equidad seguros

Una aseguradora cooperativa con sentido social

CERTIFICADO DE SEGURO VIDA GRUPO FAMILIAR

Tradicional

Fecha de diligenciamiento DD MM AAAA

Inicio de Vigencia: La cobertura iniciará una vez se efectúe el pago de la primera cuota.

CERTIFICADO N°

DATOS TOMADOR

TOMADOR: NIT: E-Mail:

DIRECCIÓN: CIUDAD: TELÉFONO:

DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL

TIPO DE DOCUMENTO: CC ☐ CE ☐ PASAPORTE ☐ NÚMERO: NOMBRES Y APELLIDOS: EDAD:

FECHA DE NACIMIENTO AAAA MM DD OCUPACIÓN: TELÉFONO: CELULAR: Autorizo la recepción de SMS en mi celular: Si ☐ No ☐

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Correo Electrónico:

AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS PARA EL ASEGURADO PRINCIPAL * Marque con una (X) el plan elegido

AMPAROS	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3	PLAN 4	PLAN 5	PLAN 6
BÁSICO	$ 10.000.000	$ 20.000.000	$ 30.000.000	$ 50.000.000	$ 80.000.000	$ 100.000.000
Invalidez	$ 10.000.000	$ 20.000.000	$ 30.000.000	$ 50.000.000	$ 80.000.000	$ 100.000.000
Indemnización Adicional Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración	$ 10.000.000	$ 20.000.000	$ 30.000.000	$ 50.000.000	$ 80.000.000	$ 100.000.000
Auxilio Funerario	$ 1.500.000	$ 2.000.000	$ 3.000.000	$ 5.000.000	$ 8.000.000	$ 10.000.000
Anticipo por Enfermedades Graves	$ 5.000.000	$ 10.000.000	$ 15.000.000	$ 25.000.000	$ 40.000.000	$ 50.000.000
Renta Diaria por Hospitalización	$ 50.000	$ 70.000	$ 80.000	$ 120.000	$ 150.000	$ 150.000
Gastos Hogar por 12 meses	$ 200.000	$ 250.000	$ 300.000	$ 300.000	$ 700.000	$ 750.000
Desempleo por 6 meses-10 eventos por tomador	$ 100.000	$ 125.000	$ 150.000	$ 150.000	$ 350.000	$ 375.000

NOTA 1: ESTOS VALORES ASEGURADOS APLICAN PARA EL ASEGURADO PRINCIPAL. PARA EL CÓNYUGE, PADRES E HIJOS VER LA TABLA DE COBERTURAS Y VALORES ASEGURADOS AL RESPALDO.

		PRIMAS MENSUALES					
HASTA 64 AÑOS	Asegurado Principal	☐ $ 5.400	☐ $ 9.800	☐ $ 14.300	☐ $ 23.000	☐ $ 37.300	☐ $ 45.900
	Cónyuge	☐ $ 4.700	☐ $ 9.000	☐ $ 13.300	☐ $ 22.000	☐ $ 35.000	☐ $ 43.500
MÁS DE 64 AÑOS	Asegurado Principal	☐ $10.200	☐ $18.600	☐ $ 27.000	☐ $ 43.600	☐ $ 70.800	☐ $ 87.300
	Cónyuge	☐ $ 8.900	☐ $17.000	☐ $ 25.200	☐ $ 41.800	☐ $ 66.400	☐ $ 82.600
HASTA 70 AÑOS	Padre del asegurado principal	☐ $ 7.300	☐ $13.900	☐ $ 20.700	☐ $ 34.300	☐ $ 54.600	☐ $ 68.000
	Madre del asegurado principal	☐ $ 5.900	☐ $11.300	☐ $ 16.800	☐ $ 27.900	☐ $ 44.300	☐ $ 55.100
HASTA 24 AÑOS	Cada Hijo Número ( )	☐ $ 1.000	☐ $ 1.600	☐ $ 2.200	☐ $ 3.600	☐ $ 5.400	☐ $ 6.500
TOTAL PRIMA MENSUAL A PAGAR:		$	$	$	$	$	$

La mora superior a 30 días produce la terminación automática del seguro.

% Valor Asegurado respecto al del Asegurado Principal	Cónyuge	Padres	Hijo
BÁSICO	100%	70%	
Invalidez	100%	70%	30%
Indemnización Adicional Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración	100%	70%	
Auxilio Funerario	100%	100%	100%
Anticipo por Enfermedades Graves	100%	70%	30%
Renta Diaria por Hospitalización (desde día 3 hasta 60 días cualquier causa incluye UCI)	100%	100%	100%
Gastos Hogar por 12 meses			
Desempleo por 6 meses- 10 eventos por tomador	100%		

GRUPO FAMILIAR ASEGURADO

(DILIGENCIE ESTA INFORMACIÓN SÓLO EN CASO QUE EL PLAN AL QUE DESEA VINCULARSE SE EXTIENDA A ALGUIEN DEL GRUPO FAMILIAR)

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	TIPO DOC.	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	OCUPACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO
						AAAA MM DD
						AAAA MM DD
						AAAA MM DD
						AAAA MM DD

NOTA 2: MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR QUE NO SE ENCUENTRE DEBIDAMENTE RELACIONADO NO GOZARÁ DE COBERTURA POR ESTA PÓLIZA.

NOTA 3: EL ASEGURADO PRINCIPAL AUTORIZA QUE EN CASO DE SU FALLECIMIENTO SE DESCUENTE DEL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN POR MUERTE, UNA SUMA EQUIVALENTE A LAS PRIMAS PENDIENTES POR PAGAR DEL GRUPO ASEGURADO PARA LA VIGENCIA DEL PRESENTE CERTIFICADO, DE TAL FORMA QUE LA COBERTURA CONTINÚE HASTA EL FINAL DE LA MISMA.

NOTA 4: QUEDA CLARAMENTE ENTENDIDO QUE LAS PERSONAS ASEGURADAS EN ESTA PÓLIZA AVALAN SU INCLUSIÓN EN LA MISMA Y HAN AUTORIZADO AL ASEGURADO PRINCIPAL A REALIZARLO. SI CON POSTERIORIDAD ALGUNO DE ELLOS DESEA RETIRARSE, LO PODRÁ HACER MEDIANTE COMUNICACIÓN ESCRITA A LA EQUIDAD SEGUROS.

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS AMPARO BÁSICO DE VIDA - ASEGURADO PRINCIPAL

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOC.	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	%

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

Con la firma del presente certificado, autorizo a _____, para que descuenten en forma MENSUAL ( ), el valor de las primas que genera la expedición de este seguro, de mi:

Nómina ☐ Cuenta de Ahorros (Aplica para cooperativas) ☐ Cuenta No: _____

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

El asegurado principal declara que las personas del grupo familiar incluidas como aseguradas en esta póliza lo han autorizado para hacer su inclusión en la misma. Como asegurado principal, garantizo que en este momento de ingreso a la póliza o aumento de valor asegurado según corresponda, tanto mi grupo familiar asegurado como yo, nos encontramos en buen estado de salud y nuestra habilidad física no se encuentra en manera alguna reducida y no hemos padecido ni se nos ha sido diagnosticada ninguna enfermedad tal como: diabetes I y II, VIH positivo/sida, cáncer, afecciones cerebro-vasculares, afecciones cardiovasculares, insuficiencia renal crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica "EPOC", alcoholismo o tabaquismo.

Autorizo expresamente a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros o cualquier otra organización o institución a suministrar a La Equidad Seguros, nuestra historia clínica y todos aquellos datos que en ella se registran o lleguen a ser registrados y obtener copia de ese documento y de sus anexos, incluso después de nuestro fallecimiento.

Declaro que mi actividad y la de mi grupo familiar se desarrolla dentro del marco de la ley, que ningún miembro del grupo familiar porta armas en el ejercicio normal de sus actividades y que no nos encontramos en servicio activo, ni en ejercicio de funciones como militar, policía, miembros de cuerpos de seguridad, inteligencia, guardaespaldas, vigilancia o autoridad. Tengo conocimiento, que el presente certificado de seguro, se expide a consideración de la veracidad de estas declaraciones hechas en el momento de la solicitud del seguro; que en el evento de no coincidir ellas estrictamente con la realidad, ésta queda viciada de nulidad (art. 1058 y 1158 del Código del Comercio) y que La Equidad Seguros, se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso que antes o después de producirse el siniestro, se compruebe que estas declaraciones no son verídicas.

EN MI CALIDAD DE TOMADOR O ASEGURADO DE LA PÓLIZA REFERENCIADA EN ESTA CARÁTULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE, QUE HE TENIDO ACCESO PERMANENTE A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB DE LA ASEGURADORA. MANIFIESTO ADEMÁS QUE ME HAN SIDO EXPLICADAS LAS EXCLUSIONES Y EL ALCANCE O CONTENIDO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA Y EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMAR LA PÓLIZA DE SEGUROS AQUÍ CONTENIDA.

***Declaro que la información suministrada en el momento de la solicitud es totalmente cierta y confirmable .**

EN CONSTANCIA SE FIRMA EN_____ **A LOS** _____ **DEL MES** _____ **DEL AÑO** _____.

_____
FIRMA AUTORIZADA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C

_____
FIRMA ASEGURADO PRINCIPAL
C.C.

Huella índice Derecho del asegurado

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 y sus normas reglamentarias, para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de La Equidad Seguros De Vida O.C., (en adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamiento descritos en la presente autorización. Así mismo, autorizo y declaro que he sido informado que durante la etapa precontractual y contractual, La Equidad puede acceder a otras bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento, para los fines y tratamiento descrito a continuación: 1. Que mis datos personales serán tratados por La Equidad, para las siguientes finalidades: a) El trámite de vinculación como consumidor financiero; b) Todas las actividades referentes al proceso de negociación contractual, su ejecución, cumplimiento y en general, la gestión integral del seguro contratado; c)Verificación del estado del riesgo en cualquier tiempo; d) El control y la prevención del fraude; e) La liquidación y pago de siniestros; f) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, verificación, actualización de datos y análisis de tendencias del mercado; g) Envío de información de actualización en las políticas de tratamiento de datos y ofertas comerciales de seguros de La Equidad; h)Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial; i) Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral. 2 Que, para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegare a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ella ya hubiere terminado y conforme al término de vigencia del tratamiento. 3. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: a) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos de seguro celebrados con La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, gestores de cartera, entre otros; b) Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro; c)Las entidades jurídicas con las cuales La Equidad adelante gestiones para efectos de Coaseguro o Reaseguro; d) A las personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral y la selección de riesgos, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales. 4. Que, para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad podrá consultar las bases de datos a que hace referencia el literal d) del numeral 3 de este documento. 5. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas. 6. Que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, si la información suministrada es relativa a la salud y a los datos biométricos. 7. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas. 8. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hayan sido objeto de tratamiento. 9. Que el responsable del tratamiento de la información esLa Equidad Seguros de Vida O.C., cuya dirección es carrera 9 A No. 99-07 Piso 12, el teléfono es 5922929 y su página web es www.laequidadseguros.coop. 10. Que con la suscripción del presente documento, autorizo el tratamiento de los datos personales, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en esta autorización.

FIRMA DEL ASEGURADO: _____

11/12/2019-1429-P-34-0000000000002030-D00I 11/12/2019-1429-NT-P-34-0000000000002030

1. AMPARO BASICO

La Equidad se obliga a pagar la suma asegurada individual convenida en caso de fallecimiento por cualquier causa diferente a las excluidas en la presente póliza, de cualquiera de las personas naturales afiliadas o asociadas a la entidad que figura en la carátula de la presente póliza como entidad tomadora del seguro.

2. AMPAROS ADICIONALES

2.1 INVALIDEZ

para todos los efectos de este amparo se considera como inválido el asegurado que por cualquier causa, de cualquier origen, genere lesiones físicas orgánicas o alteraciones funcionales no preexistentes y no provocadas intencionalmente por éste donde hubiese perdido el 50% o más de su capacidad laboral, determinada de acuerdo con el manual único de calificación de invalidez de conformidad con la ley colombiana, siempre y cuando la fecha de estructuración se presente dentro de la vigencia del seguro.

La indemnización por invalidez no es acumulable con el amparo básico, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicha invalidez, la póliza se dará por terminada en todos sus amparos.

2.2 DEDUCCIONES

Si la póliza a la cual se incluye este amparo contiene además el amparo de indemnización adicional por muerte accidental y beneficios por desmembración y en virtud de este último y a consecuencia del mismo accidente La Equidad ha efectuado algún pago, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por el presente amparo.

3. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL

Se ampara la muerte causada por un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza. la indemnización por muerte accidental no es acumulable con el amparo de beneficios por desmembración, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por muerte accidental, la póliza se dará por terminada en todos sus amparos.

3.1 BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN

Lesión corporal causada por un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza que tenga como consecuencia directa e independiente de otra causa, cualquiera de las pérdidas enumeradas en la tabla de indemnizaciones y manifestada dentro de los noventa (90) días siguientes a su ocurrencia.

TABLA DE INDEMNIZACIONES

- por la pérdida de ambas manos 100% de la suma asegurada
- Por la pérdida de ambos pies 100% de la suma asegurada
- Por la pérdida de la visión de ambos ojos 100% de la suma asegurada.
- Por la pérdida de una mano o un pie y la visión de un ojo 100% de la suma asegurada.
- Por la pérdida de una mano o un pie o la visión de un ojo 50% de la suma asegurada. conforme lo señalado en el presente amparo, por pérdida se entiende así:

Manos: Amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radio carpiana.
Pies: Amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana.
Ojos: La pérdida total e irreparable de la visión. en todos los casos se entiende también por pérdida, la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado en forma tal, que no pueda desarrollar ninguna de sus funciones naturales.

4. AUXILIO FUNERARIO

En el evento de presentarse el fallecimiento del asegurado por cualquier causa no excluida en el presente clausulado, la equidad reconocerá la suma indicada para este amparo en la carátula de la póliza a los beneficiaros designados o en su defecto a los de ley.

5. INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES

El presente amparo tiene por objeto indemnizar al asegurado si durante la vigencia de la cobertura, un médico legalmente autorizado para ejercer la profesión, diagnostica por primera vez con posterioridad a los tres (3) primeros meses desde la fecha de ingreso del asegurado a la póliza y confirma, con base en pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, la presencia de alguna de las enfermedades que se describen bajo el presente amparo, siempre y cuando las mismas no se hayan originado o sean preexistentes al momento de contratar este amparo y si el asegurado sobrevive al menos treinta (30) días a la fecha del diagnóstico o a la cirugía o ciento ochenta (180) días en caso de esclerosis múltiple.

5.1 MODALIDAD ANTICIPO DEL AMPARO BÁSICO

La indemnización a que da derecho la presente cobertura se deducirá de la suma asegurada del amparo básico.

6. AMPAROS POR RENTA DIARIA

6.1 AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

se pagará al asegurado la suma establecida en la carátula de la póliza por cada día que permanezca recluido en un establecimiento hospitalario legalmente aprobado por las autoridades competentes, como consecuencia de una enfermedad o accidente. la indemnización se otorgará desde el tercer día de hospitalización y cubrirá un máximo de sesenta (60) días continuos o discontinuos por cada vigencia anual. el pago se producirá siempre y cuando la enfermedad o accidente haya ocurrido por lo menos treinta (30) días después del inicio de vigencia de la póliza.

6.2 AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS UCI

Se pagará al asegurado la suma establecida en la carátula de la póliza por cada día que permanezca internado en una unidad de cuidados intensivos de un establecimiento hospitalario legalmente aprobado por las autoridades competentes, como consecuencia de una enfermedad o accidente. la indemnización se otorgará siempre y cuando el asegurado se encuentre por un periodo mínimo de veinticuatro (24) horas en esta unidad y por un máximo de diez (10) días continuos o discontinuos por cada vigencia anual.
la indemnización por esta renta no es acumulable con la renta por hospitalización.

6.3 AMPARO DE RENTA DIARIA POST- HOSPITALARIA

Si a consecuencia de haber estado hospitalizado por enfermedad o accidente cubierto por la presente póliza, el asegurado queda incapacitado en forma total temporal para continuar desempeñando sus labores habituales, se indemnizará el valor estipulado en la caratula de la póliza por cada día de incapacidad, por un máximo de diez (10) días por cada vigencia anual. la incapacidad debe ser emitida por el médico tratante del establecimiento hospitalario legalmente aprobado por las autoridades competentes inmediatamente posterior a la salida del mismo.

7. DESEMPLEO INVOLUNTARIO

se pagará al asegurado, la suma asegurada de manera mensual indicada en la carátula de la póliza durante máximo seis (6) meses cuando se presente despido sin justa causa. no obstante, en el evento en el cual el asegurado dure desempleado para el primer mes un término inferior a 30 días, la equidad pagará la suma asegurada a prorrata por los días transcurridos. para que proceda el pago total de la suma asegurada mensual, el asegurado deberá estar como mínimo un mes en situación de desempleo.

Es requisito para este amparo que, al momento de ingreso del asegurado a la póliza, tenga vínculo laboral mediante un contrato de trabajo escrito de jornada ordinaria, tiempo completo y a término indefinido, suscrito conforme a la legislación colombiana y tenga una antigüedad no inferior a tres (3) meses; o esté vinculado mediante situación legal o reglamentaria en caso de ser empleado público o trabajador oficial.

Esta cobertura tendrá un periodo de carencia de un mes a partir del inicio de vigencia y es excluyente del amparo de incapacidad total temporal.

7.1 INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

Aplica para los trabajadores independientes si como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza, el asegurado queda incapacitado total y temporalmente en forma tal, que no pueda desarrollar su trabajo habitual, la equidad pagará por cada mes el valor asegurado indicado en la carátula de la póliza, durante el tiempo que el asegurado esté imposibilitado para ejecutar todas y cada una de las actividades diarias relacionadas con su ocupación, este amparo cubre a partir del tercer (3) día siguiente a la iniciación de la incapacidad y por un máximo de seis (6) meses subsiguientes.

Es requisito para el pago de este amparo que la incapacidad sea certificada por un médico adscrito a la EPS o a la ARL a la cual el asegurado se encuentre afiliado como cotizante o por un médico especializado en medicina ocupacional debidamente certificado. para cada mes y caso, respecto del cual se reclame indemnización, deberán presentarse pruebas médicas a satisfacción de la equidad quien se reserva el derecho de verificar la veracidad de tales pruebas. este amparo solo aplica para trabajadores independientes en una actividad formal, demostrable mediante certificado de cámara de comercio o del RUT

EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA.

La Equidad quedará liberada de responsabilidad, aplicable a todos los amparos, bajo el presente contrato de seguro cuando el evento se presente como consecuencia directa o indirecta de:
A. alguna de las siguientes enfermedades: diabetes i y ii, vih positivo/ sida, cáncer, afecciones cerebrovasculares, afecciones cardiovasculares, insuficiencia renal crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica "epoc", alcoholismo o tabaquismo. esta exclusión opera así la causa del fallecimiento no tenga ninguna relación con las patologías citadas y sin que sea requisito que la equidad exija para su ingreso, el diligenciamiento de cuestionario o práctica de exámenes.
B. enfermedades, accidentes, diagnósticos o tratamientos preexistentes al ingreso del asegurado a la póliza.
C. suicidio o su tentativa en estado de cordura o demencia durante el primer año desde el inicio de vigencia de la póliza o cuando se realicen incrementos de valor asegurado.
D. accidentes y/o lesiones sufridas por culpa grave del asegurado como consecuencia de estar bajo la influencia de bebidas embriagantes o de sustancias alucinógenas o cualquier sustancia ilegal, salvo que se demuestre prescripción médica.
E. Cualquier acto de guerra, declarada o sin declarar, revolución, sedición, rebelión, asonada, motines, huelgas, movimientos subversivos, actos violentos o en general conmociones de cualquier clase.
F. actos terroristas o la participación en actividades terroristas o delincuenciales.
G. eventos ocurridos a consecuencia de fisión o fusión nuclear, radioactividad o el uso de armas atómicas, bacteriológicas o químicas.
H. fenómenos de la naturaleza, sísmicos, volcánicos o inundaciones; lesiones inmediatas o tardías causadas por energía atómica.
I. mientras el asegurado se encuentre en servicio activo y ejerciendo funciones de tipo militar, policial, de inteligencia, guardaespaldas, vigilancia o miembro de organismo de seguridad.

OTRAS CONDICIONES

Las condiciones de los amparos aquí otorgados son las que se entregan al tomador de la póliza forma 11/12/2019-1429-P-34-0000000000002030-D00I. La mora en el pago a la prima producirá la terminación automática de este certificado de seguro y dará derecho a exigir el pago de la prima devengada y gastos causados con motivo de la expedición de este contrato.

EXCLUSIONES GENERALES Y PARTICULARES: La que se mencionan en las condiciones generales.

NOTA1: TABLA DE COBERTURAS Y VALORES ASEGURADOS

Edades de ingreso y permanencia para los asegurados	Asegurado Principal, Cónyuge y Padres			Hijo		
	Mínimo	Edad Máximo	Permanencia	Mínimo	Máximo	Permanencia
Muerte por cualquier causa	14 años	69 años y 364 días	79 años y 364 días	N/A	N/A	N/A
Invalidez	14 años	59 años y 364 días	60 años y 364 días	2 años	23 años y 364 días	24 años y 364 días
Indemnización adicional por muerte accidental y beneficios por desmembración.	14 años	69 años y 364 días	70 años y 364 días	N/A	N/A	N/A
Anticipo por enfermedades graves	14 años	64 años y 364 días	65 años y 364 días	2	23 años y 364 días	24 años y 364 días
Auxilio Funerario	14 años	69 años y 364 días	79 años y 364 días	2	23 años y 364 días	24 años y 364 días
Gastos Hogar por 12 meses	14 años	58 años y 364 días	60 años y 364 días	N/A	N/A	N/A
Renta diaria por hospitalización(desde día 3 hasta 60 días cualquier causa incluye UCI	14 años	64 años y 364 días	65 años y 364 días	2	23 años y 364 días	24 años y 364 días
Desempleo por 6 meses - 10 eventos por tomador	14 años	69 años y 364 días	70 años y 364 días	N/A	N/A	N/A

*EL PORCENTAJE DE VALOR ASEGURADO DEL GRUPO FAMILIAR (CÓNYUGE, PADRES E HIJOS MENORES DE 24 AÑOS) ES CON RELACIÓN AL VALOR ASEGURADO DEL PLAN ELEGIDO POR EL ASEGURADO PRINCIPAL.

