



**SEGUROS
DE VIDA DEL
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.174-4

RENA PROTEGIDA

CONDICIONES PARTICULARES QUE HACEN PARTE INTEGRANTE DE LA

POLIZA DE VIDA GRUPO NO.1000000216

FECHA DE VIGENCIA

INICIACION TERMINACION

30 06 2024 30 06 2025

DIAMESAÑO A LAS 24:00 HORASDIAMESAÑO A LAS 24:00 HORAS

LAS PRESENTES CONDICIONES PARTICULARES HACEN PARTE DE LA POLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO ARRIBA CITADA Y ESTA SUJETO A SUS CONDICIONES GENERALES Y A LAS SIGUIENTES CONDICIONES PARTICULARES:

TOMADOR: COOPERATIVA MEDICA DE ANTIOQUIA - COMEDAL

FACTURACION: MENSUAL (VENCIDO)

ASEGURADOS: MEDICOS ASOCIADOS A COMEDAL EN TODO EL PAIS

1.OBJETO DEL SEGURO

SE OTORGA BAJO UN PLAN TEMPORAL RENOVABLE ANUALMENTE PARA BRINDAR A LOS MIEMBROS DE UN GRUPO ASEGURABLE LA FUNCION DE DAR PROTECCION ECONOMICA A LAS PERSONAS QUE DEPENDEN DIRECTAMENTE DE LOS RESPONSABLES DE LA FAMILIA, EL OBJETIVO PRINCIPAL ES OTORGAR UN INCREMENTO DEL BENEFICIO ACTUAL QUE POSEE EL ASOCIADO A COMEDAL EN EL AMPARO DE RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE HOSPITALARIA O AMBULATORIA, (SUJETA A CONDICIONES DE AMPAROS Y EXCLUSIONES).

PARA NUEVOS INGRESOS, LA DECLARACION DE ASEGURABILIDAD SE VALIDA CON LA GRABACION DE LA LLAMADA TELEFONICA QUE REALIZA EL CALL CENTER DE LA AGENCIA DE SEGUROS, PARA LOS INGRESOS PRESENCIALES SE DILIGENCIARA LA SOLICITUD DE SEGURO.

COBERTURA: INICIA A PARTIR DEL PRIMER DIA DEL MES SIGUIENTE DEL APOORTE DEL CORREO ELECTRONICO O LA RESPECTIVA SOLICITUD DE SEGURO.

2.AMPARO BASICO

FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA

AL OCURRIR EL FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA, LEGALMENTE COMPROBADO DEL ASEGURADO, SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. PAGARA LA SUMA PACTADA. VALOR ASEGURADO POR PERSONA \$10.000.000.

3.AMPARO ADICIONAL

RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE, HOSPITALARIA O AMBULATORIA

ACORDE AL PLAN ELEGIDO: OPCION 1 \$50.000 DIARIOS Y OPCION 2 \$200.000 DIARIOS. - HASTA 30 DAS POR EVENTO- LIMITE 49 DAS POR VIGENCIA.

SE CUBRIRA UNA RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL HOSPITALARIA O AMBULATORIA, UN ACCIDENTE O UNA ENFERMEDAD, DESCONTANDO 11 DIAS A LA INCAPACIDAD Y HASTA MAXIMO EL LIMITE ESTABLECIDO EN LA TABLA DE EVENTOS CUBIERTOS. ANEXO N 1 EVENTOS CUBIERTOS.

EL DEDUCIBLE SE APLICA, EN PRIMER LUGAR, A LA INCAPACIDAD, EL NUMERO DE DIAS RESTANTES DEFINE LOS DIAS A INDEMNIZAR HASTA MAXIMO LOS DEFINIDOS EN LA TABLA DE EVENTOS CUBIERTOS.

SE ENTIENDE POR PRORROGA DE LA INCAPACIDAD, LA QUE SE EXPIDE CON POSTERIORIDAD A LA INICIAL, POR LA MISMA ENFERMEDAD O LESION, O POR OTRA QUE TENGA RELACION DIRECTA CON ESTA, ASI SE TRATE DE CODIGO DIFERENTE Y SIEMPRE Y CUANDO ENTRE UNA Y OTRA NO HAYA UNA INTERRUPCION MAYOR A TREINTA (30) DIAS CALENDARIO.

NOTA 1: PARA INCAPACIDADES POR LICENCIA DE MATERNIDAD: ESTA COBERTURA APLICA SIEMPRE QUE LA ASEGURADA TENGA COMO MINIMO 40 SEMANAS O 280 DIAS ENTRE LA FECHA DE PARTO Y LA DE FECHA DE HABER TOMADO EL AMPARO. PERIODO MINIMO DE COBERTURA.

NOTA 2: PARA INCAPACIDADES POR LICENCIA DE MATERNIDAD EL VALOR DE RENTA MAXIMA A PAGAR SERAN DE 20 DIAS, EVENTO VIGENCIA.

NOTA 3: LOS ASEGURADOS QUE FUEREN INDEMNIZADOS O LES FUERE EXCLUIDO EL RIESGO DE ENFERMEDADES GRAVES, O CRONICAS O

El Defensor del Consumidor Financiero es: Dr. Manuel Guillermo Rueda S. Dir.: Carrera 13a # 28-38 Oficina 221 Bogotá D.C.. Cel: 3123426229

E-mail: defensoriaestado@gmail.com

OFICINA PRINCIPAL: Calle 83 # 19-10 BOGOTÁ D.C. Conmutador: 218 69 77 - 601 93 30 LINEAS DE ASISTENCIA: EN BOGOTÁ (601) 4434818- CELULAR #388 – FUERA DE BOGOTÁ 018000 12 30 10 www.segurosdevidadeleestado.com



SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.174-4

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE NO SERAN POSTERIORMENTE INDEMNIZADOS POR RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE, HOSPITALARIA O AMBULATORIA.

PARA TODAS LAS RECLAMACIONES DE ESTE BENEFICIO, SE EXIGIRA LA INCAPACIDAD TRANSCRITA POR LA EPS Y LA HISTORIA CLINICA.

EXCEPCIONALMENTE, EN LOS CASOS EN QUE EL ASEGURADO ASOCIADO NO APORTE LA TRANSCRIPCION DE LA EPS, SE RECIBIRA LA INCAPACIDAD EXPEDIDA POR SU MEDICO TRATANTE, Y SE PAGARA ESTA HASTA EL VALOR MAXIMO DE LA TABLA DE EVENTOS CUBIERTOS, QUE SE APLICA ACTUALMENTE PARA LA POLIZA VIDA GRUPO SALARIO PROTEGIDO NUMERO 1000000230, DESCONTANDO LOS ONCE (11) DIAS DE DEDUCIBLE A LA TABLA.
NO SE REQUIERE APORTAR SOPORTE DE INCAPACIDAD DE LA EPS PARA LOS SIGUIENTES CASOS:

PARTO NATURAL O CESAREA

INCAPACIDAD POR ARL

NO OBSTANTE, DEBE CERTIFICARSE VEHEMENTEMENTE LA OCURRENCIA DEL EVENTO MEDIANTE PRESENTACION DE HISTORIA CLINICA U OTROS CERTIFICADOS O DOCUMENTOS SOLICITADOS POR VIDAESTADO PARA TAL FIN.

RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE, HOSPITALARIA O AMBULATORIA

4.CONDICIONES ECONOMICAS

AMPAROS OPCION 1 OPCION 2

* VIDA (MUERTE POR CUALQUIER CAUSA) 10.000.000 / 10.000.000

** RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE, HOSPITALARIA O AMBULATORIA, CON UN DEDUCIBLE DE ONCE (11) DIAS Y CON TREINTA (30) DIAS EVENTO Y UN MAXIMO A INDEMNIZAR DE SESENTA (60) DIAS VIGENCIA. \$50.000 y \$200.000

PRIMA MENSUAL POR ASEGURADO 23.21637.403

Prima para renta de \$50.000 es de \$32.94

Prima para renta de \$200.000 es de \$51.705

5.DEFINICION DE PERIODO DE CARENANCIA

ES EL PERIODO DURANTE EL CUAL EL ASEGURADO PERMANECE SIN DERECHO A LOS AMPAROS CONTEMPLADOS EN LA PRESENTE POLIZA.

COBERTURAS ORIGINADAS POR PERIODO DE CARENANCIA

VIDA (MUERTE POR CUALQUIER CAUSA) SUICIDIO 180 DIAS

ENFERMEDAD (CANCER Y SIDA) 180 DIAS

* RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE, HOSPITALARIA O AMBULATORIA, CON UN DEDUCIBLE DE ONCE (11) DIAS Y CON TREINTA (30) DIAS EVENTO Y UN MAXIMO A INDEMNIZAR DE SESENTA (60) DIAS VIGENCIA. ACCIDENTE ENFERMEDAD 24 HORAS 45 DIAS

6. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA ASEGURADO PRINCIPAL

AMPAROS EDADES EDADES EDADES

MINIMAS DE MAXIMAS DE MAXIMAS DE INGRESO INGRESO PERMANENCIA

* VIDA (MUERTE POR CUALQUIER CAUSA) 18 AÑOS 65 AÑOS MAS 364 DIAS 90 AÑOS MAS 364 DIAS

* RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE, HOSPITALARIA O AMBULATORIA 18 AÑOS 65 AÑOS MAS 364 DIAS 70 AÑOS MAS 364 DIAS

CONDICIONES PARTICULARES

NOTA: 1. LA SUMATORIA DEL VALOR ASEGURADO EN EL AMPARO DE RENTA PARA EL PRODUCTO BENEFICIOS Y PARA EL PRODUCTO DE RENTA PROTEGIDA NO PODRA SUPERAR LOS T \$ 310.000 (TRESCIENTOS MIL PESOS M.L.).

NOTA 2. LA SUMATORIA DEL VALOR ASEGURADO EN EL AMPARO BASICO DE VIDA PARA EL PRODUCTO BENEFICIOS Y PARA EL PRODUCTO

El Defensor del Consumidor Financiero es: Dr. Manuel Guillermo Rueda S. Dir.: Carrera 13a # 28-38 Oficina 221 Bogotá D.C.. Cel: 3123426229

E-mail: defensoriaestado@gmail.com

OFICINA PRINCIPAL: Calle 83 # 19-10 BOGOTÁ D.C. Conmutador: 218 69 77 - 601 93 30 LINEAS DE ASISTENCIA: EN BOGOTÁ (601) 4434818- CELULAR #388 – FUERA DE BOGOTÁ 018000 12 30 10 www.segurosdevidadeleestado.com



**SEGUROS
DE VIDA DEL
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.174-4

DE RENTA PROTEGIDA NO PODRA SUPERAR LOS **\$120.000.000.**

NOTA 3: SE INCLUYE CLAUSULA DE DESVIACION SINIESTRAL CON REVISION A 3 MESES
CONDICIONES PARTICULARES.

EN EL CASO DEL BENEFICIO DE LA LICENCIA POR MATERNIDAD, ES REQUISITO EN EL MOMENTO DE REALIZAR EL ANEXO MODIFICATORIO DE INCREMENTO, LA ASOCIADA A LA COOPERATIVA NO SE ENCUENTRE EN ESTADO DE GESTACION.

LA RENTA MAXIMA A PAGAR POR LICENCIA DE MATERNIDAD SERAN 20 DIAS, EVENTO VIGENCIA.

CONDICION AUXILIO DE MATERNIDAD: LA COBERTURA APLICA SIEMPRE QUE LA ASEGURADA TENGA COMO MINIMO 40 SEMANAS O 280 DIAS ENTRE LA FECHA DE PARTO Y LA DE FECHA DE HABER TOMADO EL AMPARO. PERIODO MINIMO DE COBERTURA

NO SE AMPARAN PREEXISTENCIAS, SI EL DIAGNOSTICO OBJETO DEL RECLAMO POR RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE, HOSPITALARIA O AMBULATORIA OBEDECE A UNA PATOLOGIA PREEXISTENTE, SE INDEMNIZARÁ CON BASE EN LA COBERTURA DE RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE, HOSPITALARIA O AMBULATORIA DEL PLAN BASICO DEL BENEFICIO INTEGRAL COMEDAL, SIEMPRE Y CUANDO SE CUMPLAN LOS REQUISITOS DE INDEMNIZACION DE LA POLIZA DE BENEFICIOS.

NOTA ACLARATORIA: CUANDO SE INDEMNIZA CON CARGO A ESTA POLIZA EN EL AMPARO DE RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE, HOSPITALARIA O AMBULATORIA, SE APLICA COMO COMPLEMENTO DE LA POLIZA DE VIDA GRUPO ASOCIADOS, ES DECIR, SE CONTRATO UN INCREMENTO DE VALOR DE RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE, HOSPITALARIA O AMBULATORIA SOBRE EL VALOR CONTRATADO EN LA POLIZA VIDA GRUPO BENEFICIOS 1000000259.

EN LA SITUACION QUE SE AUTORIZA EL CAMBIO DE PLAN A UN ASEGURADO Y PRESENTE UNA RECLAMACION QUE OCURRA EN EL PERIODO DE CARENCIA DEL NUEVO PLAN, LA LIQUIDACION SE REALIZARA DE ACUERDO CON LOS VALORES ASEGURADOS DEL PLAN INMEDIATAMENTE ANTERIOR.

CONDICIONES PARTICULARES

PARA EFECTOS DE LAS INDEMNIZACIONES EN EL AMPARO DE RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE, HOSPITALARIA O AMBULATORIA, EL ASEGURADO DEBERA APORTAR LA INCAPACIDAD EMITIDA POR LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD (EPS) A LA CUAL SE ENCUENTRE AFILIADO Y COPIA DE LA HISTORIA CLINICA DEL EVENTO A INDEMNIZAR.

EN CASO DE AFECTACION DE LA COBERTURA DE RENTA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE LABORAL, DEBERA APORTAR LA INCAPACIDAD EMITIDA POR LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL), A LA CUAL SE ENCUENTRE AFILIADO, ASI COMO, EL FORMATO UNICO DE REPORTE ACCIDENTES DE TRABAJO (FURAT) E HISTORIA CLINICA COMPLETA.

SI ANUALMENTE LA SINIESTRALIDAD SUPERA EL 40%, SE REALIZARÁ UNA REVISION CONJUNTA ENTRE LAS PARTES REFERENTE A LAS CONDICIONES TECNICAS DEL PRODUCTO.

9.EXCLUSIONES DE COBERTURAS CONTRATADAS

AMPARO BASICO

SIN EXCLUSIONES.

AMPARO DE RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE, HOSPITALARIA O AMBULATORIA

LAS COBERTURAS OTORGADAS EN EL PRESENTE ANEXO NO SE OTORGAN PARA AMPARAR LA HOSPITALIZACION O INCAPACIDAD TEMPORAL PROVENIENTE DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- A. HOSPITALIZACION O INCAPACIDAD TEMPORAL COMO RESULTADO DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), TAL COMO FUE RECONOCIDO POR LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD O CUALQUIER SINDROME O ENFERMEDAD DE TIPO SIMILAR BAJO CUALQUIER NOMBRE QUE TENGA Y QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADO POR UN MEDICO O ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO LEGALMENTE AUTORIZADO.
- B. HOSPITALIZACION O INCAPACIDAD TEMPORAL PARA CHEQUEOS MEDICOS DE RUTINA O CONTROL U OTROS EXAMENES PREVIOS A LOS CUALES NO EXISTAN INDICACIONES DE TRASTORNOS DE SALUD.
- C. LA HOSPITALIZACION O INCAPACIDAD TEMPORAL DEL ASEGURADO SEA EN UN CENTRO HOSPITALARIO QUE NO CUMPLA CON LOS REQUISITOS DESCRITOS EN EL ANEXO DE LA PRESENTE COBERTURA, O QUE EL ASEGURADO NO SE ENCUENTRE BAJO LA ATENCION Y CUIDADO DE UN MEDICO AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESION.
- D. TRATAMIENTO DE BELLEZA O CIRUGIA CON FINES ESTETICOS.
- E. ACTOS DE GUERRA, ASONADA, TERRORISMO, SEDICION, REBELION O CUALQUIERA OTRO HECHO QUE ALTERE EL ORDEN PUBLICO
- F. LESIONES AUTO INFLIGIDAS, BIEN SEA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE ANOMALIA PSIQUICA.
- G. PRACTICA, ENTRENAMIENTOS O PARTICIPACION EN DEPORTES O ACTIVIDADES TALES COMO ESPEOLOGIA, EL BUCEO, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, PARACAIDISMO, PLANEADORES, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO O CUALQUIERA QUE SE CONSIDERE COMO DE ALTO RIESGO Y LA PRACTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL, EXCEPTO LA PRACTICA RECREATIVA U OCASIONAL
- H. LOS ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO MIENTRAS ACTUE COMO PILOTO O HAGA PARTE DE LA TRIPULACION DE UNA AERONAVE O MIENTRAS SE ENCUENTRE EN AERONAVES QUE NO SEAN DE UNA LINEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA O AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS INCLUYENDO EL USO DE CUALQUIER TIPO DE PLANEADORES Y COMETAS.
- I. ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE DROGAS TOXICAS, HEROICAS O ALUCINOGENAS, CUANDO TAL CIRCUNSTANCIA SEA LA CAUSA DEL ACCIDENTE.

El Defensor del Consumidor Financiero es: Dr. Manuel Guillermo Rueda S. Dir.: Carrera 13a # 28-38 Oficina 221 Bogotá D.C.. Cel: 3123426229

E-mail: defensoriaestado@gmail.com

OFICINA PRINCIPAL: Calle 83 # 19-10 BOGOTÁ D.C. Conmutador: 218 69 77 - 601 93 30 LINEAS DE ASISTENCIA: EN BOGOTÁ (601) 4434818-
CELULAR #388 – FUERA DE BOGOTÁ 018000 12 30 10 www.segurosdevidadeleestado.com



**SEGUROS
DE VIDA DEL
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.174-4

J. REACCION, FUSION O RADIACION NUCLEAR, INDEPENDIEMENTE DE COMO SE HAYA GENERADO.

K. PARTICIPACION DEL ASEGURADO EN RIÑAS, PELEAS O ACTOS Y ACTIVIDADES ILICITAS O CONTRAVENCIONALES SIEMPRE QUE SE ENCUENTREN DESCRITAS COMO TALES EN NORMAS LEGALES O REGLAMENTARIAS, EXCEPTO LAS CONTRAVENCIONES DE TRANSITO.

10. DOCUMENTOS DE RECLAMACION

EL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO DEL SEGURO, CUENTAN CON 2 AÑOS A PARTIR DEL MOMENTO EN QUE HAYAN TENIDO O DEBIDO TENER CONOCIMIENTO DEL HECHO QUE DA BASE A LA ACCION (SINIESTRO). TRASCURRIDO ESTE TERMINO, PRESCRIBE LA ACCION DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGUROS PARA RECLAMAR A SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. (ARTICULO 1081 DEL CODIGO DE COMERCIO).

CONFORME LO SEÑALADO EN EL ITEM ANTERIOR, PARA PODER ACREDITAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA CUANTIA DE LA PERDIDA, LE SUGERIMOS PRESENTAR LA SIGUIENTE INFORMACION:

VIDA (MUERTE POR CUALQUIER CAUSA)

-AVISO DEL SINIESTRO Y/O RECLAMACION MEDIANTE COMUNICACION ESCRITA

-FOTOCOPIA LEGIBLE DE LA SOLICITUD INDIVIDUAL DEL SEGURO (CUANDO EXISTA)

-FOTOCOPIA DE LA CEDULA DE CIUDADANIA DEL ASEGURADO / RECLAMANTE

-REGISTRO CIVIL DE DEFUNCION DEL ASEGURADO EN ORIGINAL, COPIA AL CARBON Y /O FOTOCOPIA DEL ORIGINAL DEBIDAMENTE AUTENTICADA.

-CERTIFICADO DE DEFUNCION DEL DANE (OPCIONAL)

-HISTORIA CLINICA, EPICRISIS O INFORME DEL MEDICO TRATANTE, RESULTADOS DE PATOLOGIA, EXAMENES DE LABORATORIO, RADIOLOGIA Y OTROS.

-ACTA DE LEVANTAMIENTO DEL CADAVER, NECROPSIA, INFORME DE LA AUTORIDAD COMPETENTE O FOTOCOPIA LEGIBLE DEL CROQUIS DE TRANSITO, SEGUN SEA EL CASO.

-FORMULARIO DE DECLARACION DEL MEDICO DE CABECERA, FORMA E-STRO-18 (OPCIONAL)

RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE, HOSPITALARIA O AMBULATORIA

-AVISO DEL SINIESTRO Y/O RECLAMACION MEDIANTE COMUNICACION ESCRITA

-FOTOCOPIA LEGIBLE DE LA SOLICITUD INDIVIDUAL DEL SEGURO (CUANDO EXISTA)

-RESUMEN DE HISTORIA CLINICA, EPICRISIS O INFORME DEL MEDICO TRATANTE, RESULTADOS DE PATOLOGIA, EXAMENES DE LABORATORIO, RADIOLOGIA Y OTROS.

-CERTIFICACION ORIGINAL DE LA EPS, DONDE MANIFIESTEN EL NUMERO DE DIAS DE INCAPACIDAD TEMPORAL

PARA EMBARAZO: APORTAR HISTORIA CLINICA O CUALQUIER DOCUMENTO QUE APRUEBE EL NACIMIENTO.

EXCEPCIONES:

NO APORTARAN SOPORTE DE INCAPACIDAD: PENSIONADOS - MATERNIDAD Y ARL

10 - PARAGRAFO: COMPLEMENTO - INTERPRETACION TABLA DE EVENTOS GRUPO 49: DEMAS LESIONES TRAUMATICAS Y/O ENFERMEDADES NO DESCRITAS EN LA TABLA

Columna A= Incapacidad sin hospitalización

Columna B = Incapacidad con hospitalización y / o cirugía

49.1. EVENTOS NO DEFINIDOS EN LA TABLA (HOMOLOGACION POR SEVERIDAD) AB

49.1.1 LEVE1525

49.1.2 MEDIA2535

49.1.3 ALTA4949

49.2 EVENTOS SOLO CON HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA -NO SE CONTEMPLA SIN

HOSPITALIZACION- A B

49.2.1 MEDIA030

49.2.2 ALTA049

ALCANCES INTERPRETATIVOS A LOS EVENTOS NO CLASIFICADOS EN RELACION CON LOS DAS DE INCAPACIDAD

EVENTOS LEVES: Lesiones traumáticas y/o enfermedades no descritas en la tabla de eventos con incapacidad entre 01 y 40 das.

EVENTOS MEDIOS Lesiones traumáticas y/o enfermedades no descritas en la tabla de evento con incapacidad entre 41 y 60 das.

EVENTOS GRAVES: Lesiones traumáticas y/o enfermedades no descritas en la tabla de eventos con incapacidad entre 61 das o ms.

ALCANCES INTERPRETATIVOS A EVENTOS NO CLASIFICADOS EN RELACION CON LOS DIAGNOSTICOS

EN AQUELLOS CASOS QUE INICIA CON EL DIAGNOSTICO FINAL CONFIRMADO Y EN LOS CASOS DONDE EXISTAN DIAGNOSTICOS SECUNDARIOS 2 O MS SE TOMARA EL DIAGNOSTICO PRINCIPAL Y MAS FAVORABLE AL ASEGURADO. ADEMAS SE REALIZARA UNA HOMOLOGACION POR DIAGNOSTICOS SEMEJANTES - CUANDO EXISTA - CASO CONTRARIO SE APLICARAN LOS CODIGOS DEL GRUPO 49 DE LA TABLA. LOS CODIGOS CON CONECTORES Y/O SE ENTENDEN QUE INCLUYEN UNO O LOS DOS DIAGNOSTICOS. EN CADA VIGENCIA SE PODRA ACTUALIZAR LA TABLA, SEGUN LA CASUISTICA DE LA SINIESTRALIDAD Y CODIGOS INCLUIDOS EN -NO CLASIFICADOS-.

CLAUSULA DE APLICACION DE EXTRAPRIMAS AUTOMATICAS PARA PERSONAS MENORES DE 65 AÑOS

El Defensor del Consumidor Financiero es: Dr. Manuel Guillermo Rueda S. Dir.: Carrera 13a # 28-38 Oficina 221 Bogotá D.C.. Cel: 3123426229

E-mail: defensoriaestado@gmail.com

OFICINA PRINCIPAL: Calle 83 # 19-10 BOGOTÁ D.C. Conmutador: 218 69 77 - 601 93 30 LINEAS DE ASISTENCIA: EN BOGOTÁ (601) 4434818-
CELULAR #388 – FUERA DE BOGOTÁ 018000 12 30 10 www.segurosdevidadeleestado.com



SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.174-4

PADECIMIENTOS/COBERTURAS	VIDA	ITP O INV.
HIPERTENSION ARTERIAL	ESTANDAR	ESTANDAR
COLESTEROL+TRIGLICERIDOS	ESTANDAR	ESTANDAR
(HIPERLIPIDEMIA MIXTA O DISLIPIDEMIA MIXTA).		
HIPERTENSION ARTERIAL+COLESTEROL+TRIGLICERIDOS	50%	75%
(HIPERLIPIDEMIA MIXTA O DISLIPIDEMIA MIXTA). DIABETES TIPO 1	50%	75%

ADICIONALMENTE LAS PERSONAS CUYO INDICE DE MASA CORPORAL SE ENCUENTREN EN LOS RANGOS RELACIONADOS COMO SE DETALLA A CONTINUACION, NO SERAN EVALUADOS PARA SU INGRESO A LA POLIZA Y SE EXTRAPRIMARAN SEGUN LOS PORCENTAJES SEÑALADOS:

RANGO	VIDA	ITP O INV
IMC 30 - 31.9	25%	25%
IMC 32 - 33.9	25%	25%
IMC 34 - 35.9	25%	50%
IMC 36 - 37.9	50%	75%
IMC 38 - 39.9	100%	DECLINADO

PATOLOGIAS PARA NO EXTRAPRIMAR: COLON IRRITABLE, SINDROME DE GILBERT, REFLUJO GASTROESOFAGICO, ASMA CONTROLADA, SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO CONTROLADO, HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA CON ANTIGENO PROSTATICO EN METAS, URTICARIA CRONICA IDIOPATICA SIN ANGIOEDEMA, INFECCION DE VIAS URINARIAS NO RECURRENTE, DISLIPIDEMIAS EN METAS, GASTRITIS Y MIGRAÑA - DOLOR DE CABEZA - CEFALEA

11.REVOCACION DEL CONTRATO

LA PRESENTE POLIZA Y SU AMPARO ADICIONAL PODRAN SER REVOCADOS POR EL TOMADOR O ASEGURADO EN CUALQUIER MOMENTO, MEDIANTE AVISO ESCRITO REMITIDO A LA COMPAÑIA. SE OTORGA UN PLAZO DE SESENTA (60) DIAS PARA LA REVOCACION DE LA MISMA. EL IMPORTE DE LA PRIMA DEVENGADA Y EL DE LA DEVOLUCION SE CALCULARAN TOMANDO EN CUENTA LA TARIFA DE SEGUROS A CORTO PLAZO.

SOBRE LA FACULTAD DE REVOCACION UNILATERAL DEL ASEGURADOR, CON NO MENOS DE DIEZ

(10) DIAS DE ANTICIPACION, LAS PARTES ESTIPULAN QUE DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA NO HABRA REVOCACION UNILATERAL POR LA ASEGURADORA, SALVO CAUSALES DE CULPA GRAVE, DOLO O FUERZA MAYOR.

12.INTEGRACION INFORMACION EN LINEA

SE IMPLEMENTARA UN CANAL DE COMUNICACION DIRECTA ENTRE EL TOMADOR, LA AGENCIA DE SEGUROS Y VIDAESTADO A FIN DE MANTENER UNA PERMANENTE COMUNICACION CON LOS ASEGURADOS Y SUS RECLAMOS, EL FIN DE ESTE CANAL ES QUE TODAS LAS PARTES SE ENTEREN DE LOS RECLAMOS QUE SE ENCUENTREN EN CURSO, DOCUMENTACION PENDIENTE POR APORTAR, CHEQUES PROGRAMADOS PARA EL PAGO, ETC. PARA ESTE EFECTO, SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO DISPONDRA DE UN FUNCIONARIO DE TIEMPO COMPLETO, UBICADO EN LAS OFICINAS PRINCIPALES DE COMEDAL, CON DESTINACION ESPECIFICA A LA ATENCION DE ESTE PROGRAMA.

LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES CONTINUAN VIGENTES.

TODA NOTIFICACION DEBERA HACERSE EN LAS OFICINAS DE SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

EN FE DE LO CUAL SE FIRMA EN MEDELLIN A LOS 30 DIAS DE JUNIO DE 2025.

FECHA DESDE LA CUAL SE CONSIDERA EN VIGOR ESTE ANEXO.

SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO.S.A.TOMADOR



**SEGUROS
DE VIDA DEL
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.174-4



El Defensor del Consumidor Financiero es: Dr. Manuel Guillermo Rueda S. Dir.: Carrera 13a # 28-38 Oficina 221 Bogotá D.C.. Cel: 3123426229

E-mail: defensoriaestado@gmail.com

OFICINA PRINCIPAL: Calle 83 # 19-10 BOGOTÁ D.C. Conmutador: 218 69 77 - 601 93 30 LINEAS DE ASISTENCIA: EN BOGOTÁ (601) 4434818-
CELULAR #388 – FUERA DE BOGOTÁ 018000 12 30 10 www.segurosdevidadelestado.com