



Cláusula particular del beneficio diario por incapacidad temporal

Condiciones extraídas del clausulado:
15/003/2018-1423-C-34-VGCB DITV003-DR01 15/03/2018-1423-NT-C-34-VGCB DITV003

Esta cláusula hace parte integral de la póliza de seguro de vida grupo indicada en la carátula y está sujeta a sus condiciones generales y a las siguientes condiciones particulares:

1. AMPARO

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ POSITIVA, PAGARÁ AL ASEGURADO, LA TERCERA (1/3) PARTE DEL VALOR DIARIO DEL INGRESO BASE DE COTIZACIÓN REPORTADO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN EL MOMENTO DE PRESENTARSE LA INCAPACIDAD. EL BENEFICIO O VALOR DIARIO A PAGAR, RESULTA DE DIVIDIR EL INGRESO BASE DE COTIZACIÓN MENSUAL EN 30 DÍAS Y ESTE RESULTADO SE DIVIDIRÁ EN LA TERCERA PARTE.

COMO VALOR ADICIONAL OPCIONAL AL ANTERIOR ENUNCIADO Y SEGÚN LO INDIQUE EN LA SOLICITUD DE SEGURO, EL ASEGURADO PODRÁ OPTAR POR AUMENTAR SU INGRESO BASE DE COTIZACIÓN HASTA UN 30 % POR CIENTO, SOBRE EL CUAL SE PAGARÁ EL VALOR DIARIO QUE RESULTE DE APLICAR LA FÓRMULA DEL PRIMER INCISO.

EL PAGO DEL BENEFICIO DEL VALOR BÁSICO Y ADICIONAL, SE EFECTUARÁ POR CADA DÍA DE INCAPACIDAD CONTINUA O DISCONTINUA A PARTIR DEL TERCER (3) DÍA, HASTA UN MÁXIMO DE CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS POR EVENTO, SIEMPRE QUE LA INCAPACIDAD LE SEA OTORGADA POR LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD, SALVO LAS EXCLUSIONES INDICADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA Y LAS PARTICULARES DEL PRESENTE AMPARO, SIN EXCEDER CUATRO EVENTOS POR VIGENCIA.

EN CASO DE HABER DIFERENCIA ENTRE EL INGRESO BASE DE COTIZACIÓN REPORTADO PARA EL PAGO DE LA PRIMA AL MOMENTO DE LA OCURRENCIA DEL EVENTO QUE GENERA RECLAMACIÓN Y EL VALOR REPORTADO A LA SEGURIDAD SOCIAL, EL PAGO DE ESTE BENEFICIO SE LIQUIDARÁ SOBRE EL MENOR DE ESTOS DOS VALORES. POR OTRA PARTE, LA LIQUIDACIÓN PARA EL PAGO DEL VALOR ADICIONAL OPCIONAL SE MANTENDRÁ DE ACUERDO CON LO REPORTADO EN LA SOLICITUD DE SEGURO.

SE CONSIDERA EVENTO AL DIAGNÓSTICO O GRUPO DE DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS SEGÚN CIE-10

Nota. Condiciones extraídas del clausulado:

15/003/2018-1423-C-34-VGCB DITV003-DR01 15/03/2018-1423-NT-C-34-VGCB DITV003

2. EXCLUSIONES

NO SE PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO OBJETO DE ESTE AMPARO, CUANDO LA INCAPACIDAD SEA CONSECUENCIA DIRECTA, INDIRECTA, TOTAL O PARCIAL DE LOS SIGUIENTES HECHOS:

2.1 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 CONSTITUIDO.

2.2 CHEQUEOS MÉDICOS DE RUTINA U OTROS EXÁMENES PREVIOS A LOS CUALES NO EXISTAN INDICACIONES DE TRASTORNOS DE SALUD.

2.3 INCAPACIDADES Y/U HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES Y/O PADECIMIENTOS CONGÉNITOS Y/O PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA.

2.4 TRATAMIENTOS DE BELLEZA O CIRUGÍA CON FINES ESTÉTICOS O SUS COMPLICACIONES.

2.5 ACCIDENTES OCASIONADOS POR EL USO POR PARTE DEL ASEGURADO DE AERONAVES Y ARTEFACTOS AÉREOS EN CALIDAD DE PILOTO, PASAJERO O TRIPULANTE, ESTUDIANTE DE PILOTAJE O MECÁNICO DE AVIACIÓN, SALVO QUE SE ENCUENTRE EN UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA O AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.

2.6 ACCIDENTES OCURRIDOS CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE DROGAS TÓXICAS, HERÓICAS O ALUCINÓGENAS, CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO REQUERIDA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.

2.7 CIRUGÍAS PARA LA EXTRACCIÓN O CAUTERIZACIÓN DE VERRUGAS O LUNARES, UÑAS ENCARNADAS, LIPOMAS Y QUISTES SEBACEOS.

2.8 CONSECUENCIA DE TERREMOTO, ERUPCIÓN VOLCÁNICA, INUNDACIONES, HURACANES Y EN GENERAL, TODO FENÓMENO DE LA NATURALEZA.

2.9 INTENTO DE SUICIDIO, O LAS LESIONES CAUSADAS INTENCIONALMENTE A SÍ MISMO POR EL ASEGURADO, ESTANDO ÉSTE O NO EN USO NORMAL DE SUS FACULTADES MENTALES.

2.10 LESIONES PRODUCIDAS POR OTRA PERSONA INTENCIONALMENTE CON ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE, CON EXCEPCIÓN DE EVENTOS OCURRIDOS POR HURTO O ATRACO.

2.11 LICENCIAS DE MATERNIDAD, PATERNIDAD O POR ADOPCIÓN.

2.12 ENFERMEDADES PROFESIONALES Y ACCIDENTES DE TRABAJO.

Nota. Condiciones extraídas del clausulado:

15/003/2018-1423-C-34-VGCB DITV003-DR01 15/03/2018-1423-NT-C-34-VGCB DITV003

3. EDADES

LA EDAD MÍNIMA DE INGRESO A LA PÓLIZA PARA ESTE AMPARO ES DE DOCE (12) AÑOS, LA EDAD MÁXIMA DE INGRESO CINCUENTA Y NUEVE (59) Y PERMANENCIA DE SESENTA Y DOS (62) AÑOS.

4. DEFINICIONES

PREEXISTENCIA: ES TODA PATOLOGÍA, AFECCIÓN Y/O CONDICIÓN DE SALUD, Y/O CIRUGÍA QUE USTED CONOZCA Y/O HAYA REGISTRO MÉDICO (HISTORIA CLÍNICA) ANTES DEL INGRESO A LA PÓLIZA Y ES UNA DE LAS EXCLUSIONES PARA NO DAR COBERTURA SOBRE ESTE SEGURO.

RETICENCIA: CONSISTE EN NO DECLARAR EL ESTADO DE SALUD REAL Y/O OMITIR SITUACIONES QUE HAYAN AFECTADO O ESTÉN AFECTANDO LA SALUD DEL ASEGURADO AL MOMENTO DE SOLICITAR EL SEGURO. PARA NO SER RETICENTE, EL ASEGURADO DEBERÁ DECLARAR TODAS SUS ENFERMEDADES, CIRUGÍAS O CONDICIONES, ASÍ LAS CONSIDERE MUY LEVES O SIN IMPORTANCIA.

RELACIÓN DE CAUSALIDAD Y/O NEXO CAUSAL: ES LA RELACIÓN QUE EXISTE Y TIENE CAUSA-EFECTO ENTRE LA INFORMACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DECLARADA O NO EN LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD Y EL SINIESTRO, QUE PERMITE ESTABLECER LOS HECHOS QUE DETERMINAN QUÉ OCASIONÓ EL SINIESTRO.



Nota. Condiciones extraídas del clausulado:

15/003/2018-1423-C-34-VGCB DITV003-DR01 15/03/2018-1423-NT-C-34-VGCB DITV003

5. RECLAMACIÓN

5.1 PARA EFECTOS DE RECLAMACIONES DE ESTE AMPARO, NO OBSTANTE, LO ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, SERÁN RECONOCIDAS POR POSITIVA, LAS RECLAMACIONES SOBRE SINIESTROS QUE PRESENTEN RETICENCIA POR PARTE DEL ASEGURADO EN LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD; LO ANTERIOR, SIEMPRE Y CUANDO EL SINIESTRO NO TENGA NEXO CAUSAL CON LA INFORMACIÓN NO DECLARADA DE MANERA RETICENTE POR EL ASEGURADO. POR LO TANTO, EN CASO DE TENER RELACIÓN DE CAUSALIDAD EL SINIESTRO Y LA INFORMACIÓN NO DECLARADA DE MANERA RETICENTE, POSITIVA OBJETARÁ LA RECLAMACIÓN.

5.2 SIN PERJUICIO DE LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LOS BENEFICIARIOS PODRÁN ALLEGAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS COMO PRUEBA DE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y DE SU DERECHO A PERCIBIR EL PAGO:

5.2.1 DOCUMENTO DE RECLAMACIÓN FORMAL.

5.2.2 HISTORIA CLÍNICA O CONCEPTO DEL MÉDICO TRATANTE.

5.2.3 CERTIFICADO DE LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD “EPS” DONDE CONSTE EL NÚMERO DE DÍAS DE LA INCAPACIDAD CONCEDIDA.

5.2.4 COPIA DE LA PLANILLA DE PAGO AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL.

LO ANTERIOR, SIN PERJUICIO DE LA FACULTAD DE POSITIVA PARA EXIGIR CUALQUIER OTRA PRUEBA O DOCUMENTO QUE ESTIME CONVENIENTE Y GUARDE RELACIÓN CON LA RECLAMACIÓN.