

vanti✓[®]

Más formas de avanzar

Cuota protegida





¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

AMPARO BÁSICO DE VIDA PLUS.

Suma asegurada:

- **Plan 1:** \$2.500.000.
- **Plan 2:** \$5.000.000.

ZURICH ampara al asegurado contra el riesgo de fallecimiento legalmente comprobado, ocurrido como consecuencia de accidente o enfermedad, durante la vigencia de la póliza, y que no se encuentre excluido.

La cobertura opera bajo las siguientes condiciones:

La muerte por homicidio está amparada siempre y cuando no sea causada por la participación del asegurado en la comisión de actos delictivos, en actos terroristas, y/o por culpa grave del asegurado.

Al valor asegurado contratado en este amparo se le deducirá el valor de la indemnización pagada por los amparos adicionales contratados, si en ellos se indica que aplica una deducción sobre este amparo.

Se cubren las pérdidas ocasionadas como consecuencia de eventos preexistentes en el amparo básico.

El amparo individual de cualquiera de los asegurados termina cuando **ZURICH** pague la indemnización por muerte.

DESEMPLEO INVOLUNTARIO.

Para las personas aseguradas que tengan un vínculo laboral a término indefinido, o a un término fijo superior a seis (6) meses, **ZURICH** ampara:

Superado el período de carencia establecido en el certificado de seguro, el riesgo de desempleo involuntario del asegurado que ocurra dentro de la vigencia del seguro, como consecuencia de la terminación de su vínculo laboral de manera unilateral y sin justa causa por parte del empleador. Esta cobertura no se otorgará en ningún caso cuando el vínculo laboral termine por efecto de la expiración del plazo previsto o cuando este plazo no ha sido renovado.

Para el amparo de desempleo involuntario, la **COMPAÑÍA** indemnizará el valor de la cuota pactada en las condiciones particulares de la póliza y que se indican en el certificado



**Cuota
protegida**

vanti 
Más formas de avanzar

individual de seguro, por cada mes en el que el asegurado acredite mantenerse en situación de desempleo, y hasta el período máximo de pagos allí señalado. Los eventos de desempleo involuntario cubiertos son los ocurridos durante la vigencia de la póliza. Cada evento tendrá un período máximo de pagos a cubrir indicado en el certificado de seguro. En caso de cubrirse más de un evento por vigencia, entre cada uno de ellos existirá un período de espera que estará definido en el certificado individual de seguro.

La cobertura opera bajo las siguientes condiciones:

1. Si el vínculo laboral es a término fijo, el término de duración debe ser mayor a seis (6) meses antes del inicio del seguro. En todo caso, la cobertura de desempleo involuntario no se otorgará cuando el vínculo laboral termine por efecto de la expiración de la vigencia prevista para el vínculo, o cuando esta vigencia no haya sido renovada.
2. Si el contrato es por obra o labor, de prestación de servicios, el contrato debe haber estado vigente por lo menos por un período no interrumpido mayor o igual a seis (6) meses antes del inicio del seguro y, además, la continuidad del vínculo contractual con el mismo contratante se tendrá en cuenta siempre y cuando entre la renovación de cada contrato no exista un lapso superior a quince (15) días hábiles.
3. Para empleados públicos, la duración del contrato debe ser mayor al plazo presuntivo de seis (6) meses y haberse renovado antes del inicio del seguro por lo menos por una vez por dicho período.
4. Para los servidores públicos de libre nombramiento y remoción, el asegurado debe tener una vinculación mediante acto administrativo no inferior a seis (6) meses antes del inicio del seguro.
5. Para efectos de este seguro se entiende como terminación unilateral sin justa causa, adicionalmente: **A)** Terminaciones por mutuo acuerdo entre trabajador y empleador donde se acredite el pago de una suma transaccional superior al valor de la liquidación que por ley le correspondería al trabajador. **B)** Despido masivo con o sin autorización del Ministerio del Trabajo. **C)** El asegurado que se encuentre vinculado a través de contrato de prestación de servicios y dicho contrato termine por voluntad del contratante y por causa no imputable o atribuible al contratista asegurado.
6. En contratos por obra o labor, o de prestación de servicios, siempre y cuando el contrato haya estado vigente por un período ininterrumpido mayor o igual a seis



**Cuota
protegida**

vanti ✓
Más formas de avanzar

(6) meses, se cubre la terminación del contrato sin justa causa antes de que se cumpla el plazo o el objeto determinado en el contrato siempre que dicho contrato termine por voluntad del contratante y por causa no imputable o atribuible al contratista asegurado. Si durante el período de pago de la indemnización o durante la afectación del presente amparo, el asegurado se vincula nuevamente mediante contrato de trabajo, a partir de ese mismo momento cesará toda obligación de pago por parte de la **COMPAÑÍA**.

INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL.

Para los asegurados que tengan la calidad de independientes o personas vinculadas con contrato de prestación de servicios, **ZURICH** ampara:

Superado el período de carencia establecido en el certificado de seguro, el riesgo de incapacidad total temporal del asegurado como consecuencia de un accidente o enfermedad ocurrido durante la vigencia del seguro.

Para el amparo de incapacidad total temporal, los períodos de indemnización son los que se enuncian a continuación. El monto de la cuota mensual pactada en las condiciones particulares de la póliza será el que se indica en el certificado individual de seguro. Los eventos de cesación de actividades ocupacionales por incapacidad total temporal cubiertos son los ocurridos durante la vigencia de la póliza. Cada evento tendrá un período máximo de pagos a cubrir indicado en el certificado de seguro. En caso de cubrirse más de un evento por vigencia, entre cada uno de ellos existirá un período de espera que estará definido en el certificado individual de seguro.

La cobertura opera bajo las siguientes condiciones:

1. Se entiende por incapacidad total temporal la condición médica que sufra el asegurado como consecuencia de un accidente o enfermedad que le impida de forma total y temporal generar los ingresos que percibía por el desempeño de su actividad. La incapacidad deberá estar debidamente certificada por un médico adscrito a la **EPS** o **ARL** a la cual se encuentre afiliado el asegurado.
2. La cobertura por incapacidad total temporal solo opera para trabajadores independientes y trabajadores con contrato de prestación de servicios menores de seis (6) meses o con un lapso de más de quince (15) días entre la renovación de dos contratos con el mismo contratante, y una vez haya transcurrido el período de carencia establecido en el certificado individual de seguro.

Períodos de indemnización para la cobertura de ITT: 15 días o más.



**Cuota
protegida**

vanti ✓
Más formas de avanzar

¿EN QUÉ CONDICIONES OPERA EL DESEMPLEO INVOLUNTARIO E INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL?

- Número de cuotas a cubrir: Se pagará un valor total equivalente al valor de hasta 3 cuotas mensuales del préstamo otorgado, en un solo pago, siempre y cuando exista deuda. En caso de no existir deuda, el importe será destinado a cubrir tres veces la factura del servicio que posee con el tomador del mes en que se presente el desempleo (para trabajadores en relación de dependencia) o la incapacidad total temporal (para trabajadores autónomos o independientes), según corresponda.
- Máximo valor a cubrir por las tres cuotas, Plan 1: \$450.000.
- Máximo valor a cubrir por las tres cuotas, Plan 2: \$900.000.
- Período de carencia: La presente póliza tendrá un período de carencia de 15 días calendario al ingreso de la póliza. Definición: Para los efectos de esta póliza se entenderá por carencia el período mínimo corrido desde el inicio de la vigencia, indicado en la carátula de la póliza y/o certificado individual de seguro, en el que, si se da un evento de desempleo involuntario o se presenta la incapacidad total temporal, no existe cobertura.
- Período de espera: La presente póliza tendrá un período de espera de seis (6) meses luego de cada evento.
- Eventos: Hasta 2 eventos por vigencia anual.
- Período de franquicia: La presente póliza no tiene período de franquicia. Definición de período de franquicia: Es el lapso que asume el asegurado, una vez ocurrido el siniestro por desempleo involuntario o por la incapacidad total temporal amparados, superado el período de carencia, siempre y cuando se pacte en las condiciones particulares de la póliza y se indique en el certificado de seguro.
- La cobertura de incapacidad total temporal es excluyente con la cobertura de desempleo y viceversa.

GASTOS HOSPITALARIOS Y/O MÉDICOS POR ACCIDENTE O AUXILIO POR ACCIDENTES MENORES.

ZURICH asumirá el pago de la suma asegurada contratada para este amparo, en caso de que el asegurado sufra durante la vigencia de la póliza un accidente no excluido, siempre que la lesión corporal ocurra dentro de los ciento ochenta (180) días calendario siguientes a la ocurrencia del accidente.

Para los efectos de este amparo, las lesiones corporales a cubrir serán las siguientes:

- Fracturas.
- Heridas.
- Quemaduras de segundo o de tercer grado.

En el caso en que el asegurado sufra varias lesiones en un mismo evento, se cubrirá hasta máximo el valor asegurado contratado para este amparo. Las lesiones diferentes a las descritas anteriormente no serán objeto de cobertura y se cubrirán máximo dos (2) eventos por vigencia anual.



**Cuota
protegida**

vanti ✓
Más formas de avanzar

Las lesiones de fractura como consecuencia del accidente deben manifestarse, a más tardar, dentro de las 72 horas de producido el hecho.

Las lesiones por quemaduras y heridas solo podrán dar derecho a indemnización en el supuesto de que el asegurado sobreviva al menos treinta días corridos contados desde la fecha de ocurrencia del accidente causante de las lesiones cubiertas por las presentes condiciones específicas.

Para efectos de este amparo, se entenderá por accidente el hecho exterior, imprevisto, repentino, violento, comprobable y fortuito de una fuerza externa e independiente de la voluntad del asegurado.

Para efectos de este seguro, se aplicarán las siguientes definiciones:

- **Fractura:** Ruptura traumática de cualquier hueso, parcial o total, desplazada o no desplazada.
- **Heridas:** Lesión en la que se produce pérdida de la continuidad de la piel, que comprometa piel, tejido celular subcutáneo y cualquier otra estructura (músculo, arteria, vena) de más de cinco centímetros (5 cm) de longitud y que requiere cierre mediante sutura.
- **Quemaduras de segundo grado:** Son aquellas que comprometen la capa media de la piel por el contacto con el fuego o sustancias cáusticas o corrosivas y que generan enrojecimiento, ardor, dolor y ampollas.
- **Quemaduras de tercer grado:** Son aquellas quemaduras que comprometen todas las capas de la piel, incluidos los vasos y los nervios, y pérdida de tejido.

Valor por cubrir en Plan 1: \$300.000.

Valor por cubrir en Plan 2: \$300.000.

¿QUÉ NO CUBRE ESTE SEGURO?

AMPARO BÁSICO DE VIDA PLUS.

- El fallecimiento causado directamente por guerra interior o exterior, invasión, hostilidades u operaciones bélicas con o sin declaración de guerra, guerra civil, revolución, sedición, asonada o actos violentos motivados por conmoción civil o por aplicación de la ley marcial, rebelión, insurrección, poder militar usurpado o motín.



**Cuota
protegida**

vanti ✓
Más formas de avanzar

- El fallecimiento como consecuencia de fisión o fusión nuclear, radioactividad o el uso de armas atómicas, bacteriológicas o químicas.
- El fallecimiento causado por la participación del asegurado en la comisión de actos delictivos, en actos terroristas, y/o por culpa grave del asegurado.

Parágrafo: La compañía no estará obligada a proveer cobertura, realizar pagos, prestar servicios u otorgar beneficios al asegurado o a terceros, relacionados con la póliza, en la medida en que dicha cobertura, pago, servicio, beneficio y/o cualquier negocio o actividad del tomador y/o asegurado, sea violatoria de leyes o regulaciones sobre sanciones económicas o comerciales, locales o internacionales que le sean aplicables a ZURICH.

DESEMPLEO INVOLUNTARIO.

En el amparo de desempleo involuntario del asegurado, se encuentran excluidos de cobertura los siguientes hechos o circunstancias:

A) Desempleo involuntario que ocurra dentro del período de carencia. **B)** La renuncia voluntaria del asegurado y/o cuando este adquiera la calidad de pensionado o el desempleo ocurra por retiro anticipado. **C)** La terminación del contrato laboral, incluyendo el contrato de aprendizaje, durante o a la finalización del período de prueba. **D)** Huelga o paro general de la actividad del empleador. **E)** Cesación de la relación laboral derivada de actos de guerra interior o exterior, terrorismo, revolución, rebelión, sedición, asonada o actos violentos motivados por conmoción civil, o por aplicación de la ley marcial. **F)** Cesación de la relación laboral derivada de fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva derivada o producida por motivo de hostilidades.

INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL.

En el amparo de incapacidad total temporal se excluyen los siguientes hechos o circunstancias:

- La incapacidad total temporal que ocurra dentro del período de carencia.
- La incapacidad generada por la participación del asegurado en actos delictivos, dolosos o contravencionales, de acuerdo con lo establecido en la ley penal.
- Incapacidad generada por causa o consecuencia de actos de guerra interior o exterior, revolución, rebelión, sedición, asonada o actos violentos motivados por conmoción civil, o por aplicación de la ley marcial.
- La incapacidad generada por la fisión o fusión nuclear o contaminación.



**Cuota
protegida**

vanti 
Más formas de avanzar

- Incapacidad como consecuencia de lesiones ocasionadas por el mismo asegurado, incluida, pero no limitada, a la tentativa de suicidio.
- La incapacidad por accidentes y/o lesiones sufridas por culpa grave del asegurado como consecuencia de estar bajo la influencia de sustancias alucinógenas o cualquier sustancia ilegal, salvo que se demuestre prescripción médica.
- La incapacidad generada como consecuencia de tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico-nerviosa, neurosis y psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, excepto si fue por causa de un accidente.
- La incapacidad por las afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un accidente.
- Incapacidad generada como consecuencia de tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente que haya ocurrido durante la vigencia de la póliza.
- La incapacidad total temporal generada por accidente de trabajo o enfermedad profesional, que cubra la **ARL**.

GASTOS HOSPITALARIOS Y/O MÉDICOS POR ACCIDENTE.

Para este amparo no hay cobertura para los siguientes eventos:

- Accidentes y/o lesiones causadas directamente por guerra interior o exterior, invasión, hostilidades u operaciones bélicas con o sin declaración de guerra, guerra civil, revolución, sedición, asonada o actos violentos motivados por conmoción civil o por aplicación de la ley marcial, rebelión, insurrección, poder militar usurpado o motín.
- Accidentes y/o lesiones como consecuencia de fisión o fusión nuclear, radioactividad o el uso de armas atómicas, bacteriológicas o químicas.
- Accidentes y/o lesiones causadas por la participación del asegurado en la comisión de actos delictivos, en actos terroristas, y/o por culpa grave del asegurado.
- Accidentes y/o lesiones incurridas después de ciento ochenta (180) días calendario siguientes a la fecha del accidente amparado, aunque la póliza se encuentre vigente.



**Cuota
protegida**

vanti ✓
Más formas de avanzar

- Enfermedades congénitas o adquiridas, lesiones o defectos físicos o fisiológicos originados u ocurridos antes de la vigencia de la póliza, con o sin conocimiento del asegurado.
- Accidentes y/o lesiones como consecuencia de situaciones preexistentes a la fecha de contratación de este amparo adicional.
- Accidentes derivados de lesiones ocasionadas por el mismo asegurado con la intención de suicidarse, estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales.
- Participación del asegurado en riñas o en cualquier acto delictivo.
- Accidentes que sufra el asegurado cuando viaje como pasajero en vuelos no comerciales o de carga.
- Intoxicación o envenenamiento.
- Lumbalgia, espasmos musculares o hernias de cualquier clase.
- Accidentes y/o lesiones sufridas por culpa grave del asegurado como consecuencia de estar bajo la influencia de sustancias alucinógenas o cualquier sustancia ilegal, salvo que se demuestre prescripción médica.
- Accidentes y/o lesiones como consecuencia de la práctica de cirugía plástica, exceptuando aquellas cirugías restauradoras como consecuencia de un accidente amparado por la póliza.
- La rotura de huesos producida como consecuencia inmediata o mediata de osteoporosis (porosidad de los huesos debida a la pérdida de masa ósea) o fracturas patológicas (cualquier fractura en un área donde una enfermedad preexistente ha causado debilitamiento del hueso), si fueron diagnosticadas, por primera vez, con anterioridad a la fecha de efecto de esta póliza y no fueron declaradas por el asegurado en la solicitud del seguro.
- Fracturas no detectadas dentro de las 72 horas.
- No cubre quemaduras debidas a exposición excesiva a los rayos del sol o a la utilización de cualquier técnica o aparato de bronceo artificial.

CLÁUSULA DE PREEXISTENCIAS: La Compañía asumirá indemnizaciones para la cobertura Básica de Vida, si esta fuera ocasionada por enfermedades preexistentes, aunque hayan sido diagnosticadas con anterioridad al momento del ingreso al seguro.



**Cuota
protegida**

vanti 
Más formas de avanzar

EDADES.

AMPARO BÁSICO DE VIDA PLUS.

Mínima de ingreso: 18 años.

Máxima de ingreso: 80 años + 364 días.

Máxima de permanencia: 81 años + 364 días.

DESEMPLEO INVOLUNTARIO E INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL.

Mínima de ingreso: 18 años.

Máxima de ingreso: 80 años + 364 días.

Máxima de permanencia: 81 años + 364 días.

GASTOS HOSPITALARIOS Y/O MÉDICOS POR ACCIDENTE.

Mínima de ingreso: 18 años.

Máxima de ingreso: 80 años + 364 días.

Máxima de permanencia: 81 años + 364 días.

DOCUMENTOS PARA ATENCIÓN DE SINIESTROS.

AMPARO BÁSICO DE VIDA PLUS.

Fotocopia del registro civil de defunción / Certificado de cancelación de la cédula de la Registraduría Nacional.

En caso de muerte presunta, sentencia proferida por autoridad judicial.

En caso de muerte accidental: Certificación de Fiscalía y croquis en caso de accidente de tránsito.

Si quienes presentan la reclamación son los beneficiarios de ley, deberán adjuntar los documentos mediante los cuales acrediten tal calidad, de acuerdo con lo establecido en la normatividad que rige la materia.

Asimismo, en caso de ser necesario y las circunstancias lo ameriten, se podrá solicitar documentación adicional para la acreditación del siniestro y de su cuantía, si fuera necesario.



**Cuota
protegida**

vanti ✓
Más formas de avanzar

DESEMPLEO INVOLUNTARIO.

Para acreditar la afectación del amparo de desempleo involuntario:

Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado o documento de identidad.

Carta de terminación del vínculo de la relación laboral, declaración de insubsistencia o copia del acto administrativo mediante el cual se declare la terminación de la relación laboral, la fecha y motivo de terminación. En caso de no poseer la carta de terminación del contrato, se solicitará la copia de la liquidación del contrato laboral.

INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL.

A. Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado o documento de identidad.

B. Certificación que acredite la incapacidad total temporal del asegurado expedida por un médico adscrito a la **EPS** o **ARL** a la que se encuentre afiliado el asegurado. En caso de no poseer la certificación, se solicitará historia clínica para que desde la compañía se puedan acreditar los días de incapacidad.

NOTA: Tanto para la cobertura de desempleo involuntario como para incapacidad total temporal, el tomador de la póliza será el encargado de remitir a la compañía de seguros la certificación de la deuda y sus cuotas.

GASTOS HOSPITALARIOS Y/O MÉDICOS POR ACCIDENTE.

Los beneficiarios designados en el certificado individual de seguro deberán acreditar la ocurrencia del siniestro; se recomienda presentar los siguientes documentos:

- Fotocopia del documento de identidad del asegurado.
- Historia clínica completa.

Asimismo, en caso de ser necesario y las circunstancias lo ameriten, se podrá solicitar documentación adicional para la acreditación del siniestro y de su cuantía, si fuera necesario.

CLÁUSULAS ADICIONALES.

REPORTE DE ASEGURADOS.

El reporte de valores asegurados del mes inmediatamente anterior se hará de manera vencida los primeros 15 días del mes siguiente.

Este archivo deberá contar con la siguiente información:

N.º de cédula, nombre del asegurado, fecha de nacimiento, valor asegurado, género y correo electrónico (se requiere el correo para el envío de los certificados individuales según sea el caso, aplicando lo indicado en la Circular 040 de la Superintendencia Financiera de Colombia).

CONDICIÓN DE NO DILIGENCIAMIENTO DE SOLICITUD DE SEGURO:

La compañía aseguradora conviene con el tomador y/o asegurado en no exigir el diligenciamiento de la solicitud de seguro por los solicitantes del seguro, salvo que el solicitante padezca o haya padecido, o le hayan sido diagnosticadas, enfermedades mentales, cerebrovasculares, renales, cáncer, cardiovasculares, pulmonares, gastrointestinales, hipertensión arterial, diabetes, alcoholismo, tabaquismo, drogadicción, sida y, en general, cualquier otro tipo de enfermedad o patología preexistente a la fecha de iniciación del amparo individual o incremento de valor asegurado, caso en el cual deberá declarar estos hechos.

ERRORES U OMISIONES.

El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo según la solicitud de seguro suscrita por él. La inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidas por la compañía, la hubieran retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, produce la nulidad relativa del seguro. Sin embargo, si el tomador incurriere en errores o inexactitudes inculpables a él o al asegurado, el presente contrato no será nulo ni habrá lugar para la aplicación del inciso tercero del Código de Comercio sobre reducción porcentual de la prestación asegurada.

REVOCACIÓN.

El tomador y/o asegurado podrán revocar el seguro y quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación por **ZURICH** o en la fecha especificada por el tomador para tal terminación, la que ocurra más tarde, y el tomador será responsable de pagar a la compañía todas las primas debidas en esa fecha.

El presente contrato no podrá ser revocado unilateralmente por el asegurador en el amparo básico de muerte.

Tratándose de los amparos adicionales, **ZURICH** podrá revocarlos mediante aviso escrito al tomador enviado a su última dirección conocida, con no menos de treinta (30) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha del envío. En este caso, **ZURICH** devolverá la parte proporcional de la prima no devengada desde la fecha de la revocación. En caso de



Cuota
protegida

vanti
Más formas de avanzar

que **ZURICH** reciba suma alguna después de la fecha de revocación, no hará perder los efectos de dicha revocación. En consecuencia, cualquier pago posterior será reembolsado.

DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENCIA.

La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro, de acuerdo con lo establecido por **el artículo 1058 del Código de Comercio.**

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 **ZURICH.**

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, por 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 **ZURICH** solo 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, excepto lo previsto en **el artículo 1160 del Código de Comercio**, el cual indica que, transcurridos dos años en vida del asegurado desde la fecha del perfeccionamiento del contrato, el valor del seguro de vida no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad.

Si la reticencia o inexactitud provienen del asegurado, se aplicarán las mismas sanciones respecto de su seguro individual (**artículo 1058, Código de Comercio**).

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

Si respecto a la edad del asegurado se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en **el artículo 1161 del Código de Comercio.**



**Cuota
protegida**

vanti ✓
Más formas de avanzar

IRREDUCTIBILIDAD.

De conformidad con lo establecido por **los artículos 1160 y 1161 del Código de Comercio**, una vez transcurridos dos (2) años en vida del asegurado, contados desde la fecha del perfeccionamiento del contrato, y encontrándose este vigente, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error inculpable en la **Declaración de Asegurabilidad o en la Solicitud de Seguro**, sin perjuicio de lo establecido en la condición de inexactitud en la declaración de edad.

PRINCIPIO DE CAUSALIDAD.

La eventual reticencia o inexactitud solo podrá ser alegada por la aseguradora si tal error en la declaración del estado del riesgo tiene relación de causalidad con el siniestro; en caso contrario, la aseguradora reconocerá el valor asegurado.

De acuerdo con **el artículo 1058 del Código de Comercio**, se presenta reticencia o inexactitud cuando el tomador o asegurado omite declarar hechos o circunstancias acerca del estado del riesgo que, de haber sido conocidos por el asegurador al momento de contratar, este se hubiera retraído de celebrar el contrato o lo hubiera hecho en condiciones más onerosas.

ERROR EN LA DECLARACIÓN DE EDAD.

Si respecto a la edad del asegurado se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en **el artículo 1161 del Código de Comercio**, que indica que, si respecto a la edad del asegurado se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, se aplicarán las siguientes normas:

1. Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa del asegurador, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en **el artículo 1058** (nulidad relativa del contrato de seguro);
2. Si es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por el asegurador, y
3. Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el ordinal segundo.



**Cuota
protegida**

vanti 
Más formas de avanzar

JURISDICCIÓN, NOTIFICACIONES Y DOMICILIO.

El presente seguro queda sometido a la jurisdicción colombiana y será competente el juez del lugar de celebración del contrato de seguro o del domicilio de la compañía, a elección del tomador.

La notificación se realizará en la última dirección registrada por el asegurado o tomador, respectivamente.

Sin perjuicio de las disposiciones correspondientes, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de las partes la ciudad mencionada en la carátula de la póliza y ubicada en la República de Colombia.

CONDICIONES NO PREVISTAS Y COMPLETITUD.

Este contrato de seguro debe interpretarse de forma armónica y en su conjunto; para lo no expresamente regulado, se deberá acudir a las normas colombianas que le sean aplicables.

PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS.

De conformidad con lo establecido por las normas legales de Colombia sobre el tema de prevención de lavado de activos, el tomador, el(los) asegurado(s) y el(los) beneficiario(s), según sea el caso, se obligan a diligenciar con datos ciertos y reales el formato que para tal menester se les entregue y a suministrar los documentos que se soliciten como anexo al inicio de la póliza, a la renovación de la misma y al momento del pago de indemnizaciones.

CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

El amparo individual de cualquiera de los asegurados termina por las siguientes causas:

A) Por falta de pago de la prima, una vez vencido el período de gracia estipulado. **B)** Cuando el asegurado solicite por escrito la revocación del seguro. **C)** Cuando el tomador solicite revocar la póliza o no renovar. **D)** Para los asegurados individualmente considerados, cuando **ZURICH** pague la indemnización por muerte agotando el valor asegurado del amparo básico de vida.

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.

FORMA DE PAGO DE PRIMAS. Mensual.

PLAZO DE PAGO DE PRIMAS.

La compañía otorga un plazo de 30 días contados a partir de la fecha de emisión del anexo de producción.

PLAZO DE PAGO DE SINIESTROS.

ZURICH pagará a los beneficiarios designados o a los beneficiarios de ley, si no hubo designación, el valor de la indemnización, teniendo como límite el valor asegurado a la fecha de ocurrencia del siniestro, establecido en el certificado individual de seguro para la cobertura contratada y afectada, descontando el valor de las indemnizaciones pagadas por los amparos adicionales contratados si en ellos se indica que aplica dicha deducción. El plazo para que la compañía acepte o niegue la reclamación será de treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha en la cual se entregue la totalidad de los documentos necesarios para demostrar la ocurrencia del siniestro.

La **COMPAÑÍA** solicitará la documentación necesaria para poder realizar los pagos a beneficiarios designados o los de ley, como: fotocopia de cédula de cada uno de los beneficiarios, certificación bancaria, **SARLAFT** o documentaciones que acrediten parentescos con la persona asegurada.

¿QUÉ PLAZO TENGO PARA PRESENTAR LA RECLAMACIÓN?

La reclamación puede ser presentada en cualquier momento antes de la ocurrencia de la prescripción establecida en **el artículo 1081 del Código de Comercio**, que establece:

“La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Estos términos no pueden ser modificados por las partes.”

CANALES DE ATENCIÓN DIRECTOS Y GENERALES.

Para radicación, envía la documentación a avisosdesiniestro@zurich.com.

Para validar estado de la reclamación, comunícate a la línea **01 8000 112 723** o, desde celulares Claro, ETB, Movistar y Tigo, marca el **#723**.



**Cuota
protegida**

vanti 
Más formas de avanzar

Para quejas o reclamos, enviar correo a atencioncliente@zurich.com.

Atención en línea: página web <https://www.zurichseguros.com.co/>
o **WhatsApp 317 364 31 85**.

Para resolver dudas, comentarios y sugerencias, comunícate a la línea de atención
PBX: (571) 518 8482 – (571) 319 0730.

CONDICIONES ECONÓMICAS.

- Se pagará un valor total equivalente al valor de hasta 3 cuotas mensuales del préstamo otorgado, en un solo pago, siempre y cuando exista deuda. En caso de no existir deuda, el importe será destinado a cubrir tres veces la factura del servicio que posee con el tomador del mes en que se presente el desempleo (para trabajadores en relación de dependencia) o la incapacidad total temporal (para trabajadores autónomos o independientes), según corresponda.

CLÁUSULA DE REVISIÓN Y AJUSTE DE TÉRMINOS.

La presente póliza contempla revisión de términos y condiciones; durante la vigencia se analizará de manera trimestral, específicamente, lo relacionado con la siniestralidad, la cual se calculará tomando la póliza de vida grupo voluntarios y la de desempleo en conjunto, los siniestros incurridos divididos entre las primas devengadas. Si, como resultado del análisis mencionado, la siniestralidad incurrida (siniestros pagados más saldo de reservas de siniestros pendientes más **IBNR**, calculado bajo la metodología vigente en la compañía) llega a ser igual o superior al 8 % de las primas devengadas del período evaluado,

ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A. presentará los términos y condiciones modificados que pondrá a consideración del tomador y, de común acuerdo, se realizarán los ajustes correspondientes al mes siguiente del análisis.

De igual manera, si el grupo presenta una cantidad de personas mayores de 65 años superior al 20 % sobre el total del grupo, se podrá proceder a la revisión de términos y condiciones.

vanti✓[®]

Más formas de avanzar

Cuota protegida

