUE LA MUERTE SE PRODUZCA DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS COMUNES SIGUIENTES A LA FECHA DEL MISMO.



1.2 AMPARO DE DESMEMBRACIÓN

EL PRESENTE ANEXO AMPARA LA LESIÓN CORPORAL CAUSADA POR UN ACCIDENTE QUE TENGA COMO CONSECUENCIA DIRECTA E INDEPENDIENTE DE OTRA CAUSA, CUALQUIERA DE LAS PERDIDAS ENUMERADAS EN LA “TABLA DE INDEMNIZACIONES PORCENTUAL POR PERDIDA”. SIEMPRE QUE LA LESIÓN, O LA PÉRDIDA SE PRODUZCA DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS COMUNES SIGUIENTES A LA FECHA DEL ACCIDENTE Y EN TAL CASO, VIDAESTADO PAGARA LA INDEMNIZACIÓN, RESPECTO DE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA, CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES PÉRDIDAS:

TABLA DE INDEMNIZACIONES PORCENTUAL POR PÉRDIDA

CLASE DE PÉRDIDA	%
1. ENAJENACIÓN MENTAL INCURABLE CON IMPOTENCIA FUNCIONAL ABSOLUTA	100%
2. PARÁLISIS O INVALIDEZ TOTAL O PERMANENTE	100%
3. CEGUERA COMPLETA EN AMBOS OJOS	100%
4. LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE AMBOS PIES O AMBAS MANOS	100%
5. SORDERA TOTAL BILATERAL	100%
6. PÉRDIDA DEL HABLA	100%
7. PÉRDIDA DEL BRAZO O LA MANO DERECHA	60%
8. PÉRDIDA COMPLETA DE LA VISIÓN DE UN OJO	50%
9. SORDERA TOTAL UNILATERAL	50%
10. PERDIDA DEL BRAZO O DEL LA MANO IZQUIERDA	50%
11. PÉRDIDA DE UNA PIERNA POR ENCIMA DE LA RODILLA	50%
12. PÉRDIDA DE UN PIE	40%
13. PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA CADERA	30%
14. PÉRDIDA DEL DEDO PULGAR DERECHO	25%
15. PÉRDIDA TOTAL DE TRES DEDOS DE LA MANO DERECHA DEL PULGAR Y OTRO DEDO QUE NO SEA EL ÍNDICE	25%
16. PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DEL HOMBRO DERECHO	25%
17. PÉRDIDA DEL DEDO PULGAR IZQUIERDO	20%
18. PÉRDIDA TOTAL DE TRES DEDOS DE LA MANO IZQUIERDA O EL PULGAR Y OTRO DEDO QUE NO SEA EL ÍNDICE	20%
19. PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA MUÑECA O DEL CODO DERECHO	20%
20. PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE ALGUNA RODILLA	20%
21. PÉRDIDA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO	15%
22. PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA MUÑECA O DEL CODO IZQUIERDO	15%
23. PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DEL TOBILLO	15%
24. PÉRDIDA DEL DEDO ÍNDICE IZQUIERDO	12%
25. PÉRDIDA DEL DEDO ANULAR DERECHO	10%
26. PÉRDIDA DEL DEDO MEDIO DERECHO	10%
27. PÉRDIDA DEL DEDO ANULAR IZQUIERDO	8%



TABLA DE INDEMNIZACIONES PORCENTUAL POR PÉRDIDA

CLASE DE PÉRDIDA	%
28. PÉRDIDA DEL DEDO MEDIO IZQUIERDO	8%
29. PÉRDIDA DEL DEDO GORDO EN ALGUNOS DE LOS PIES	8%
30. PÉRDIDA EL DEDO MEÑIQUE DERECHO	7%
31. PÉRDIDA DEL DEDO MEÑIQUE IZQUIERDO	5%

LA PÉRDIDA DE MIEMBROS U ÓRGANOS YA IMPOSIBILITADOS ANTES DEL ACCIDENTE NO PODRÁN DAR LUGAR A LA INDEMNIZACIÓN, POR LO TANTO, SE PAGARÁ LA DIFERENCIA ENTRE EL ESTADO DE INVALIDEZ QUE REPRESENTARÁ ANTES Y DESPUÉS DEL ACCIDENTE.

LA INDEMNIZACIÓN TOTAL QUE CORRESPONDA A VARIAS PÉRDIDAS SUFRIDAS EN UN MISMO ACCIDENTE, SE OBTIENE POR LA SUMA DE LOS PORCENTAJES FIJADOS A CADA UNA DE ELLAS, SIN QUE LA SUMA TOTAL EXCEDA DEL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN POR DESMEMBRACIÓN. CUANDO VARIAS CIRCUNSTANCIAS DERIVADAS DE UN MISMO ACCIDENTE AFECTEN A UN MISMO MIEMBRO U ÓRGANO, NO SE ACUMULAN ENTRE SI, POR TANTO, LA INDEMNIZACIÓN SE DETERMINARÁ POR LA MAYOR DE LAS DICHAS INHABILIDADES. EN CASO DE CONSTAR QUE EL ASEGURADO ES ZURDO, SE INVERTIRÁN LOS PORCENTAJES DE LA INDEMNIZACIÓN FIJADOS POR LA PÉRDIDA DE LO MIEMBROS SUPERIORES.

1.3. AMPARO DE GASTOS MÉDICOS

SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE EL ASEGURADO, DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS COMUNES SIGUIENTES A LA FECHA DEL MISMO SE VIERA PRECISADO A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA, SOMETERSE A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, HOSPITALIZARSE O RECIBIR CUALQUIER CLASE DE ASISTENCIA MÉDICA NECESARIA PARA EL RESTABLECIMIENTO DE SU SALUD, VIDAESTADO REEMBOLSARÁ EL VALOR DE DICHAS ASISTENCIAS HASTA EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO, CON SUJECCIÓN A LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- A. QUE EL ACCIDENTE HUBIERE OCURRIDO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA**
- B. EL MÉDICO O CIRUJANO QUE LO ATIENDA DEBE ESTAR LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN**
- C. LOS GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN SERÁN LOS QUE SE OCASIONEN DENTRO DE UNA CLÍNICA U HOSPITAL DEBIDAMENTE AUTORIZADOS PARA PRESTAR TALES SERVICIOS.**
- D. 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.**
- E. LA PRESENTACIÓN DE LAS FACTURAS Y/O CUENTAS ORIGINALES**



1.4. AMPARO DE RENTA MENSUAL POR INCAPACIDAD TOTAL Y TEMPORAL

VIDAESTADO CUBRE LAS LESIONES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO CUANDO DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS COMUNES SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR ESTE ANEXO, LE ORIGINAREN POR SÍ SOLAS UNA INCAPACIDAD POR MAS DE TRES (3) DÍAS QUE LE IMPIDA EL DESEMPEÑO DE TODOS Y CADA UNO DE LOS DEBERES Y OBLIGACIONES RELACIONADOS CON SU OCUPACIÓN, OBLIGÁNDOLE A GUARDAR REPOSO O A ESTAR RECLUIDO.

DICHA RENTA MENSUAL SE PAGARÁ DURANTE EL PERÍODO DE DURACIÓN DE TAL INCAPACIDAD, MENOS LOS PRIMEROS TRES (3) DÍAS SIN EXCEDER DE DOCE (12) MESES.

2. EXCLUSIONES

SE EXCLUYEN DE LA COBERTURA DE ESTE ANEXO, LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- A. TENTATIVA DE SUICIDIO, O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA A SÍ MISMO YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- B. LOS ACCIDENTES PRODUCIDOS POR HECHOS DE GUERRA, ASONADA, TERRORISMO, SEDICIÓN, REBELIÓN O CUALQUIER OTRO HECHO QUE ALTERE EL ORDEN PÚBLICO.
- C. LAS LESIONES COMO CONSECUENCIA DEL SECUESTRO DEL ASEGURADO Y SUS TENTATIVAS.
- D. LESIONES CORPORALES CAUSADAS POR OTRA PERSONA CON ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE.
- E. LOS ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO MIENTRAS ACTÚE COMO PILOTO O HAGA PARTE DE LA TRIPULACIÓN DE UNA AERONAVE O MIENTRAS SE ENCUENTRE EN AERONAVES QUE NO SEAN DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS INCLUYENDO EL USO DE CUALQUIER TIPO DE PLANEADORES Y COMETAS.
- F. LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR LA VIOLACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO DE CUALQUIER NORMA LEGAL O REGLAMENTARIA.
- G. ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DEL BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE DROGAS TOXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS, SIEMPRE Y CUANDO ESTA SEA LA CAUSA DIRECTA DEL ACCIDENTE.
- H. PERDIDAS O LESIONES CAUSADAS POR INFECCIÓN BACTERIAL DISTINTA A LA CONTRAÍDA POR LESIONES CORPORALES AMPARADAS.
- I. LOS ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X, CHOQUES ELÉCTRICOS, ETC., SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO.



- J. PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER RIÑA.**
- K. LOS ACCIDENTES QUE SEAN CONSECUENCIA DE TERREMOTO, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, INUNDACIONES, HURACANES Y EN GENERAL, TODO FENÓMENO DE LA NATURALEZA.**
- L. LOS ACCIDENTES RESULTANTES DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR FISIÓN Y/O FUSIÓN NUCLEAR Y DE RADIOACTIVIDAD.**
- M. LA PRÁCTICA Y/O ENTRENAMIENTOS, PARTICIPACIÓN EN DEPORTES O ACTIVIDADES TALES COMO ESPELEOLOGÍA, BUCEO, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, PARACAIDISMO, COMETA DELTA, SNOWBOAR, SKATEBOARD, KITESURF MOTOCROSS, BUCEO DEPORTIVO RAPPEL, CANOTAJE, CUALQUIER MODALIDAD DE ESQUÍ, PATINAJE SOBRE HIELO, HOCKEY, CUATRICICLO, MOTONAUTICA, WINDSURF, PARKOUR Y LAS PRÁCTICAS O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL.**
- N. LOS GASTOS MÉDICOS EN QUE INCURRA COMO CONSECUENCIA DE CIRUGÍA ESTÉTICA O PLÁSTICA CON FINES DE EMBELLECIMIENTO, PRÓTESIS DENTAL, CIRUGÍAS O TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO, REFRACCIONES VISUALES Y SUMINISTRO DE ANTEOJOS O LENTES DE CONTACTO A NO SER QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR ESTE ANEXO.**
- O. ENFERMEDADES TALES COMO HERNIAS DE CUALQUIER CLASE, EVENTRACIONES Y OCLUSIONES INTESTINALES, ROTURAS DE ANEURISMAS, CALAMBRES, ATAQUES CARDIACOS, APOPLEJÍA SINCOPEs, CONVULSIONES, VÉRTIGO, CRISIS EPILÉPTICAS, DESMAYOS, LIPOTIMIA, EPILEPTOIDES O SONAMBULISMO SEAN CUALES FUEREN SU NATURALEZA Y SUS CONSECUENCIAS.**
- P. LOS GASTOS MÉDICOS CAUSADOS POR UN ACCIDENTE DE TRANSITO CUBIERTOS POR EL SOAT Y/O EL FOSYGA HASTA OCHO CIENTOS 800 SALARIOS DIARIOS MÍNIMOS LEGALES VIGENTES.**
- Q. LOS ACCIDENTES DE TRABAJO.**

3. LIMITACIONES

APLICAN PARA ESTE ANEXO LAS SIGUIENTES LIMITACIONES:

- A. LOS VALORES ASEGURADOS CONTRATADOS EN CUALQUIERA DE LAS COBERTURAS, NO PODRÁN EXCEDER EN NINGÚN CASO EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO EN EL AMPARO BÁSICO DE VIDA.**
- B. POR NINGUNA RAZÓN SE HARÁN PAGOS POR DESMEMBRACIÓN Y MUERTE ACCIDENTAL SIMULTÁNEAMENTE, PROVENIENTES DE UN MISMO ACCIDENTE, POR LO TANTO, CUANDO HAYA HABIDO LUGAR AL PAGO POR MUERTE ACCIDENTAL NO HABRÁ LUGAR POR DESMEMBRACIÓN.**



- C. CUANDO SE TRATE DE UN PAGO POR DESMEMBRACIÓN POR SUMAS INFERIORES AL VALOR CONTRATADO EN ESTA COBERTURA SUBSISTIRÁN LOS AMPAROS DE MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRACIÓN HASTA POR LA DIFERENCIA CON EL VALOR ASEGURADO ANTES DEL SINIESTRO.**
- D. EL ASEGURADO PODRÁ SOLICITAR LA RESTITUCIÓN DEL VALOR ASEGURADO EN LA RENOVACIÓN SIGUIENTE A CUALQUIER RECLAMO POR DESMEMBRACIÓN POR SUMAS INFERIORES AL VALOR ASEGURADO. TAL RESTITUCIÓN ESTARÁ CONDICIONADA AL ESTUDIO Y ACEPTACIÓN DE VIDAESTADO.**
- E. SI LAS LESIONES SUFRIDAS A CONSECUENCIA DEL MISMO ACCIDENTE DAN LUGAR AL PAGO DE ALGUNA DE LAS INDEMNIZACIONES PREVISTAS EN LA CONDICIÓN 1.2 AMPARO DE DESMEMBRACIÓN, LA RENTA POR INCAPACIDAD SOLAMENTE SE PAGARÁ DURANTE UN PERIODO MÁXIMO DE TRES (3) MESES Y CUALQUIER SUMA PAGADA EN EXCESO, SE DESCONTARÁ DE LA INDEMNIZACIÓN CORRESPONDIENTE A DESMEMBRACIÓN.**

LA PROTECCIÓN DE ESTE ANEXO SE EXTIENDE AL EXTERIOR DE COLOMBIA, SALVO EL AMPARO DE RENTA MENSUAL POR INCAPACIDAD, EL CUAL ÚNICAMENTE ESTA CUBIERTO CUANDO EL ACCIDENTE OCURRA EN COLOMBIA.

4. EDADES

4.1 EDAD MÁXIMA DE INGRESO:

LA EDAD MÁXIMA DE INCLUSIÓN ES DE CINCUENTA Y NUEVE (59) AÑOS.

4.2 EDAD MÁXIMA DE TERMINACIÓN:

A LA ANUALIDAD DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA POSTERIOR A LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO HAYA CUMPLIDO SETENTA (70) AÑOS DE EDAD.

5. VALORES ASEGURADOS

5.1 VALOR ASEGURADO

El valor asegurado de las coberturas otorgadas en el presente anexo se incrementará cada año sobre el monto inicial en el porcentaje indicado en la carátula de la póliza.

6. TERMINACIÓN

Las coberturas otorgadas para el presente anexo terminarán cuando:

6.1 El asegurado lo solicite por escrito



- 6.2 Cuando fuere exonerado del pago de las primas por la aplicación del amparo de exoneración de pago de primas en caso de incapacidad total y permanente.
- 6.3 Cuando **VIDAESTADO** haya pagado en virtud de cualquiera de los amparos adicionales la suma asegurada contratada.

7. DEFINICIONES

7.1. ACCIDENTE:

Para efectos de este amparo se define como accidente el hecho violento, externo, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del asegurado, que cause lesiones corporales en la integridad física, evidenciadas por contusiones o heridas visibles o lesiones internas médicamente comprobadas.

7.2. DEFINICIÓN DE PÉRDIDAS O INUTILIZACIÓN

Para efectos de la cobertura este anexo se entiende como:

7.2.1. Pérdida física o funcional:

La lesión consiste en amputación a nivel de articulaciones radiocarpianas, tibotarsianas o del hombro o la inutilización total del órgano respectivo

7.2.2. Inutilización:

Significa pérdida funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado, en forma tal que no pueda desarrollar ninguna de sus funciones naturales.

7.3. TRATAMIENTO:

Conjunto de medios terapéuticos por los cuales se cura o alivia una enfermedad o una lesión por accidente.

7.4. MÉDICO:

La persona natural que cumpliendo los requisitos legales se encuentre autorizada para el ejercicio de la profesión en el área clínica, quirúrgica o de apoyo, diagnóstico o asistencial.

7.5. CENTRO HOSPITALARIO (HOSPITAL O CLÍNICA):

Establecimiento legalmente registrado y autorizado que reúna condiciones exigidas para mantener a los enfermos.



7.6. HOSPITALIZACIÓN:

Es la permanencia en un hospital o clínica como paciente interno estando el asegurado bajo el cuidado y atención de un médico por más de veinticuatro (24) horas.