

TABLA DE CONTENIDO

Contenido

TABLA DE CONTENIDO 1

CAPITULO I 4

GENERALIDADES..... 4

Artículo 1: Definiciones..... 4

Artículo 2: Ingreso y permanencia 4

Artículo 3: Fuente de Financiación 5

CAPITULO II 5

DESCRIPCIÓN, COBERTURA, RESTRICCIONES Y REQUISITOS DE LOS BENEFICIOS..... 5

Artículo 4: Beneficio de Vida 5

Parágrafos 5

CLÁUSULA DE PREEXISTENCIAS PARA LA COBERTURA DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA..... 5

4.1 Cobertura por incapacidad total y permanente. 5

EXCLUSIONES DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE..... 6

4.2 Cobertura por enfermedades graves. 6

4.2.1 Definición de Enfermedades Graves..... 6

Cáncer..... 6

Accidente Cerebro Vascular (ACV)..... 7

Insuficiencia Renal 7

Infarto Cardíaco 7

Intervención Quirúrgica por Enfermedad de las Arterias Coronarias 7

Trasplante de Órganos..... 7

Esclerosis Múltiple 8

Parkinson 8

Demencia..... 8

Período de Carencia Beneficio Vida 8

Requisitos para la reclamación Beneficio Vida 9

Restricciones Beneficio Vida..... 9

Artículo 5: Beneficio de Desempleo Involuntario 10

Despido Masivo 10

Parágrafo 1:..... 11

Parágrafo 2:..... 11

Restricciones 11

Requisitos para la reclamación 12

Artículo 6: Beneficio de implantes dentales y Coronas Dentales 12

Restricciones 12

Requisitos para la reclamación 13

Artículo 7: Beneficio Funerario 13

Parágrafo 1 13

Períodos de Carencia 13

Restricciones 14

Requisitos para la reclamación 14

***Artículo 8: Beneficio Renta Diaria por Incapacidad Temporal por Enfermedad o
 Accidente, Hospitalaria o Ambulatoria 14***

Período de Carencia 14

Restricciones 15

Requisitos para la reclamación 16

Parágrafo 1 16

TABLA DE COBERTURA DE LOS BENEFICIOS INTEGRALES..... 17

CUADRO CONTROL DE ACTUALIZACIONES 18

CAPITULO I

GENERALIDADES

Artículo 1: Definiciones

Beneficios Integrales: COMEDAL, consolida todos aquellos servicios de asistencia y apoyo a los asociados en situaciones de incapacidad laboral, implantes y coronas dentales, desempleo involuntario, incapacidad total y permanente, enfermedad grave Amparo de vida y Auxilio Funerario.

Periodos de carencia: Limitación de cobertura, a partir de la fecha de ingreso del asociado a COMEDAL.

Cobertura: Beneficio o amparo.

Restricciones: Exclusiones del beneficio, eventos que no tienen cobertura.

Artículo 2: Ingreso y permanencia

El asociado menor de 70 años debe estar obligatoriamente en la Póliza Colectiva de Beneficios integrales al momento de su afiliación, siempre y cuando cumpla con los requisitos vigentes de la aseguradora. En caso de no ser aceptado por la aseguradora, se debe informar oportunamente al asociado. La edad máxima de ingreso a los beneficios integrales es de 65 años más 364 días y la edad de permanencia será hasta los 90 años más 364 días, tiempo límite que establecen las aseguradoras en el territorio nacional.

Los asociados podrán disfrutar de los beneficios, siempre y cuando se encuentren al día en sus compromisos con la Cooperativa y cumplan las condiciones establecidas en el presente reglamento.

Parágrafo: Para los asociados mayores de 70 años, que vengan asegurados al momento de cumplir esta edad, su permanencia será opcional; para su retiro voluntario, deberá notificar esta decisión por escrito a la Cooperativa, de lo contrario se entenderá que continúa cotizando a esta Póliza hasta la edad de permanencia (90 años).

Luego de retirados no pueden volver a ingresar, dado que separaría la edad máxima de ingreso a la Póliza es de 65 años más 364 días.

Artículo 3: Fuente de Financiación

Estos Beneficios se financiarán con la cuota mensual que aporta el asociado y que se relacionará en su Estado de Cuenta con el concepto específico de Beneficio Integral.

CAPITULO II

DESCRIPCIÓN, COBERTURA, RESTRICCIONES Y REQUISITOS DE LOS BENEFICIOS

Artículo 4: Beneficio de Vida

Beneficio cuyo derecho se causará al fallecimiento del asociado y se pagará a los beneficiarios designados por él, o en su defecto los de Ley, según lo establecido en el Artículo 1142 del Código de Comercio, siempre y cuando, el valor a pagar no esté respaldando las obligaciones contraídas por el asociado con la Cooperativa. Se incluye cobertura de HOMICIDIO Y SUICIDIO desde el inicio de vigencia

Parágrafos

CLÁUSULA DE PREEXISTENCIAS PARA LA COBERTURA DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA.

Se asumirá indemnizaciones del amparo básico de fallecimiento por cualquier causa aún si este es causado por enfermedades preexistentes, aunque estas hayan sido diagnosticadas con anterioridad al momento en que se inicie la cobertura de cada riesgo, se entiende por tal, la fecha de reporte a la compañía de cada uno de los asociados por parte de COMEDAL.

No obstante, si la indemnización solicitada es a causa de una enfermedad grave (Terminal), normalmente no indemnizable por estos seguros, la Compañía asume la indemnización de estos eventos (fallecimiento por enfermedad grave) una vez se cumpla con los Periodos de carencia.

El beneficio de Vida tiene los siguientes anexos:

4.1 Cobertura por incapacidad total y permanente.

Beneficio que se otorga siempre y cuando, al ser calificada de acuerdo con lo estipulado por el régimen de seguridad social, la incapacidad sea igual o superior al cincuenta (50%) por ciento. En tal caso, se reconocerá al asociado la suma estipulada en el reglamento. (Ver tabla de coberturas).

Los beneficios concedidos mediante el presente anexo se otorgarán, bajo la condición de que el evento generador de la incapacidad y su estructuración, se presenten durante la vigencia de la póliza y antes de que el asociado cumpla los 70 años. La suma de dinero que se reconoce mediante la presente cobertura es un anticipo que se descontara del valor asegurado del amparo básico otorgado bajo esta póliza.

EXCLUSIONES DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

- Cuando el evento generado de la incapacidad total y permanente hay sido provocado por el asociado.
- Cualquier evento generador de la incapacidad total y permanente, que haya ocurrido por fuera de la vigencia de la póliza.

4.2 Cobertura por enfermedades graves.

Beneficio que se otorga en caso de que el asociado llegare a padecer cáncer, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal crónica, infarto al miocardio o esclerosis múltiple, diagnosticados médicamente, durante la vigencia del presente amparo o en caso de que sea sometido a intervención quirúrgica por enfermedad de las arterias coronarias también ocurrida durante la vigencia del amparo; párkinson, demencia, incluyendo enfermedad alzhéimer, afecciones orgánicas irreversibles degenerativas del cerebro, o se requiera de trasplante de cualquier órgano mencionado más adelante, salvo lo estipulado en la restricciones de este anexo.

Los beneficios concedidos mediante el presente anexo se otorgarán, bajo la condición de que el evento generador de la enfermedad se presente hasta los 69 años más 364 días.

La suma de dinero que se reconoce mediante la presente cobertura es un anticipo que se descontará de la suma estipulada del beneficio de vida (ver tabla de coberturas)

4.2.1 Definición de Enfermedades Graves

Para efectos de este anexo, se entenderá como objeto de la cobertura las enfermedades que cumplan con las siguientes definiciones:

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.

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.

Insuficiencia Renal

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.

Infarto Cardíaco

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.

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 ("bypass" 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.

Trasplante de Órganos

CÓDIGO: RE-ED-03	VERSIÓN: 13	FECHA: 2024-06-30
		Página 7 de 20

Para todos los efectos de este amparo esta garantía cubre únicamente al asociado 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).

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.

Parkinson

Diagnóstico inequívoco de enfermedad de Parkinson realizado por un neurólogo, basado en signos claros de afección neurológica progresiva y permanente, donde el asociado tiene incapacidad permanente para realizar al menos 3 de las 6 actividades de la vida diaria, a pesar de estar bajo tratamiento médico óptimo.

Demencia

Incluyendo Enfermedad Alzheimer/Afecciones Orgánicas 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.

Período de Carencia Beneficio Vida

Se aplicará el periodo de carencia según las siguientes condiciones:

- 0 días para muerte accidental
- 90 días para homicidio
- 181 días muerte por enfermedad, incluyendo enfermedades graves, cáncer y sida

Parágrafo: COMEDAL pagará el Beneficio de Vida de los asociados que al 01 de junio de 2015, eran mayores de 90 años y aportaron al antiguo Fondo Mutual Integral. En cada vigencia se designará el valor a entregar por este beneficio.

El derecho a reclamar el valor del beneficio caducará para los herederos del asociado a los dos (2) años, después de que la Cooperativa mediante forma escrita previamente informe el derecho a este.

Requisitos para la reclamación Beneficio Vida

Para reclamar el Beneficio de Vida, los beneficiarios o herederos del asociado deberán presentar:

- Formulario de reclamación.
- Registro civil de defunción original o fotocopia auténtica.
- Historia Clínica, sí la muerte fue natural.
- Acta de levantamiento de cadáver o informe de la fiscalía, en caso de muerte accidental.
- Documentos que demuestren la condición de herederos.

Restricciones Beneficio Vida

Cuando el evento generador de la incapacidad total y permanente haya sido provocado por el asociado ocurrido antes del 1 de julio de 2016.

No se pagará el anexo de enfermedades graves, si el asociado padece y se le diagnostica alguna de las enfermedades cubiertas en el presente amparo a consecuencia de, o en conexión con:

- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), tal como fuere definido por la organización mundial de la salud o cualquier síndrome o enfermedad de tipo similar bajo cualquier nombre, que tenga y que sea diagnosticado por un médico autorizado.
- Presencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) descubierto mediante test de anticuerpos con resultado positivo, o cualquier otra enfermedad derivada de lo anterior.
- 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.
- Cáncer de próstata temprano t1 (según clasificación tnm), incluyendo t1a y t2b, u otra clasificación equivalente.

- Leucemia linfática crónica en estado a de binet.
- Cáncer papilar de tiroides que esté limitado a este órgano.
- Infarto cerebral o el sangrado intracraneano como consecuencia de lesión traumática de origen externo.
- Los episodios de ataque isquémico transitorio (AIT).
- Hemorragia secundaria en una lesión cerebral preexistente.
- Anormalidades cerebrales detectadas por tomografía u otros medios diagnósticos, sin síntomas clínicos o signos neurológicos claramente relacionados.
- Síntomas neurológicos secundarios a migraña (jaqueca).
- Angina de pecho.
- Procedimientos no quirúrgicos como la angioplastia de balón, todos los procedimientos intraarteriales con catéter, y las técnicas con láser.
- Falla renal reversible o temporal que se resuelva luego de algún tiempo de tratamiento.
- Enfermedad de párkinson inducida por abuso de drogas y/o sustancias toxicas.
- Demencia relacionada con el abuso de drogas y/o alcohol o sida.

Artículo 5: Beneficio de Desempleo Involuntario

Se otorga esta cobertura únicamente a quienes tengan contrato de trabajo escrito, a término indefinido y una antigüedad mayor a 2 meses, hasta por un período de pago máximo no mayor al contratado, que haya sido causado de manera fortuita e independiente de la voluntad del asegurado, es decir resultante de cualquiera de las siguientes situaciones:

Despido Masivo

Terminación Unilateral del contrato de trabajo por parte del empleador sin justa causa.

Cuando termine el contrato de trabajo por mutuo acuerdo entre las partes, avalada dicho acuerdo

por autoridad competente, mediante un acta de conciliación o que en la liquidación final de prestaciones de dicho trabajador se haya reconocido y pagado una bonificación o subsidio no menor al 50% de la indemnización legal o convencional que le hubiese correspondido en caso de desempleo sin justa causa.

Así mismo, en el evento que se presente una renuncia, la misma será considerada como desempleo involuntario, si solo si, el empleador ha reconocido al asegurado una bonificación o subsidio no menor al 50% de la indemnización legal o convencional que le hubiese correspondido en caso de un despido sin justa causa.

La indemnización de la presente cobertura será el valor de la cuota mensual con COMEDAL (según tabla de coberturas), se establece como periodo de pago tres (3) meses a momento del despido con un máximo de \$4.500.000, sin importar el estado laboral del asociado después del despido, se cubre un (1) evento por asociado año.

El Beneficio de Desempleo Involuntario, se pagará directamente a COMEDAL para cubrir las cuotas mensuales por conceptos básicos y por obligaciones adquiridas por el asociado al momento de quedar desempleado. Cuando estas obligaciones superen el monto del beneficio en el respectivo mes, el pago del excedente estará a cargo del asociado.

Parágrafo 1:

Se cubre máximo cinco (5) casos de despido masivo de una misma empresa, en un lapso de seis (6) meses; entendiéndose por despido masivo los despidos simultáneos, es decir que se enmarquen en las mismas características

Parágrafo 2:

En las reclamaciones por desempleo hasta 1 smmlv, siempre y cuando este acreditada de forma suficiente los requisitos de indemnización (el tipo de contrato, causa del despido y el tiempo laborado) en la carta de despido, no será exigida copia del contrato de trabajo.

Restricciones

- Cualquier acto de guerra declarada o sin declarar, sedición, rebelión o asonada o actos violentos motivados por conmoción civil.
- Contratos a término fijo
- Por finalización de la obra o labor contratada
- Desempleo voluntario (La renuncia)
- Despido por parte del empleador con justa causa
- Contratos de trabajo no asociados bajo esta cobertura tales como: verbales, que no

- cumplan con las exigencias de la legislación laboral (Código Sustantivo del Trabajo)
- Desempleo del asociado a causa de pensión de jubilación, vejez o invalidez
 - Despido colectivo con autorización del Ministerio de Protección Social
 - Los seguros adquiridos con posterioridad a la declaratoria de liquidación, liquidación obligatoria o fusión de empresas.
 - Contratos por prestación de servicios
 - Cuando los empleados trabajadores sean empleados de su propia empresa
 - La terminación del contrato de trabajo por mutuo acuerdo, si no existe Conciliación, o si la indemnización legal que le hubiere correspondido sea inferior al 50% en caso de despido sin justa causa.
 - Contratos de trabajo con Cooperativas de trabajo asociado
 - Desempleo resultante del vencimiento de los contratos pactados a término fijo
 - Por finalización de la obra o labor contratada
 - Empleados en "Provisionalidad"
 - Afiliaciones con posterioridad a la declaratoria de liquidación obligatoria o función de empresas.

Requisitos para la reclamación

Los asociados deberán presentar los siguientes documentos:

- Contrato de trabajo
- Carta de finalización de contrato.
- Liquidación de las prestaciones sociales donde se indique el valor de la indemnización.
- En caso de mutuo acuerdo, el acta de conciliación y liquidación final de prestaciones de dicho trabajador donde se haya reconocido y pagado una bonificación no menor al 50% de la indemnización legal o convencional que le hubiese correspondido en caso de un despido sin justa causa.

Artículo 6: Beneficio de implantes dentales y Coronas Dentales

Es un beneficio para el pago de implantes dentales y coronas dentales. Este beneficio se reclama una (1) sola vez al año por vigencia y por un valor máximo de \$3.000.000.

Restricciones

- Procesos quirúrgicos odontológicos.
- Consultas odontológicas.
- Costo de especialistas tratantes
- Exámenes de diagnóstico

Requisitos para la reclamación

Los asociados deberán presentar los siguientes documentos:

- Historia odontológica con su respectivo presupuesto donde se detalle el valor de los materiales.
- Aportar Rx panorámico al momento del diagnóstico y al finalizar el tratamiento.
- Periodo de carencia: un año después del ingreso o reingreso a la póliza.
- Factura original de acuerdo con la DIAN por el pago del implante o corona.

Artículo 7: Beneficio Funerario

Es un beneficio entregado a los herederos en caso de fallecimiento del asociado y se hace extensivo a su grupo familiar de la siguiente forma:

- Asociado Casado: Cónyuge y/o compañero(a) permanente, e hijos hasta los 25 años + 364 días.
- Asociado Soltero: Padres hasta 75 años + 364 días, e hijos hasta los 25 años + 364 días. Para los padres que superen la edad máxima establecida, se otorgará el 50% del auxilio (Ver tabla de coberturas).

Parágrafo 1

El reconocimiento de este beneficio se limitará a un evento por año.

Se establece un (1) Beneficio Funerario a primera perdida por grupo familiar por vigencia anual, independiente del número de integrantes del grupo familiar que se encuentren vinculados a COMEDAL.

Períodos de Carencia

Se aplica periodo de carencia de acuerdo con la siguiente información: Los asociados estarán amparados desde el inicio de vigencia así:

A los ciento ochenta y un días (181) días calendario contados a partir de las cero (00:00) horas del día siguiente en que el cliente realice el primer pago de la prima del seguro resultante del proceso de afiliación, cuando el fallecimiento ocurra por cualquier enfermedad, incluyendo enfermedades graves, cáncer y SIDA.

Restricciones

- Eventos ocurridos dentro de los periodos de carencia.
- Las preexistencias para los asociados que se afilien a la Cooperativa después del 01 de julio de 2016.

Requisitos para la reclamación

Los asociados deberán presentar los siguientes documentos.

- Formulario de reclamación
- Fotocopia de la cédula del fallecido
- Registro civil de defunción original o fotocopia autenticada
- Documento que acredite el parentesco con el asociado.

Artículo 8: Beneficio Renta Diaria por Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente, Hospitalaria o Ambulatoria

Beneficio que se paga a los asociados cuando reciben una incapacidad temporal a causa de una enfermedad o accidente y sea certificada por la Entidad Promotora de Salud (EPS) del régimen de Seguridad Social en Salud Colombiano. Tendrán derecho a este beneficio todos los asociados que paguen por este concepto hasta los 70 años más 364 días.

Esta cobertura será a partir del día doce (12) con un máximo de 49 días por evento vigencia, así mismo, la cobertura de licencia de maternidad con un máximo de 20 días evento vigencia.

Tratamientos por desequilibrios mentales o curas de reposos: se otorga cobertura con un límite de indemnización de 15 días. Aplica deducible de 11 días. Esta cobertura tiene un límite de 15 eventos por vigencia, es decir, solo quince (15) asociados diferentes pueden reclamar por esta cobertura durante la vigencia.

No obstante, debe certificarse vehementemente la ocurrencia del evento mediante presentación de historia clínica u otros certificados o documentos solicitamos por la Aseguradora para tal fin.

CONDICIÓN PARTICULAR PARA RENTA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE, HOSPITALARIA O AMBULATORIA POR UN VALOR DE \$1.400.000 PARA AQUELLOS ASOCIADOS MAYORES DE 70 AÑOS.

Período de Carencia

CÓDIGO: RE-ED-03	VERSIÓN: 13	FECHA: 2024-06-30
		Página 14 de 20

Se aplica periodo de carencia para todos asociados que se vinculen a COMEDAL a partir del 01 de julio de 2016, de acuerdo con la siguiente información:

- 24 horas para incapacidad laboral por accidente
- 45 días para incapacidad laboral por enfermedad
- 280 días o 40 semanas entre la fecha del parto y la fecha de haber tomado el amparo (este periodo aplica para la cobertura de maternidad y a partir del 1 de julio 2018)

Restricciones

- Hospitalización como resultado del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), tal como fue reconocido por la Organización Mundial de la Salud o cualquier síndrome o enfermedad de tipo similar, bajo cualquier nombre que tenga y que haya sido diagnosticado por un médico o establecimiento hospitalario legalmente autorizado.
- Hospitalización para chequeos médicos de rutina o control u otros exámenes previos a los cuales no existan indicaciones de trastornos de salud.
- La hospitalización en un centro hospitalario que no cumpla con los requisitos descritos en el anexo de la presente cobertura, o que el asociado no se encuentre bajo la atención y cuidado de un médico autorizado para el ejercicio de su profesión.
- Tratamiento de belleza o cirugía con fines estéticos.
- Actos de guerra, asonada, terrorismo, sedición, rebelión o cualquiera otro hecho que altere el orden público.
- Lesiones auto infligido, bien sea que el asociado se encuentre en uso de sus facultades mentales o en estado de anomalía psíquica.
- Práctica, entrenamientos o participación en deportes o actividades tales como espeología, el buceo, alpinismo o escalamiento de montañas, paracaidismo, planeadores, motociclismo, deportes de invierno o cualquiera que se considere como de alto riesgo y la práctica o entrenamiento de deportes a nivel profesional.
- Los accidentes que sufra el asociado mientras actúen 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 o autorizada para el transporte regular de pasajeros incluyendo el uso de cualquier tipo de planeadores y cometas.
- Encontrarse el asociado bajo la influencia de drogas tóxicas, heroicas o alucinógenas, cuando tal circunstancia sea la causa del accidente.
- Reacción, fusión o radiación nuclear, independientemente de cómo se haya generado.
- Participación del asociado en riñas, peleas o actos y actividades ilícitas o contravenciones, siempre que se encuentren descritas como tales en normas legales o reglamentarias.

Requisitos para la reclamación

Los asociados deberán presentar los siguientes documentos:

- Formulario de reclamación.
- Certificación de incapacidad emitido por la EPS.
- Para todas las reclamaciones de este beneficio, se exigirá la incapacidad transcrita por la EPS, excepcionalmente en los casos en que el asociado no tenga La transcripción de la EPS, se le recibirá la incapacidad expedida por su médico tratante y se pagara esta, hasta el valor máximo de la tabla que se aplica actualmente para la póliza de Salario Protegido descontando de esta los 11 días del deducible. En todos estos casos, el médico debe traer una declaración extra-juicio certificando que no tiene EPS como cotizante.”

Para todas las reclamaciones de este beneficio que sean consecuencia de un accidente o caída deben aportar imágenes diagnósticas y lectura de las mismas.

El pago de las indemnizaciones que afecten este beneficio será liquidado con base en la Tabla de Eventos Cubiertos para tal fin, la cual contiene el número de días máximo a indemnizar, diferenciando si el tratamiento fuera ambulatorio u hospitalario.

No se requiere aportar soporte de incapacidad de la EPS para los siguientes casos:

- Maternidad
- Incapacidad por ARL
- Resumen de historia clínica, epicrisis o informe del médico tratante, resultados de patología, exámenes de laboratorio, radiología y otros, que dieron origen a la incapacidad.

Para embarazo, aportar historia clínica o cualquier documento que apruebe el nacimiento.

En caso de accidente laboral planilla de ingreso por ARL.

Parágrafo 1

Los asegurados que fueron indemnizados por enfermedades graves o incapacidad total y permanente no tendrán derecho posterior al reclamo por renta diaria.

TABLA DE COBERTURA DE LOS BENEFICIOS INTEGRALES

TABLA DE COBERTURA BENEFICIOS INTEGRALES										
AMPARO	CONDICION	EDAD	VALOR ASEGURADO	EDAD MAXIMA		PERIODO CARENCIA		EXCLUSIONES	OBSERVACIONES	
				INGRESO	PCIA					
VIDA	BASICO	18-70	\$ 110.000.000	65	90	MTE ACC	0	PERIODO DE CARENCIA		
		71-80	\$ 66.000.000			HOMICIDIO	0			
		81-90	\$ 44.000.000			MTE ENFERMEDAD	181			
	I.T.P	18-70	\$ 50.000.000	65	70	SUICIDIO	181	PREEXISTENCIAS		
E.G.	18-65	\$ 25.000.000	55	65	CANCER/SIDA	181				
AUXILIO FUNERARIO		18-90	\$ 1.500.000	65	90	MTE ACCIDENTE	0	PERIODO DE CARENCIA	CASADO	CONYUGE O COMPAÑERA PERMANENTE
		> 75 PADRES	\$ 750.000			HOMICIDIO	0		SOLTERO	HIJOS <25
						MTE ENFERMEDAD	181			PADRES >75
						E.G.CANCER,SIDA	181			HIJOS <25
SUICIDIO	181	UN EVENTO/VIGENCIA								
AUXILIO RENTA DIA	18-70	100,000 dia	65	70	ACCIDENTE	24 HORAS	efectos droga, otros	HISTORIA CLINICA		
					ENFERMEDAD	45 DIAS		autolesion	INCAPACIDAD TRANSCRITA EPS	
					MATERNIDAD	280 días o 40 semanas		infraccion leyes	DEDICIBLE 11 DIAS	
AUXILIO DE IMPLANTES Y CORONAS DENTALES	18-90	\$ 3.000.000	65	90	1 AÑO		consultas odontologicas	MAXIMO 60 DIAS EVENTO/VIGENCIA		
								procedimientos quirurgicos y estetico	PAGO POR REEMBOLSO	
								PANORAMICO DE INICIO Y FIN DEL TRATAMIENTO		
AUXILIO DE DESEMPLEO	18-70	HASTA \$ 1,500,000 POR MES DURANTE 3 MESES	65	70	NO			renuncia voluntaria		
								contratos termino fijo		
								despido sin justa causa	AMPARA LAS CUOTAS DE LA COOPERATIVA	

CUADRO CONTROL DE ACTUALIZACIONES

Cuenta o capítulo modificado	Acuerdo				Acta				Modificaciones y observaciones
	No	AÑO	MM	DD	No	AÑO	MM	DD	
Todos los artículos	0169	2015	05	28	1242	2015	05	28	Se crea el nuevo Reglamento Beneficios integrales por tercerización del fondo. Se elimina el auxilio funerario del fondo de solidaridad. (versión 8) e inicia el nuevo reglamento a partir de la versión 9
Todos los artículos					1256	2016	01	27	Se ratifica el reglamento
Todos los artículos	0171	2016	06	14	1266	2016	06	14	Modificación del Reglamento por fusión de Beneficios Integrales con las pólizas de vida obligatoria y vida aportes. Por aumento de cobertura en los beneficios. Cambio en requisitos y restricciones.
Artículo 5	0175	2017	04	18	1288	2017	04	18	En el beneficio del desempleo se modifica la cobertura del contrato de trabajo por mutuo acuerdo entre las partes, avalada dicho acuerdo por autoridad competente, mediante un acta de conciliación o que en la liquidación final de prestaciones de dicho trabajador se haya reconocido y pagado una bonificación o subsidio no menor al 50% de la indemnización legal o convencional que le hubiese correspondido en caso de desempleo sin justa causa

Artículo 6	0175	201704	18	1288	201704	18	Se modifica el nombre del beneficio de Medicamentos No POS y Prótesis y Coronas Dentales, ya que estaba incluido medicamentos y tratamientos odontológicos no pos
Artículo 8	0175	201704	18	1288	201704	18	Se elimina en restricciones tratamientos por desequilibrios mentales o "curas de reposo". Se cambia la palabra parto por licencia de maternidad. Se elimina el deducible de cirugías ambulatorias y complicaciones del embarazo.
Artículo 4	0177	201708	15	1297	201708	15	En el beneficio de vida se simplifican los periodos de carencia quedando solo de 90 y 181 días
Artículo 5	0177	201708	15	1297	201708	15	Se elimina en el beneficio de desempleo, el límite de reclamación
Artículo 6	0177	201708	15	1297	201708	15	Se elimina del beneficio de prótesis y coronas, las reclamaciones por medicamentos no pos.
Artículo 7	0177	201708	15	1297	201708	15	En el benéfico funerario se simplifican los periodos de carencia quedando solo de 90 y 181 días
Tabla de coberturas	0177	201708	15	1297	201708	15	Se actualiza la tabla y se cambia en el beneficio de renta el valor asegurado en \$110.000
Tabla de coberturas y Artículo 6	0190	201807	17	1323	201807	17	Se actualiza la tabla modificando el valor de implantes y coronas a \$3.000.000.

Artículo 8	0190	2018	07	17	1323	2018	07	17	En el beneficio de renta se amplía la cobertura para tratamientos por desequilibrios mentales o curas de reposos, pasando de 5 a 15 eventos por vigencia. Es decir, solo quince (15) asociados diferentes pueden reclamar por esta cobertura durante la Vigencia.
Artículo 8	0190	2018	07	17	1323	2018	07	17	En el beneficio de renta se modificó el periodo de carencia incluyéndole 280 días a la cobertura de maternidad.
Artículo 8	0190	2018	07	17	1323	2018	07	17	En el beneficio de renta se modifican los requisitos para la reclamación en la documentación que se recibe.
Tabla de coberturas y Artículo		2024	06	30		2024	06	30	Se actualiza la tabla y se cambia en valor asegurado en el benéfico de vida así: De 18 a 70 años \$110.000.000. De 71 a 80 años \$66.000.000. De 81 a 90 años \$44.000.000.
Artículo 8	0197	2019	12	30	1376	2019	12	30	El pago de las indemnizaciones que afecten este beneficio será liquidado con base en la Tabla de Eventos Cubiertos para tal fin, la cual contiene el número de días máximo a indemnizar por enfermedad general y hospitalización.
Artículo 2	0197	2019	12	30	1376	2019	12	30	ingreso y permanencia: se incluye Parágrafo: Para los asociados mayores de 70 años, el cobro de los beneficios integrales queda a potestad del mismo quien deberá informar por escrito su decisión de retirarse, en caso contrario continuará con su protección hasta la edad de permanencia (90 años).