

HDI

SEGUROS

Antes  Liberty
Seguros

Versión / agosto 2024

Póliza de Seguro de Vida Colectivo Familia Protegida

Consulta el siguiente clausulado
y conoce todos tus beneficios.

NIT. 860.039.988-0

Permanece siempre en contacto



Línea USC

- Línea Unidad Servicio al Cliente
- Consulta de coberturas de la póliza
 - Como acceder a sus servicios
 - Información de pólizas y productos
 - Gestión quejas y reclamos GQC

Desde el celular: #224

Bogotá: 307 70 50

Línea nacional:

01 8000 113 390



Línea #224

- Línea Asistencia Liberty
- Asistencia Liberty Auto
 - Asistencia Liberty Hogar
 - Asistencia Liberty Empresarial
 - Asistencia a la copropiedad

Desde el celular: #224

Bogotá: 644 53 10

Línea nacional:

01 8000 117 224

HDI

SEGUROS

Antes



Liberty
Seguros

Antes de dar lectura al presente clausulado, te invitamos a leer las definiciones que aparecen al final del documento. Así tendrás un mejor entendimiento de las condiciones de este seguro.

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO FAMILIA PROTEGIDA

EL PRESENTE SEGURO COLECTIVO ES UN CONTRATO TEMPORARIO POR UN AÑO, RENOVABLE ANUALMENTE, QUE CUBRE EL RIESGO DE FALLECIMIENTO DE LOS ASEGURADOS, PRODUCIDO POR CUALQUIER CAUSA Y EN CUALQUIER LUGAR, SUJETO A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ESTABLECIDOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y CONDICIONES GENERALES DE PÓLIZA:

CONDICIONES GENERALES

CONDICIÓN PRIMERA AMPARO BÁSICO DE MUERTE

HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. (ANTES LIBERTY SEGUROS S.A.), QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ LA COMPAÑÍA, CON SUJECIÓN A LOS VALORES Y LÍMITES ESTABLECIDOS EN LA CARÁTULA, SE COMPROMETE A PAGAR LA CORRESPONDIENTE SUMA ASEGURADA AL FALLECIMIENTO DE CUALQUIERA DE LAS PERSONAS AMPARADAS EN EL GRUPO ASEGURADO BAJO LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA.

INCLUYE HOMICIDIO Y SUICIDIO DESDE EL INICIO DE VIGENCIA. SIDA SIEMPRE Y CUANDO NO SEA PREEXISTENTE. OTRAS COBERTURAS

- AMPARO BÁSICO DE MUERTE
- AMPARO OPCIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EL ASEGURADO PRINCIPAL
- AMPARO OPCIONAL DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN.
- AMPARO OPCIONAL DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

LAS DEFINICIONES A ESTAS COBERTURAS SE ENCUENTRAN EN LA CONDICIÓN TERCERA

CONDICIÓN SEGUNDA EXCLUSIONES GENERALES

EXCLUSIONES GENERALES Y LIMITACIONES DEL AMPARO BÁSICO DE MUERTE

EXCLUSIONES AMPARO BASICO DE MUERTE: DE LA COBERTURA SE EXCLUYE LA MUERTE ORIGINADA POR ENFERMEDAD PREEXISTENTE O ACCIDENTE OCURRIDO CON ANTERIORIDAD AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA QUE NO HAYAN SIDO DECLARADOS NI AUTORIZADOS EXPRESAMENTE POR LA COMPAÑÍA.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LOS AMPAROS OPCIONALES

EXCLUSIONES DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

- INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA O MANIFIESTA CON ANTERIORIDAD AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA.
- ACCIDENTE PREEXISTENTE AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA.
- INCAPACIDAD OCASIONADA EN EL EJERCICIO DE ACTIVIDADES ILÍCITAS DEL ASEGURADO
- PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO Y LA PRÁCTICA PROFESIONAL O COMO AFICIONADO DE LOS SIGUIENTES DEPORTES: CARRERA DE KARTS, PARACAIDISMO, PARAPENTISMO, COMETA, BUNGEE JUMPING, ULTRALIVIANOS Y DEMÁS DEPORTES CONSIDERADOS DE ALTO RIESGO.

EXCLUSIONES DEL AMPARO DEL AMPARO OPCIONAL DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN.

EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE LESIÓN O PÉRDIDA ALGUNA, INCLUYENDO LA DE LA VIDA, CUANDO SE ORIGINE POR ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

A. SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO, O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA A SI MISMO POR EL ASEGURADO YA SEA EN ESTADO DE INCONSCIENCIA O INCONSCIENCIA DEL ASEGURADO.

B. ACCIDENTE PREEXISTENTE AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA

C. ACTOS CAUSADOS POR GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS (EXISTA O NO DECLARACIÓN DE GUERRA), GUERRA CIVIL, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, LEVANTAMIENTO MILITAR, INSURRECCIÓN, REVOLUCIÓN, MILITARIZACIÓN, USURPACIÓN DEL PODER Y LEY MARCIAL.

D. ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE EL SERVICIO EN LAS FUERZAS ARMADAS, NAVALES, AÉREAS O DE POLICÍA DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD INTERNACIONAL.

E. HOMICIDIO DOLOSO O SU TENTATIVA, DE ACUERDO CON SU DEFINICIÓN LEGAL, EXCEPTO LAS LESIONES O MUERTE DERIVADAS DEL HURTO EN CUALQUIER VÍA O LUGAR PÚBLICO, O LAS CAUSADAS EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO.

F. ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE CUALQUIER CLASE DE PARTICIPACIÓN EN AVIACIÓN, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.

G. LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR VIOLACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO DE CUALQUIER NORMA LEGAL.

H. LOS ACCIDENTES QUE OCURRAN COMO CONSECUENCIA DE QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE SUSTANCIAS QUE POR SU PROPIA NATURALEZA PRODUZCAN DEPENDENCIA FÍSICA O SÍQUICA, A MENOS QUE EL ASEGURADO NO SE HAYA COLOCADO VOLUNTARIAMENTE EN EL MENCIONADO ESTADO.

I. LOS ACCIDENTES QUE OCURRAN CUANDO EL ASEGURADO PARTICIPE EN COMPETENCIAS DE VELOCIDAD O HABILIDAD, O CUANDO EL ASEGURADO SEA CONDUCTOR O PASAJERO DE MOTOCICLETAS O MOTONETAS O PRACTIQUE DEPORTES DE ALTO RIESGO.

J. LOS ACCIDENTES QUE OCURRAN COMO CONSECUENCIA DE TEMBLORES DE TIERRA, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, INUNDACIONES O MAREJADA O CUALQUIER OTRO FENÓMENO O CONVULSIÓN DE LA NATURALEZA.

K. ACCIDENTES QUE SOBREVENGAN DE LESIONES INMEDIATAS O TARDÍAS CAUSADAS POR ENERGÍA ATÓMICA, REACCIÓN NUCLEAR, RADIACIÓN NUCLEAR O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.

EXCLUSIONES PARTICULARES DEL AMPARO OPCIONAL DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

ESTE AMPARO NO TIENE OPERANCIA SI DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE RELACIONA CON ALGUNO DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

A. ACCIDENTE PREEXISTENTE AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA.

B. ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA O MANIFIESTA CON ANTERIORIDAD AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA.

C. PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON ENFERMEDADES PREEXISTENTES, DIAGNOSTICADAS O MANIFIESTAS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIO DE ESTE AMPARO.

D. ENFERMEDADES O AFECCIONES CONGÉNITAS.

E. CIRUGÍA ESTÉTICA PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO, CUALQUIER CIRUGÍA PLÁSTICA U ORTOPÉDICA, A MENOS QUE SEA A CONSECUENCIA DIRECTA DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE SUFRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE ANEXO Y CUBIERTOS POR EL MISMO.

F. EXÁMENES MÉDICOS DE CHEQUEO O TAMIZAJE SIN INDICACIÓN MÉDICA, TRATAMIENTOS POR OBESIDAD Y ADELGAZAMIENTO.

G. TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS, PSICOLÓGICOS, MÉDICOS O QUIRÚRGICOS POR ESTADOS DE DEMENCIA, ENFERMEDADES MENTALES, CURAS DE REPOSO, DROGADICCIÓN O ALCOHOLISMO, Y LESIONES DEBIDAS A LOCURA O ESTADOS DE DEMENCIA.

H. TRATAMIENTOS O PROCEDIMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS RELACIONADOS CON FERTILIDAD O ESTERILIDAD, O RELACIONADOS CON ABORTOS PROVOCADOS INTENCIONALMENTE.

I. HOSPITALIZACIÓN EN UN ESTABLECIMIENTO QUE NO SE ENMARQUE EN LA DEFINICIÓN INCLUIDA EN EL PRESENTE CLAUSULADO.

J. TRATAMIENTOS MÉDICOS Y/O QUIRÚRGICOS RELACIONADOS CON EL EMBARAZO Y/O SUS COMPLICACIONES, DURANTE LOS TRES (3) PRIMEROS MESES DE VIGENCIA DEL AMPARO PARA LA ASEGURADA AFECTADA.

OTRAS EXCLUSIONES APLICABLES A LA PÓLIZA

CLÁUSULA DE LIMITACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR SANCIONES

LA COBERTURA OTORGADA BAJO LA PRESENTE PÓLIZA NO AMPARA NINGUNA EXPOSICIÓN PROVENIENTE O RELACIONADA CON ALGÚN PAÍS, ORGANIZACIÓN, O PERSONA NATURAL O JURÍDICA QUE SE ENCUENTRE ACTUALMENTE SANCIONADO, EMBARGADO O CON EL CUAL EXISTAN LIMITACIONES COMERCIALES IMPUESTAS POR LA "OFICINA DE CONTROL DE ACTIVOS EXTRANJEROS" DEL DEPARTAMENTO DEL TESORO DE ESTADOS UNIDOS, CON SUS SIGLAS EN INGLÉS U.S. TREASURY DEPARTMENT: OFFICE OF FOREIGN ASSETS CONTROL, LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, LA UNIÓN EUROPEA O EL REINO UNIDO.

EN ESA MEDIDA, EN NINGÚN CASO LA PRESENTE PÓLIZA OTORGARÁ COBERTURA, NI EL ASEGURADOR SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR INDEMNIZACIÓN O BENEFICIO ALGUNO EN AQUELLOS CASOS EN LOS QUE EL PAGO DE DICHAS RECLAMACIONES O EL OTORGAMIENTO DE DICHOS BENEFICIOS PUEDAN EXPONER AL ASEGURADOR A UNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN A NIVEL LOCAL Y/O INTERNACIONAL.

ANTICORRUPCIÓN Y ANTISOBORNO

EN AQUELLOS EVENTOS EN LOS QUE EL TOMADOR Y/O ASEGURADO, CON OCASIÓN DE LA CELEBRACIÓN O EJECUCIÓN DEL CONTRATO, RECIBA UN BENEFICIO INDEBIDO DE FORMA DIRECTA O INDIRECTA, O INCUMPLA LAS DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES EN MATERIA DE LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN, LA PRESENTE PÓLIZA NO OTORGARÁ COBERTURA, NI EL ASEGURADOR SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR INDEMNIZACIÓN O BENEFICIO ALGUNO.

PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO

LA PRESENTE PÓLIZA NO OTORGARÁ COBERTURA, NI EL ASEGURADOR SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR RECLAMACIÓN O BENEFICIO ALGUNO EN AQUELLOS CASOS EN LOS QUE EL PAGO DE DICHAS RECLAMACIONES O EL OTORGAMIENTO DE DICHOS BENEFICIOS PUEDAN EXPONER AL ASEGURADOR A UNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN A NIVEL LOCAL Y/O INTERNACIONAL RELACIONADA CON EL DELITO DE LAVADO DE ACTIVOS Y/O LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO.

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO MANIFIESTA BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SUS ACTIVIDADES PROVIENEN DE ACTIVIDADES LÍCITAS Y NO SE ENCUENTRA INCLUIDO EN NINGUNA LISTA RESTRICTIVA, PARA LO CUAL AUTORIZA A LA ASEGURADORA PARA REALIZAR LA RESPECTIVA CONSULTA EN LAS MISMAS. EL TOMADOR Y /O ASEGURADO SE COMPROMETE A CUMPLIR CON EL DEBER DE DILIGENCIAR EN SU TOTALIDAD EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE. SI ALGUNO DE LOS DATOS CONTENIDOS EN EL CITADO FORMULARIO SUFRE MODIFICACIÓN EN LO QUE RESPECTA A AL TOMADOR/ASEGURADO, ESTE DEBERÁ INFORMAR TAL CIRCUNSTANCIA A LA COMPAÑÍA, PARA LO

CUAL SE LE HARÁ LLENAR EL RESPECTIVO FORMATO. CUALQUIER MODIFICACIÓN EN MATERIA DEL SARLAFT SE ENTENDERÁ INCLUIDA EN LA PRESENTE CLÁUSULA.

CONDICIÓN TERCERA DEFINICIÓN DE LOS AMPAROS OPCIONALES

AMPARO OPCIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EL ASEGURADO PRINCIPAL

PARA TODOS LOS EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO OPCIONAL SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, LA SUFRIDA POR EL ASEGURADO MENOR SETENTA Y CUATRO (74) AÑOS DE EDAD Y 364 DÍAS , QUE HAYA SIDO ESTRUCTURADA Y SE MANIFIESTE ESTANDO ASEGURADO BAJO EL PRESENTE AMPARO Y POR CAUSA NO EXCLUIDA, QUE PRODUZCA LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES QUE DE POR VIDA IMPIDAN A LA PERSONA EJERCER SU OCUPACIÓN HABITUAL O CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD QUE ESTÉ DE ACUERDO CON SUS CONOCIMIENTOS, FORMACIÓN O EXPERIENCIA.

DICHA INCAPACIDAD DEBERÁ HABER EXISTIDO POR UN PERIODO CONTINUO NO MENOR DE CIENTO VEINTE (120) DÍAS Y NO PODRÁ HABER SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO.

SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SE CONSIDERA COMO TAL:

A) LA PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS NO PREEXISTENTE.

B) LA AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA DE AMBAS MANOS, A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN RADIOCARPIANA O POR ENCIMA DE ELLA.

C) LA AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA DE AMBOS PIES, A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN TIBIOTARSIANA O POR ENCIMA DE ELLA.

D) LA AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE, A NIVEL DE LAS ARTICULACIONES TIBIOTARSIANA POR ENCIMA DE ELLA, SIEMPRE Y CUANDO LA PÉRDIDA DE LA MANO Y DEL PIE OCURRAN DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA

SE ENTIENDE COMO FECHA DEL SINIESTRO LA FECHA EN QUE DE ACUERDO CON EL DICTAMEN DE LA CALIFICACIÓN EJECUTORIADO SE HAYA ESTRUCTURADO LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE Y EN LA CUAL, COMO CONSECUENCIA DEL DETERIORO EN SU SALUD, EL ASEGURADO SE VEA OBLIGADO A SUSPENDER, EN FORMA DEFINITIVA, SU ACTIVIDAD HABITUAL O CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD QUE ESTÉ DE ACUERDO CON SUS CONOCIMIENTOS, FORMACIÓN O EXPERIENCIA.

PARA LA OPERANCIA DE LA COBERTURA SE REQUIERE QUE LA INCAPACIDAD LABORAL DEL ASEGURADO SEA MAYOR O IGUAL AL 50%.

EL PORCENTAJE QUE SE TENDRÁ EN CUENTA DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL ES AQUEL CERTIFICADO POR LOS ENTES AUTORIZADOS EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA RESPECTIVA RECLAMACIÓN; POR EL FONDO DE PENSIONES, ARL, LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ O LOS MÉDICOS LABORALES DE LA COMPAÑÍA SIN QUE SEA POSIBLE LA APLICACIÓN DE LOS MANUALES DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ APLICABLES A LOS RÉGIMENES ESPECIALES O EXCEPTUADOS DE LA LEY 100 DE 1993. O LEYES COMPLEMENTARIAS O QUE LA SUSTITUYAN.

EN CASO DE EXISTIR DISCREPANCIA O INCONSISTENCIA LA COMPAÑÍA SOLICITARÁ CALIFICACIÓN A LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ.

LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SERÁ LA CORRESPONDIENTE A LAS ENFERMEDADES O ACCIDENTES OCURRIDOS DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA; ASÍ COMO LAS CONSECUENCIAS DEBEN HABER OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

COBERTURA	INGRESO		PERMANENCIA
	MÍNIMA	MÁXIMA	
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	18 AÑOS	72 AÑOS Y 364 DÍAS	74 AÑOS Y 364 DÍAS

AMPARO OPCIONAL DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN

SI A CONSECUENCIA DIRECTA Y EXCLUSIVA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PRESENTE PÓLIZA, EL ASEGURADO SUFRE CUALQUIERA DE LAS PÉRDIDAS SEÑALADAS EN LA TABLA DE INDEMNIZACIONES QUE SE RELACIONA A CONTINUACIÓN, LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL BENEFICIARIO O BENEFICIARIOS DICHAS CANTIDADES, SIN EXCEDER EN NINGÚN CASO EL VALOR TOTAL DE LA SUMA ASEGURADA CORRESPONDIENTE A ESTE AMPARO, SIEMPRE Y CUANDO DICHAS PÉRDIDAS SE MANIFIESTEN DENTRO DE LOS (90) DÍAS SIGUIENTES AL DE LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE.

EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL SE PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO EN ESTE AMPARO.

ESCALA DE INDEMNIZACIONES SOBRE LA SUMA ASEGURADA POR DESMEMBRACIÓN

1. POR INHABILITACIÓN O PÉRDIDA DE AMBAS MANOS O AMBOS PIES 100%
2. POR INHABILITACIÓN O PÉRDIDA DE UNA MANO Y UN PIE 100%
3. POR PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN DE AMBOS OJOS 100%
4. POR INHABILITACIÓN O PÉRDIDA DE UNA MANO O UN PIE, JUNTO CON LA PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN POR UN OJO 100%
5. POR PÉRDIDA TOTAL Y DEFINITIVA DEL HABLA 100%
6. POR PÉRDIDA TOTAL DE LA AUDICIÓN, IRREPARABLE POR MEDIOS ARTIFICIALES 100%
7. ENAJENACIÓN MENTAL INCURABLE 100%
8. POR INHABILITACIÓN O PÉRDIDA DE UNA MANO O UN PIE 50%
9. POR PÉRDIDA TOTAL DE LA VISIÓN EN UN OJO 50%
10. FRACTURA NO CONSOLIDADA DE UNA MANO (SEUDOARTROSIS TOTAL) 45%
11. ANQUILOSIS DE LA CADERA EN POSICIÓN NO FUNCIONAL 40%
12. FRACTURA NO CONSOLIDADA DE UN MUSLO (SEUDOARTROSIS TOTAL) 35%
13. FRACTURA NO CONSOLIDADA DE UNA RÓTULA (SEUDOARTROSIS TOTAL) 30%
14. ANQUILOSIS DE LA RODILLA EN POSICIÓN NO FUNCIONAL 30%
15. ANQUILOSIS DEL HOMBRO EN POSICIÓN NO FUNCIONAL 30%
16. ANQUILOSIS DEL CODO EN POSICIÓN NO FUNCIONAL 25%
17. POR PÉRDIDA DEL DEDO PULGAR DE LA MANO DERECHA, QUE COMPRENDE LAS DOS FALANGES 25%
18. ANQUILOSIS DE LA CADERA EN POSICIÓN FUNCIONAL 20%
19. FRACTURA NO CONSOLIDADA DE UN PIE (SEUDOARTROSIS TOTAL) 20%
20. ANQUILOSIS DEL CODO EN POSICIÓN FUNCIONAL 20%
21. ANQUILOSIS DE LA MUÑECA EN POSICIÓN NO FUNCIONAL 20%
22. ANQUILOSIS DE LA RODILLA EN POSICIÓN FUNCIONAL 15%
23. POR PÉRDIDA DEL DEDO PULGAR DE LA MANO IZQUIERDA, QUE COMPRENDA LAS DOS FALANGES 15%
24. ANQUILOSIS DEL EMPEINE (CUELLO DEL PIE) EN POSICIÓN NO FUNCIONAL 15%
25. ACORTAMIENTO DE UN MIEMBRO INFERIOR POR LO MENOS EN CINCO CMTS. 15%
26. ANQUILOSIS DE LA MUÑECA EN POSICIÓN FUNCIONAL 15%
27. POR PÉRDIDA DE CADA UNO DE LOS DEDOS DE LA MANO EXCEPTO EL PULGAR 10%
28. ANQUILOSIS DEL EMPEINE EN POSICIÓN FUNCIONAL 8%
29. ACORTAMIENTO DE UN MIEMBRO INFERIOR POR LO MENOS EN TRES CMTS. 8%
30. POR PÉRDIDA DEL DEDO GRUESO ARTEJO DEL PIE 5%
31. POR PÉRDIDA DE CADA UNO DE LOS DEDOS DEL PIE, EXCEPTO EL DEDO GRUESO ARTEJO 3%

PARÁGRAFO 1: LAS INDEMNIZACIONES PAGADAS POR CONCEPTO DE LOS NUMERALES 17, 23, 27, 30 Y 31 SE DEDUCIRÁN DE CUALQUIER PAGO QUE SE HICIERE POSTERIORMENTE POR CONCEPTO DE LA PÉRDIDA DE LA MANO O PIE RESPECTIVO.

PARÁGRAFO 2: EN LOS CASOS DE PÉRDIDA DE VARIOS MIEMBROS, ÓRGANOS O FACULTADES DE LAS ENUMERADAS EN LA LISTA ANTERIOR, PRODUCIDAS POR EL MISMO ACCIDENTE, EL VALOR TOTAL DE LA INDEMNIZACIÓN SERÁ LA SUMA DE LOS PORCENTAJES CORRESPONDIENTES A CADA UNA, SIN EXCEDER DE LA SUMA ASEGURADA EN ESTE AMPARO OPCIONAL.

PÉRDIDA

CONFORME SE EMPLEA AQUÍ, RESPECTO A LOS ÓRGANOS O MIEMBROS QUE SE MENCIONAN, Y PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO OPCIONAL, SE ENTIENDE POR INHABILITACIÓN LA PÉRDIDA FUNCIONAL TOTAL Y DEFINITIVA DE UN MIEMBRO, Y PÉRDIDA SIGNIFICA:

- A) PÉRDIDA DE LAS MANOS: AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN RADIOCARPIANA.
- B) PÉRDIDA DE LOS PIES: AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN TIBIOTARSIANA.
- C) PÉRDIDA DE LOS OJOS: LA PÉRDIDA TOTAL O IRREPARABLE DE LA VISIÓN.

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO OPCIONAL DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN

COBERTURA	INGRESO		PERMANENCIA
	MÍNIMA	MÁXIMA	
AMPARO OPCIONAL DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN	18 AÑOS	72 AÑOS Y 364 DÍAS	74 AÑOS Y 364 DÍAS

AMPARO OPCIONAL DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

SI EL ASEGURADO REQUIERE, DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, SER HOSPITALIZADO PARA TRATAMIENTO MÉDICO O CIRUGÍA POR ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE O ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA, LA COMPAÑÍA RECONOCERÁ AL BENEFICIARIO EL VALOR DIARIO CONTRATADO, POR CADA DÍA DE INTERNAMIENTO HOSPITALARIO, A PARTIR DEL SEGUNDO DÍA DE HOSPITALIZACIÓN, SIN EXCEDER DE TREINTA (30) DÍAS POR CADA VIGENCIA ANUAL.

PARA EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO, SE ENTIENDE COMO HOSPITALIZACIÓN CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE INTERNADO EN UNA HABITACIÓN DE UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA O CLÍNICA POR PERIODO NO INFERIOR A 24 HORAS.

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DE LOS AMPAROS DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN.

COBERTURA	INGRESO		PERMANENCIA
	MÍNIMA	MÁXIMA	
RENDA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN	18 AÑOS	64 AÑOS Y 364 DÍAS	65 AÑOS Y 364 DÍAS

**CONDICIÓN CUARTA
LIMITACIONES, DEDUCCIONES, AGOTAMIENTOS O REDUCCIONES DE LOS VALORES ASEGURADOS DEL AMPARO BÁSICO DE MUERTE**

Este amparo no tiene ninguna limitación.

Indemnización por el amparo de incapacidad total y permanente es deducible a los amparos de básico de muerte, y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicha incapacidad, la póliza termina para el asegurado incapacitado.

**CONDICIÓN QUINTA
EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO BÁSICO DE MUERTE**

COBERTURA	INGRESO		PERMANENCIA
	MÍNIMA	MÁXIMA	
Amparo Básico de Muerte	18 años	73 años y 364 días	Ilimitada

**CONDICIÓN SEXTA
VIGENCIA DE LA PÓLIZA**

La vigencia de esta póliza es anual. La renovación de la misma se sujetará a lo previsto en la condición décima cuarta "TERMINACIÓN DEL SEGURO" de estas condiciones generales.

No obstante, la vigencia establecida en la carátula de la póliza, la misma podrá terminarse con anterioridad a la fecha establecida, de acuerdo con las condiciones decima "PAGO DE PRIMAS" y décima segunda "REVOCACIÓN DEL CONTRATO" de las presentes condiciones generales.

**CONDICIÓN SÉPTIMA
MODALIDADES**

Esta póliza tiene las siguientes modalidades de seguro:

Contributiva: Cuando la totalidad o parte de la prima sea sufragada por los integrantes del grupo asegurado.

**CONDICIÓN OCTAVA
AVISO DE MODIFICACIONES Y ACEPTACIÓN DE AMPAROS**

El Tomador deberá dar aviso de cualquier modificación de su objeto social, o de cualquier cambio que registre el grupo asegurado en razón de ingresos o retiros de personas, o modificaciones de valores asegurados, si lo desea en los formularios que se suministren para tal fin. LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de aceptar o no solicitudes o inclusión de amparos, y de exigir los exámenes o informes de asegurabilidad que estime necesarios. El amparo solo operará desde cuando LA COMPAÑÍA dé su aceptación por escrito, para lo cual ésta tendrá un plazo de treinta (30) días calendario, vencido el cual, sin que se haya pronunciado, se entenderá no aceptada la solicitud.

CONDICIÓN NOVENA VALORES ASEGURADOS

El valor asegurado es aquel establecido en la carátula de la póliza.

El valor del seguro será el acordado y aceptado expresamente por LA COMPAÑÍA en la Póliza, sus amparos o renovaciones.

CONDICIÓN DECIMA PAGO DE PRIMAS

LA COMPAÑÍA otorgará un plazo de sesenta (60) días comunes contados a partir de la fecha de inicio de vigencia para el pago de las primas. Vencido el plazo, el no pago de las primas correspondientes producirá la terminación del contrato, causando los efectos previstos por la ley.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS EN PÓLIZAS DE VIGENCIA ANUAL

Las primas son anuales, pero pueden ser pagadas en fracciones semestrales, trimestrales, o mensuales, mediante la aplicación de los recargos correspondientes.

Lo anterior, de acuerdo con lo previsto en la carátula de la póliza.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA REVOCACIÓN DEL CONTRATO

El Tomador podrá revocar de manera unilateral el contrato de seguro en cualquier momento de su ejecución, sin que por ello hubiese lugar a la aplicación de las tarifas de corto plazo. LA COMPAÑÍA podrá revocar los amparos adicionales con aviso de sesenta (60) días.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

El TOMADOR y los asegurados individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo según el cuestionario que les sea propuesto por LA COMPAÑÍA. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por LA COMPAÑÍA la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del mismo.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el TOMADOR ha encubierto con culpa hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del TOMADOR, el contrato no será nulo, pero LA COMPAÑÍA 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.

Si la reticencia o inexactitud provienen del asegurado, se aplicarán las mismas sanciones respecto de su seguro individual (artículo 1158, Código de Comercio).

Aunque LA COMPAÑÍA prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 del Código de Comercio, ni de las sanciones a las que su infracción dé lugar.

LA COMPAÑÍA se reserva el derecho a solicitar la información médica requerida del asegurado con el fin de verificar las declaraciones presentadas.

CONDICIÓN DÉCIMO CUARTA TERMINACIÓN DEL SEGURO

El Seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente Póliza, termina por las siguientes causas:

- A) A la terminación de la vigencia del Seguro, si éste no se renueva.
- B) Cuando se revoque por escrito el contrato de Seguro, según lo previsto en la condición décima segunda de las presentes condiciones generales.
- C) Por el no pago de la prima, vencido el período de gracia.
- D) Cuando al momento de la renovación del seguro, el grupo de asegurados principales sea inferior a veinte (20) personas.
- E) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurable.
- F) Cuando LA COMPAÑÍA pague la indemnización por el amparo de incapacidad total y permanente.
- G) Al vencimiento de la anualidad más próximo a la fecha en que el asegurado cumpla la edad de permanencia estipulada.
- H) En todos los demás casos establecidos en las presentes condiciones generales.

CONDICIÓN DÉCIMOQUINTA RENOVACIÓN

La presente Póliza es de renovación a voluntad de las partes contratantes.

CONDICIÓN DÉCIMOSEXTA REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Todo solicitante de seguro debe cumplir con los requisitos de asegurabilidad que señale LA COMPAÑÍA según los parámetros técnicos establecidos.

El máximo valor asegurado sin diligenciamiento de la solicitud corresponderá a la suma de \$12.000.000 en una o varias pólizas. Si el cliente requiere un mayor valor asegurado, deberá diligenciar la respectiva solicitud y el valor máximo corresponderá a \$24.000.000 en una o varias pólizas".

CONDICIÓN DÉCIMO SEPTIMA BENEFICIARIOS

A) Para los Amparos de Muerte y muerte accidental: Todos los asegurados podrán designar libremente sus beneficiarios; en caso de no hacerlo o quedar la designación sin efecto por cualquier causa, los beneficiarios serán los de ley. El asegurado puede en cualquier tiempo cambiar los beneficiarios mediante solicitud escrita a LA COMPAÑÍA. La solicitud del cambio no requiere el consentimiento del beneficiario anterior, salvo en los casos de beneficiarios a título oneroso.

B) Para los amparos de Incapacidad Total y Permanente y desmembración por accidente: Es la misma persona asegurada quien adquiere el derecho a ser beneficiario de estos amparos.

C) Para el amparo de Renta Diaria por Hospitalización: El beneficiario será el Banco Mundo Mujer para los casos en que el asegurado tenga crédito vigente, si no tiene crédito vigente el beneficiario es la misma persona asegurada.

CONDICIÓN DÉCIMO OCTAVA AVISO DE SINIESTROS

El tomador, el asegurado o los beneficiarios deberán dar aviso a LA COMPAÑÍA de toda lesión, pérdida o muerte que pueda dar origen a una reclamación comprendida en los términos que se establecen de esta póliza, dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha en que se hayan conocido o debido conocer los hechos que dan lugar a la reclamación.

CONDICIÓN DÉCIMO NOVENA MODIFICACIONES

Si durante la vigencia de este seguro se presentan modificaciones a las condiciones generales legalmente establecidas para la Póliza, que representen un beneficio en favor del asegurado, tales modificaciones se considerarán automáticamente incorporadas a la Póliza.

CONDICIÓN VIGÉSIMA NOTIFICACIONES

Cualquier declaración que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá consignarse por escrito y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada por las partes. Se exceptúa de lo anterior el aviso del siniestro, de conformidad con el artículo 1075 del Código del Comercio.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones derivadas de la presente Póliza se regirá de conformidad con los términos consagrados en el artículo 1081 del Código de Comercio.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad mencionada en la carátula de la Póliza como lugar de expedición.

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA NORMAS REGULADORAS

Lo no previsto en las condiciones generales o particulares se regirá por las disposiciones contempladas en el Código del Comercio.

CONDICIÓN VIGÉSIMO CUARTA DEFINICIONES

TOMADOR

Es la persona jurídica que obrando por cuenta ajena traslada los riesgos para asegurar un número determinado de personas y que es responsable del pago de las primas.

GRUPO ASEGURABLE

Es aquel que esté conformado por personas naturales, vinculadas bajo una misma personería jurídica, en virtud de una situación legal o reglamentaria, o que tengan con una tercera persona (tomador) relaciones estables de la misma naturaleza, cuyo vínculo no tenga relación con el propósito de contratar el seguro de vida.

Este grupo, cualquiera que sea la modalidad de seguro contratado, no podrá ser menor a 20 personas.

ASEGURADO PRINCIPAL

Es la persona natural, miembro del grupo asegurable, cuya integridad corporal se asegura conforme a las condiciones generales y particulares de la presente póliza.

ACCIDENTE

Se entiende por accidente todo suceso externo, violento, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del asegurado, que cause lesiones o muerte.

CONDICIÓN VIGESIMOQUINTA PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE

LA COMPAÑÍA pagará la indemnización a que esté obligada dentro de los 10 días hábiles a la fecha en que se acredite la ocurrencia del siniestro en los términos del artículo 1077 del Código de Comercio,
En la solicitud de indemnización deberán presentarse los siguientes documentos:

En caso de Muerte Natural:

- Registro civil de defunción.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía.
- Historia Clínica de los Médicos o instituciones hospitalarias que atendieron al Asegurado, si es el caso.
- Los documentos que legalmente sean necesarios para acreditar la calidad de beneficiario

En caso de Muerte Accidental o Violenta:

Adicional a los documentos anteriores:

- Acta de levantamiento de cadáver o necropsia.
- Informe de accidente por autoridad competente.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEXTA LIMITACIONES DE LOS AMPARO OPCIONALES

Amparo opcional de renta diaria por hospitalización

Si el asegurado requiere, durante la vigencia de la presente póliza, ser hospitalizado para tratamiento médico o cirugía por enfermedad no preexistente o accidente amparado por la póliza, LA COMPAÑÍA reconocerá al asegurado el beneficio diario contratado, por cada día de internamiento hospitalario, a partir del segundo día de hospitalización, sin exceder treinta (30) días por cada vigencia anual.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SÉPTIMA DEDUCIONES, AGOTAMIENTO O REDUCCION DE LOS VALORES ASEGURADOS

Para el amparo opcional de incapacidad total y permanente

A. La indemnización por el amparo de incapacidad total y permanente no es acumulable a los amparos de muerte y muerte accidental, y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicha incapacidad la póliza termina para el asegurado incapacitado.

B. Si la póliza a la cual accede este amparo contiene además el amparo opcional de indemnización adicional por muerte accidental y beneficios por desmembración, y en virtud de él y a consecuencia de la realización del riesgo asegurado LA COMPAÑÍA ha efectuado algún pago, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por el amparo de incapacidad total y permanente.

C. Si la póliza a la cual accede este amparo contiene además el amparo opcional de indemnización adicional por muerte accidental y beneficios por desmembración, y en virtud de él y a consecuencia de la realización del riesgo asegurado LA COMPAÑÍA ha efectuado el pago del 100% del valor asegurado por desmembración, quedará terminado el amparo opcional de incapacidad total y permanente, y LA COMPAÑÍA estará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere a este amparo.

Para el amparo opcional de indemnización adicional por muerte accidental y beneficios por desmembración

A. Si a consecuencia de un accidente hubiere lugar a pagar beneficios por desmembración, y después como consecuencia del mismo accidente falleciere el asegurado, se indemnizará la muerte accidental por la diferencia del valor asegurado.

CONDICIÓN VIGÉSIMA OCTAVA PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO DE LOS AMPAROS OPCIONALES

LA COMPAÑÍA pagará la indemnización a que esté obligada dentro del mes siguiente a la fecha en que se acredite la ocurrencia del siniestro en los términos del artículo 1077 del Código de Comercio.

No obstante, en acuerdo entre las partes, se acuerda un plazo para el pago de los reclamos una vez acreditada la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, LA COMPAÑÍA pagará a los beneficiarios el monto indemnizable dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la formalización del reclamo. Mediante la presentación de documentos tales como:

PARA EL AMPARO OPCIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

El Asegurado presentará pruebas fehacientes y suficientes que determinen la existencia de la Incapacidad Total y Permanente, de acuerdo con el alcance de la cobertura de este amparo, tales como:

- Fotocopia de la cedula del asegurado.
- Historia Clínica completa.
- Certificación de Pérdida de Capacidad Laboral, si es el caso.

BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN

- Fotocopia de la cedula del asegurado.
- Historia Clínica completa.
- Informe del accidente por autoridad competente.

PARA EL AMPARO OPCIONAL DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

- Fotocopia de la cedula del asegurado.
- Historia Clínica completa.

Lo anterior, sin perjuicio de la facultad de LA COMPAÑÍA, en caso de que se requiera para exigir cualquier otra prueba o documento que estime conveniente y guarde relación con la reclamación, y de la facultad del beneficiario de acreditar la ocurrencia del siniestro por cualquier medio probatorio reconocido por la Ley.

EXÁMENES MÉDICOS

LA COMPAÑÍA podrá hacer examinar al Asegurado tantas veces como lo estime conveniente, mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo los amparos de Incapacidad Total y Permanente, Desmembración o Renta Diaria por Hospitalización.

CONDICIÓN VIGÉSIMA NOVENA PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El Beneficiario en su caso quedará privado de todo derecho procedente de la presente Póliza cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, si en apoyo de ella se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos.

CONDICIÓN TRIGÉSIMA FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE SECTOR ASEGURADOR CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA - SUPERINTENDENCIA FINANCIERA

El tomador y /o asegurado se compromete a cumplir con el deber de diligenciar en su totalidad el formulario de conocimiento del cliente, de conformidad con lo previsto en las disposiciones legales vigentes y en particular con lo dispuesto en la Parte I del Título IV, Capítulo IV de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia. Si alguno de los datos contenidos en



el citado formulario sufre modificación en lo que respecta a al tomador/asegurado, este deberá informar tal circunstancia a LA COMPAÑÍA, para lo cual se le hará llenar el respectivo formato. Cualquier modificación en materia del SARLAFT se entenderá incluida en la presente cláusula.

Nociones básicas del seguro

El seguro es un contrato por medio del cual una compañía aseguradora se obliga a compensar o indemnizar a una o más personas por daños o perjuicios que puedan ocasionarle determinados siniestros. A cambio el tomador - asegurado del seguro debe pagar una prima convenida. Este contrato debe constar de una póliza que tenga validez.

- I. Amparo o cobertura: Eventos por los cuales será responsable en caso de realizarse.
- II. Asegurado: Es la persona cuyo patrimonio puede resultar afectado, directa o indirectamente, en la realización de un riesgo en seguros de daños. Para los seguros de personas, es la persona cuya vida celebra el seguro.
- III. Exclusión: Declaración expresa de la entidad aseguradora, en la que indica los hechos o circunstancias que la exoneran de responsabilidad en caso de pérdida.
- IV. Riesgos: Suceso futuro o incierto, cuya ocurrencia no depende de la voluntad del tomador, asegurado o beneficiario. En el caso de los seguros puede definirse como la posibilidad de pérdida.
- V. Interés asegurable: Es la relación económica que vincula a una persona con una cosa.
- VI. Póliza: Documento por el cual se perfecciona y prueba el contrato de seguros. Regula las obligaciones y derechos de las partes.
- VII. Suma asegurada: Es el límite de responsabilidad a cargo de la entidad aseguradora.
- VIII. Prima: Es una suma que se paga a la aseguradora como contraprestación por el riesgo asumido.
- IX. Siniestro: Es la ocurrencia o realización del riesgo asegurado y de la cual se deriva la obligación de indemnizar a cargo del asegurador.
- X. Deducible: Porcentaje o monto pactado al momento de contratación del seguro que se descuenta de la liquidación de la pérdida y queda a cargo del tomador - asegurado.
- XI. Indemnización: Es la retribución económica mediante la cual se compensa una pérdida o daño amparado por medio de un contrato de seguros.
- XII. Infraseguro: Evento en que la suma asegurada se encuentra por debajo del valor real del objeto asegurado.
- XIII. Supraseguro: Evento en que la suma asegurada se encuentra por encima del valor real del objeto asegurado.