

CONDICIONES PÓLIZA VIDA GRUPO GIROS Y FINANZAS

1 OBJETO DEL SEGURO: Amparar contra el riesgo de muerte por cualquier causa, incapacidad total y permanente, enfermedades graves, renta diaria por hospitalización, a cada uno de los miembros del grupo asegurado.

2 TOMADOR: GIROS Y FINANZAS COMPAÑÍA DE FINANCIAMIENTO C.F. S. A.

3 GRUPO ASEGURADO: Podrán actuar como asegurados los clientes del tomador que voluntariamente deseen adquirir la póliza y hagan el respectivo pago de la prima de seguro.

4 BENEFICIARIOS: Para el amparo básico muerte, los beneficiarios serán los designados por el asegurado o en su defecto los de ley.

Para los demás amparos el beneficiario será el mismo asegurado.

5 VIGENCIA INDIVIDUAL DEL SEGURO: La vigencia individual del seguro iniciará a las 23:59 horas del día de la adquisición de la póliza; siempre y cuando se hayan cumplido los requisitos de asegurabilidad.

6. AMPAROS:

6.1 MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

Ampara contra el riesgo de muerte a cada uno de los miembros del grupo asegurado, incluye suicidio desde el primer día de vigencia del seguro y sida diagnosticado dentro de la vigencia de la póliza.

NOTA: Para el caso de homicidio se dará cobertura a partir del día 365 de haber ingresado a la póliza y su valor asegurado corresponderá al 50% del valor asegurado por muerte según plan tomado por el asegurado.

6.2 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Se entiende por Incapacidad Total y Permanente, la sufrida por el asegurado por un accidente o enfermedad ocurrido y/o manifestado estando asegurado bajo el presente amparo y que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que por vida impidan a la persona desempeñar todas las ocupaciones o empleos remunerados.

La incapacidad total y permanente debe ser calificada de acuerdo con lo estipulado por la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, esta debe ser igual o superior al 50%, siempre y cuando el evento generador de la misma, se produzca dentro de la vigencia de la póliza.

NOTA: Esta cobertura no es acumulable al básico de vida y por tanto una vez paga la indemnización cesa la obligación de la aseguradora.

El seguro de vida grupo terminará para cada asegurado una vez que se afecten las coberturas de muerte por cualquier causa o incapacidad total y permanente.

6.3 ENFERMEDADES GRAVES

Si al asegurado durante la vigencia de este amparo se le diagnostica cualquiera de las siguientes enfermedades en las condiciones descritas en la póliza, la aseguradora pagará al asegurado el valor contratado:

A. CANCER

Enfermedad provocada por la aparición de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento descontrolado y la diseminación de las células malignas y la invasión de los tejidos normales. Se incluye en esta definición las leucemias, los linfomas, la enfermedad de Hodgkin y el melanoma maligno.

B. INFARTO AL MIOCARDIO

Se define como la muerte de una parte del músculo cardíaco, ocasionada por una brusca reducción del flujo sanguíneo coronario. Este diagnóstico debe sustentarse en la presencia de dolores precordiales, alteraciones recientes del electrocardiograma y aumento de las enzimas cardíacas.

C. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Disminución de la capacidad renal para excretar desechos nitrosos, con la consecuente retención de productos nitrogenados ocasionada por múltiples causas. Llevar al asegurado a la práctica regular e indefinida de diálisis peritoneal o hemodíalisis y en casos extremos a la recepción de un trasplante renal.

D. ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR

Se define como la muerte de tejido cerebral, debido a una disminución del flujo sanguíneo cerebral, que se manifiesta por un déficit neurológico de severidad variable, demostrable además con alteración permanente de pruebas de función neurológica. Pruebas que deberán ser realizadas por un neurólogo después de transcurridas como mínimo seis (6) semanas de ocurrido el evento.

E. AFECCIÓN DE ARTERIA CORONARIA QUE EXIJA CIRUGÍA

Enfermedad coronaria que requiera de revascularización coronaria (By-pass) para corregir estrechamiento u obstrucción de dos o más arterias coronarias. La necesidad de tal intervención quirúrgica debe haber sido probada con base en una angiografía coronaria. Las angioplastias no se consideran cirugía cardíaca.

F. TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES

Es la implantación de un órgano extraído de un donante humano, en el organismo del asegurado, con restablecimiento de las conexiones arteriales y venosas.

Los trasplantes cubiertos en la presente póliza son los que se realizan sobre los siguientes órganos:

- De corazón: Por cardiomiopatía, insuficiencia cardíaca descompensada, enfermedad coronaria del corazón, defecto valvular.
- De pulmón: Por mucoviscidosis, fibrosis pulmonar, enfisema pulmonar, hipertensión pulmonar.
- De hígado: Por cirrosis hepática, carcinoma de célula hepática, insuficiencia hepática aguda debido a intoxicación
- De páncreas: Por diabetes mellitus tipo I.

NOTA: El trasplante de todos los demás órganos, parte de órganos, o el trasplante de cualquier otro tejido están excluidos.

Para cualquier proceso de indemnización por trasplante de órganos, es condición indispensable que se cumplan en todas y cada una de sus partes, las disposiciones de las leyes vigentes de trasplantes de órganos.

G. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Diagnóstico clínico incontestable de enfermedad de alzheimer (demencia pre-senil) antes de la edad de 66 años y emitido por un especialista en neurología y confirmado por hallazgos característicos en las pruebas de neuroimagen (tac, rmn, pet cerebral) la enfermedad debe producir como resultado una incapacidad permanente de realizar de manera independiente cuatro o más actividades de la vida diaria.

H. QUEMADURAS GRAVES O GRAN QUEMADO

Quemaduras de tercer grado que cubran al menos un 20% de la superficie corporal del asegurado.

El diagnóstico debe ser confirmado por especialista en cirugía plástica y evidenciado por los métodos convencionales para establecer áreas corporales quemadas.

I. ANEMIA APLÁSICA

Diagnóstico incontestable de falla en la médula ósea confirmado por especialista en hematología y demostrado a través del resultado de biopsia en la médula ósea. La enfermedad debe ocasionar simultáneamente anemia, neutropenia y trombocitopenia que obliguen al menos a uno de los siguientes tratamientos:

- a. Transfusión de derivados de la sangre
- b. Estimulantes de la médula ósea
- c. Agentes inmunosupresores
- d. Trasplante de médula ósea

J. ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Diagnóstico incontestable formulado por especialista en neurología de por lo menos dos episodios de síntomas característicos de desmielinización, anomalías neurológicas permanentes acompañado de deterioro funcional con una duración continua no inferior a seis meses y que hayan sido documentados por técnicas modernas de neuroimagen.

El diagnóstico deberá ser ratificado cumplidos los seis (6) meses posteriores a la ocurrencia del primer episodio.

K. TRAUMA MAYOR DE CABEZA

Trauma mayor de la cabeza con deterioro de la función cerebral que debe ser confirmado por especialista en neurología y demostrado por hallazgos característicos en las pruebas de neuroimagen (tac, resonancia magnética cerebral) dicho trauma debe provocar una incapacidad permanente para realizar de manera independiente cuatro o más actividades de la vida diaria.

L. ENFERMEDAD DE PÁRKINSON

Diagnóstico incontestable de enfermedad de parkinson primaria (todas las demás formas de parkinsonismo están excluidas) emitido por un especialista en neurología.

Dicha enfermedad debe provocar incapacidad permanente para realizar cuatro o más actividades de la vida diaria.

M. ESTADO DE COMA

Estado severo de pérdida de conciencia con total ausencia de reacción a estímulos externos o internos requiriendo de manera continua el uso de sistemas de soporte vital (respirador introtropia, alimento parenteral) por un periodo mínimo de 96 horas y resultando en un déficit neurológico permanente.

El diagnóstico deberá ser confirmado por especialista y el déficit neurológico debe ser documentado por lo menos durante tres meses.

NOTA: La suma asegurada para el amparo de enfermedades graves será independiente de la suma asegurada para el amparo básico de vida.

Periodo de carencia para el amparo de enfermedades graves es de 90 días.

6.4 RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

La hospitalización se determina por el ingreso del asegurado como paciente interno en un centro hospitalario autorizado, mínimo (24) horas para el diagnóstico y tratamiento, bajo el cuidado y supervisión médica, con un máximo de (45) días por evento y (4) eventos por año.

Bajo este amparo la Aseguradora pagará una suma diaria por cada día de hospitalización, a partir del segundo día.

6.4.1 UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (U.C.I.)

Por este amparo, mientras el asegurado permanezca internado en la unidad de cuidados intensivos, la aseguradora reconocerá como el beneficio diario, el equivalente a dos (2) veces la suma pactada para el amparo de renta diaria, con un máximo de treinta (30) días por evento.

6.4.2 TRATAMIENTO MÉDICO Y CIRUGÍA AMBULATORIA

Bajo este amparo la aseguradora indemnizará al asegurado que tenga que ser sometido a cirugía o tratamiento médico efectuado dentro de una institución hospitalaria o centro de cirugía que cumpla con los requisitos exigidos por las entidades competentes para tal fin para prestar el servicio ambulatorio.

La aseguradora pagará una vez por anualidad la suma estipulada, como consecuencia de una misma lesión o enfermedad.

6.4.3 PARTO

El parto normal o por cesárea, estarán cubiertos por este amparo, siempre y cuando el embarazo se haya iniciado después de entrar en vigencia el seguro.

La aseguradora reconocerá la suma diaria asegurada indicada en la póliza por cada día que permanezca

CONDICIONES PÓLIZA VIDA GRUPO GIROS Y FINANZAS

hospitalizada, con un máximo de cinco (5) días por cada vigencia anual.

7. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

AMPARO	EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD DE PERMANENCIA
BÁSICO (MUERTE POR CUALQUIER CAUSA)	18 AÑOS	65 AÑOS + 364 DÍAS	66 AÑOS + 364 DÍAS
TOTAL Y PERMANENTE, RENTA POR HOSPITALIZACIÓN	18 AÑOS	65 AÑOS + 364 DÍAS	66 AÑOS + 364 DÍAS
ENFERMEDADES GRAVES	18 AÑOS	65 AÑOS + 364 DÍAS	66 AÑOS + 364 DÍAS

8. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Todos los asegurados deben cumplir con los requisitos de asegurabilidad, que son edad, estado de salud y ocupación.

9. CONDICIONES DE LA PÓLIZA

9.1 SUMA ASEGURADA MÁXIMA

La suma asegurada máxima por asegurado en una o varias pólizas será de hasta \$75.000.000 siempre que haya cumplido con los requisitos de asegurabilidad. Para la cobertura de renta diaria por hospitalización, el máximo valor es de treinta mil pesos (\$30.000) M/Cte. Independiente del número de planes que tome el asegurado.

9.2 OCUPACIONES NO ASEGURABLES

No se aseguran las personas que tengan como ocupación alguna de las que a continuación se describen.

- Comerciantes en oro y esmeraldas.
- Guardaespaldas
- Deportistas profesionales (*)
- Vigilantes
- Magistrados salas penales
- Ganaderos en general
- Trabajadores de empresas de explosivos
- Trabajadores de bares, grilles, discotecas y afines
- Guardianes de cárceles
- Policías o militares en servicio activo
- Miembros de organismo de seguridad o inteligencia (públicos, privados o del estado)
- Administradores y/o propietarios de fincas bananeras en Urabá
- Jueces penales o fiscales
- Trabajadores en casas de cambio empeño compraventas
- Sindicalistas
- Bomberos
- Operarios de pozos petroleros
- Cargos de elección popular
- Dueños de puestos en San Andresito
- Mineros bajo tierra

(*) Por deportista profesional debe entenderse aquella persona cuya principal actividad es la práctica de un deporte, y como consecuencia de ello derive su sustento.

9.3 DEPORTES NO ASEGURABLES

No se aseguran las personas que practiquen como profesional o aficionado en forma permanente los siguientes deportes: Alpinismo, caza, taumomaquia, artes marciales, automovilismo, tiro, vuelo en cometa o ala delta, buceo (inmersiones submarinas), parapente, motociclismo, boxeo, aviación, lucha, motonáutica, motocross.

Esta condición se extiende para todos los deportes considerados habitualmente como deportes o actividades extremas.

En cualquier caso, la única responsabilidad de la aseguradora por ingresos que contravengan esta cláusula será la devolución de las primas recibidas por dicho ingreso.

10. EXCLUSIONES:

10.1 EXCLUSIONES DEL AMPARO BÁSICO

El amparo básico de muerte se otorga sin exclusiones con excepción de las preexistencias que no hayan sido autorizadas previamente por la aseguradora, y en atención a lo previsto en el artículo 1058 del Código de Comercio.

1. Guerra, invasión, actos de enemigo extranjero, hostilidades y operaciones de guerra (haya sido declarada o no), guerra civil, sedición, revolución, rebelión, asonada, terrorismo, subversión, o actos delictivos en que el asegurado participe directamente.
2. Actividades terroristas NBQR (nuclear, biológico, química, radioactivo).
3. Los accidentes resultantes directa o indirectamente por fisión y/o fusión nuclear y de radioactividad.
4. En todos los casos se aplicarán los términos de los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio.

10.2 EXCLUSIONES DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

1. Cuando el evento generador de la incapacidad total y permanente se haya producido con anterioridad a la fecha de inclusión del asegurado en el presente anexo.
2. Cuando el evento generador de la incapacidad total y permanente haya sido provocado por el asegurado.
3. Cuando las patologías motivadoras de la calificación de pérdida de capacidad laboral se deriven de enfermedades como: Ceguera, enfermedades síquicas, mentales, trastornos depresivos, demencia y enajenación mental como consecuencia de un accidente.
4. Guerra, invasión, actos de enemigo extranjero, hostilidades y operaciones de guerra (haya sido declarada o no), guerra civil, sedición, revolución, rebelión, asonada, terrorismo, subversión, o actos delictivos en que el asegurado participe directamente.
5. Actividades terroristas NBQR (nuclear, biológico, química, radioactivo).
6. Los accidentes resultantes directa o indirectamente por fisión y/o fusión nuclear y de radioactividad.

10.3 EXCLUSIONES DEL AMPARO ADICIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES

No se pagará ningún beneficio bajo el presente amparo, si el asegurado padece o se le diagnostica una de las enfermedades indicadas en el numeral 6.3, que sean consecuencia de o en conexión con:

1. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), tal como fue definido por la organización mundial de la salud (OMS), o cualquier síndrome o enfermedad de tipo similar que, bajo cualquier nombre, sea diagnosticada por un médico, establecimiento hospitalario o laboratorio clínico legalmente autorizado para desempeñar su objeto social o profesión.
2. La presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (V.I.H.) descubierto mediante el test de anticuerpos o prueba de elisa positiva para V.I.H.
3. Cualquier otra enfermedad derivada de las anteriores.
4. El cáncer de seno o matriz.
5. El cáncer de próstata.
6. Los tumores de la piel, salvo que se trate de melanomas malignos.
7. Cáncer in situ no invasivo de cualquier órgano.
8. La angioplastia y/o cualquier otra intervención intra - arterial.
9. Enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas.
10. Enfermedades o padecimientos preexistentes al ingreso del asegurado a la póliza o al inicio de este anexo.
11. El estado de coma provocado por el abuso de alcohol, tóxico o drogas no prescritas por un médico.
12. Cuando la enfermedad cubierta haya sido diagnosticada, exista un historial previo relacionado con ella o se haya recibido tratamiento para la misma, antes de la iniciación de la vigencia del presente anexo adicional.
13. Cuando la enfermedad haya sido diagnosticada por primera vez durante los

primeros noventa (90) días contados a partir de la fecha de iniciación de la vigencia de este amparo, para cada asegurado.

14. En lo que a accidentes cerebro vasculares se refiere, cuando se trate de accidentes vasculares isquémicos, transitorios o aquellos de los que el asegurado pueda recuperarse completamente dentro de las seis (6) semanas siguientes a su ocurrencia.
15. En lo que a trasplante de órganos se refiere:
 - 15.1 Cuando la necesidad del trasplante ha sido diagnosticada durante los primeros ciento veinte (120) días contados a partir de la fecha de iniciación de la vigencia de este amparo, para cada asegurado.
 - 15.2 Cuando el trasplante de órgano sea consecuencia de enfermedades preexistentes a la fecha de iniciación de la vigencia de este amparo, para cada asegurado.
16. Guerra, invasión, actos de enemigo extranjero, hostilidades y operaciones de guerra (haya sido declarada o no), guerra civil, sedición, revolución, rebelión, asonada, terrorismo, subversión, o actos delictivos en que el asegurado participe directamente.
17. Actividades terroristas NBQR (nuclear, biológico, química, radioactivo).
18. Los accidentes resultantes directa o indirectamente por fisión y/o fusión nuclear y de radioactividad.

10.4 EXCLUSIONES DEL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

Salvo estipulación expresa en contrario, el presente amparo adicional no cubre los eventos a continuación relacionados, no obstante produzcan al asegurado las consecuencias anteriormente descritas:

1. Hospitalización como resultado de una infección producida por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o variantes, incluyendo el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o enfermedades relacionadas, diagnosticado antes del inicio de la póliza.
2. Hospitalización para chequeos médicos de rutina u otros exámenes previos a los cuales no existan indicaciones de trastornos de salud.
3. Hospitalizaciones y/o cirugías como consecuencia de enfermedades y/o padecimientos preexistentes al ingreso del asegurado a la póliza.
4. Hospitalización del asegurado en un centro hospitalario, que no cumpla con los requisitos especificados anteriormente, o que el asegurado no se encuentre bajo la atención y cuidado de un médico autorizado para el ejercicio de su profesión.
5. Todo cuidado ambulatorio provisto en el consultorio de un médico.
6. Tratamientos de belleza o cirugía con fines estéticos.
7. Exámenes de diagnóstico y consultas médicas.
8. Mientras el asegurado se encuentre sirviendo en labores militares de las fuerzas armadas o de policía nacionales o de cualquier país o autoridad internacional.
9. Suicidio o sus tentativas, bien sea que el asegurado se encuentre en uso de sus facultades mentales o en estado de demencia, así como las lesiones autoinfligidas o cualquier intento de ello.
10. Práctica, entrenamiento o participación en competencias correspondientes a deportes como el buceo, alpinismo o escalamiento de montañas, espeleología, paracaidismo, planeadores, motociclismo, deportes de invierno, deportes profesionales o carreras de alta velocidad.
11. Viajar como piloto o tripulante de naves aéreas, incluyendo helicópteros.
12. Participación del asegurado en actividades ilícitas contrarias a la ley colombiana o por encontrarse bajo la influencia de bebidas embriagantes, drogas tóxicas, heroicas o alucinógenas.
13. Reacción o radiación nuclear, independientemente de cómo se haya generado.
14. Tratamientos por desequilibrios mentales o curas de reposo.
15. Hospitalización por chequeos de control o complicaciones del embarazo.

CONDICIONES PÓLIZA VIDA GRUPO GIROS Y FINANZAS

16. Hospitalizaciones y/o cirugías que sean consecuencia de enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas.
17. Cirugías para la extracción o cauterización de verrugas o lunares, uñas encarnadas, lipomas y quistes sebáceos.
18. Cirugías que sean consecuencia de tratamientos odontológicos.
19. Cirugías y tratamientos destinados a esterilización o fertilidad tanto masculina como femenina.
20. Hospitalizaciones que sean consecuencia de terremoto, erupción volcánica, inundaciones, huracanes y, en general, todo fenómeno de la naturaleza.
21. Guerra, invasión, actos de enemigo extranjero, hostilidades y operaciones de guerra (haya sido declarada o no), guerra civil, sedición, revolución, rebelión, asonada, terrorismo, subversión, o actos delictivos en que el asegurado participe directamente
22. Actividades terroristas nbqr (nuclear, biológico, química, radioactivo).
23. Los accidentes resultantes directa o indirectamente por fisión y/o fusión nuclear y de radioactividad.

11. SINIESTROS

11.1 AVISO DE SINIESTRO

Una vez conocido o debido conocer la afectación del riesgo el asegurado tendrá treinta (30) días, para avisar a la aseguradora.

11.2 PAGO DEL SINIESTRO

El plazo para el pago de siniestros será de veinte (20) días, contados a partir de la entrega de los documentos completos requeridos para el pago.

11.3 DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN

Sin perjuicio de la libertad probatoria que tiene el reclamante y solo a título enunciativo e informativo, para formalizar la reclamación el asegurado podrá presentar los siguientes documentos:

DOCUMENTOS REQUERIDOS	MUERTE BÁSICO	INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	ENFERMEDADES GRAVES	RENDA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN
Certificado Póliza Vida Grupo	X	X	X	X
Fotocopia certificado póliza Vida Grupo	X	X	X	X
Formulario Único de Conocimiento del cliente	X	X	X	X
Carta de Reclamación	X	X	X	X
Fotocopia de la cédula del asegurado ampliada al 150%	X	X	X	X
Registro civil de defunción original o fotocopia autenticada	X			
Muerte accidental, informe de Fiscalía donde se detallen las circunstancias de tiempo, modo y lugar del fallecimiento	X			
En caso de accidente de tránsito, croquis o informe del accidente	X	X		
Calificación emitida por entidad competente (Junta de		X		

DOCUMENTOS REQUERIDOS	MUERTE BÁSICO	INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	ENFERMEDADES GRAVES	RENDA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN
calificación), de acuerdo con la Ley 100 y sus decretos reglamentarios, donde se acredite el porcentaje de pérdida de capacidad laboral (PCL).				
Historia clínica y/o informe médico que permita establecer la existencia de la enfermedad, tiempo estimado del padecimiento de la misma, fecha de diagnóstico y tratamiento requerido.	X	X	X	X
Certificado número de días de hospitalización de la E.P.S. acompañado del resumen de la Historia Clínica de la atención.				X
Documentos de identificación de cada uno de los beneficiarios designados.	X			

12. REVOCACIÓN UNILATERAL

La presente póliza podrá ser revocada por el tomador y/o el asegurado en cualquier momento, mediante aviso escrito a la aseguradora.

Los anexos de la presente póliza podrán ser revocados por la aseguradora en cualquier momento, para lo cual deberá dar aviso al tomador sobre esta determinación con una anticipación no menor a 60 días.

En caso de que haya lugar a la devolución de primas no devengadas, dicha circunstancia le será informada al tomador.

13. CLAUSULADO

12-08-2020-1502-P-34-PERSO-CL-SUSV-18-DR01V.1