

Allianz 

VISUALIZADO POR: [unreadable]

Condicionado general

Seguro de Vida Deudores

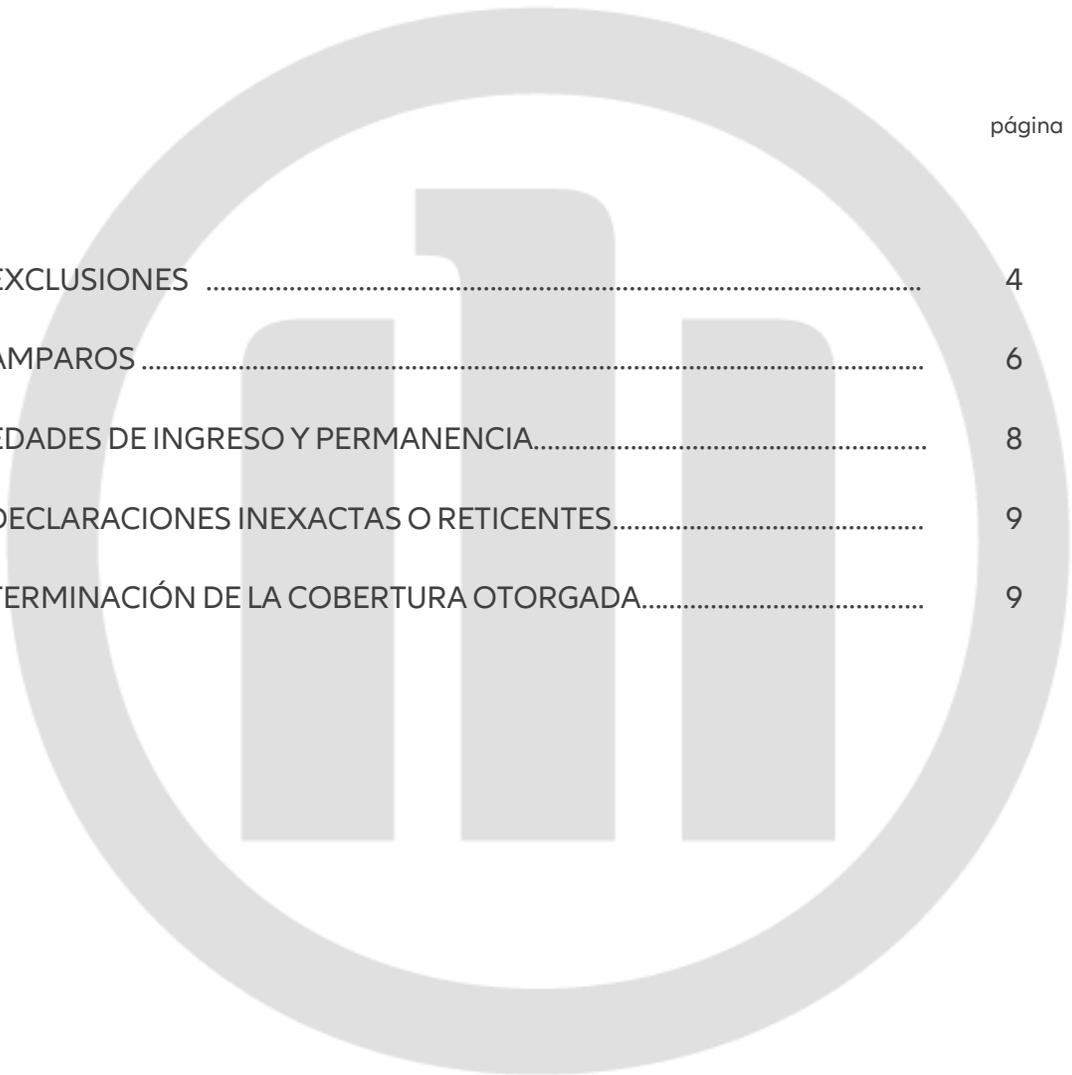
CONDICIONADO GENERAL SEGURO DE Vida Deudores **ALLIANZ**

Estas son las condiciones de tu Contrato de Seguro. Es muy importante que las leas atentamente y verifiques que tus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarte y dar cobertura a todas tus necesidades de previsión y aseguramiento.



Representante Legal
Allianz Seguros de Vida S.A.

CONTENIDO



	página
I. EXCLUSIONES	4
II. AMPAROS	6
III. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA.....	8
IV. DECLARACIONES INEXACTAS O RETICENTES.....	9
V. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA OTORGADA.....	9

CONDICIONES GENERALES

En este documento encontrarás las condiciones generales de tu Contrato de Seguro, las que también podrás encontrar, junto con tus demás derechos, deberes, obligaciones y procedimientos, en allianz.co y en el Código de Comercio.

I. EXCLUSIONES

EN EL SIGUIENTE CUADRO ENCONTRARÁS LAS EXCLUSIONES QUE APLICAN PARA CADA UNO DE LOS AMPAROS DESCRITOS EN LA PÓLIZA.

AMPAROS	EXCLUSIONES															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Fallecimiento																✓
Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o accidente	✓	✓	✓	✓				✓		✓						✓
Enfermedades Graves	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

A CONTINUACIÓN SE DESCRIBEN LAS EXCLUSIONES ENUMERADAS EN LA TABLA ANTERIOR.

NO HABRÁ LUGAR A PAGO ALGUNO CUANDO LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE, O LA ENFERMEDAD GRAVE, SEA A CONSECUENCIA DE, O ESTE EN CONEXIÓN CON:

1. ACCIDENTES OCURRIDOS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA DEL PRESENTE AMPARO.
2. ACTOS DE GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DEL ENEMIGO EXTRANJERO, GUERRA CIVIL O CUALQUIERA DE LOS SUCESOS QUE DETERMINE LA PROCLAMACIÓN O MANTENIMIENTO DE LA LEY MARCIAL, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, ASONADA, SEDICIÓN, REBELIÓN O ACTOS MALINTENCIONADOS.
3. ACTIVIDADES TERRORISTAS ATÓMICAS, BIOLÓGICAS O QUÍMICAS.
4. TERREMOTOS, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, MAREJADAS Y EN GENERAL POR CUALQUIER CONVULSIÓN DE LA NATURALEZA ASÍ COMO LAS CONSECUENCIAS DE LA MODIFICACIÓN DE LA ESTRUCTURA DE LOS ÁTOMOS O POR RAYOS IONIZADOS, DE CUALQUIER CLASE.
5. EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), TAL COMO FUE RECONOCIDO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, CON PRUEBA CONFIRMATORIA, MEDIANTE TEST DE ANTICUERPOS O VIRUS DE SIDA, CON RESULTADO POSITIVO, O CUALQUIER SÍNDROME O ENFERMEDAD DE TIPO SIMILAR BAJO CUALQUIER NOMBRE QUE TENGA, QUE SEA DIAGNOSTICADO POR UN MÉDICO LEGALMENTE FACULTADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE DICHS SÍNDROMES.

6. LA ANGIOPLASTIA Y/O CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN INTRAARTERIAL, DIFERENTE DE LAS ARTERIAS CORONARIAS Y CIRUGÍA POR TORACOTOMÍA MÍNIMA.
7. LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA, EL CÁNCER DE PIEL (A MENOS QUE SE TRATE DE MELANOMAS MALIGNOS O CARCINOMA BASO CELULAR, CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS) Y EL CÁNCER DE CÉRVIX IN SITU (CUELLO DEL ÚTERO), O CUALQUIER TIPO DE TUMOR QUE SEA DESCRITO EN TÉRMINOS HISTOLÓGICOS COMO IN SITU, O AQUELLOS QUE PRESENTEN CAMBIOS MALIGNOS EN SU FASE INICIAL.

DENOMÍNESE ASÍ MISMO, CÁNCER IN SITU, AQUEL DONDE NO SE HA ESTRUCTURADO UN TUMOR PROPIAMENTE DICHO, PERO HAY PRESENCIA DE CÉLULAS MALIGNAS QUE NO HAN INVADIDO OTROS ÓRGANOS.
8. LESIONES CAUSADAS POR EL ASEGURADO, CONTRA SU PROPIA INTEGRIDAD FÍSICA, AUN CUANDO SE COMETAN EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL.
9. ADICCIÓN AL ALCOHOL O A DROGAS QUE NO HAYAN SIDO PRESCRITAS POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN.
10. ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA O QUE EXISTA UN HISTORIAL PREVIO RELACIONADO CON ELLA, O SE HA RECIBIDO TRATAMIENTO POR LA MISMA, ANTES DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO.
11. ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS.
12. CUALQUIER ENFERMEDAD QUE NO SE ENCUENTRE EXPRESAMENTE ENUNCIADA DENTRO DE LA COBERTURA DEL AMPARO.
13. PARA INFARTO AL MIOCARDIO, SE EXCLUYEN:
 - INFARTO DEL MIOCARDIO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST CON SOLAMENTE ELEVACIÓN DE TROPONINA I Ó T.
 - ANGINA DE PECHO ESTABLE O INESTABLE.
 - INFARTO DE MIOCARDIO SILENTE.
14. PARA EL ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR, SE EXCLUYEN:
 - ACCIDENTES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS (AIT)
 - LESIONES TRAUMÁTICAS DEL CEREBRO
 - SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS SECUNDARIOS A MIGRAÑA (JAQUECA).
 - INFARTOS LACUNARES SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO.
15. ALLIANZ NO OTORGARÁ COBERTURA NI SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR NINGÚN SINIESTRO U OTORGAR NINGÚN BENEFICIO EN LA MEDIDA EN QUE (I) EL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA, (II) EL PAGO DE LA RECLAMACIÓN O (III) EL OTORGAMIENTO DE TAL BENEFICIO EXPONGAN A LA COMPAÑÍA A CUALQUIER SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONTEMPLADA EN LAS RESOLUCIONES, LEYES, DIRECTIVAS, REGLAMENTOS, DECISIONES O CUALQUIER NORMA DE LAS NACIONES UNIDAS, LA UNIÓN EUROPEA, EL REINO UNIDO DE GRAN BRETAÑA E IRLANDA DEL NORTE, LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA O CUALQUIER OTRA LEY NACIONAL O REGULACIÓN APLICABLE.

II. AMPAROS

SIEMPRE QUE CONSTE SU PACTO EN LA CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, ALLIANZ OTORGA LAS SIGUIENTES COBERTURAS:

1. AMPARO POR FALLECIMIENTO

ALLIANZ SE COMPROMETE A INDEMNIZAR EL VALOR ASEGURADO PACTADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA EN CASO DE FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA, INCLUYENDO EL SUICIDIO Y EL HOMICIDIO DEL ASEGURADO, SIEMPRE QUE EL DECESO, Y EL HECHO QUE LO GENERA SE PRODUZCAN DENTRO DE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

PARÁGRAFO: EL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO POR FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA NO ES ACUMULABLE CON LOS DEMÁS AMPAROS CONTRATADOS EN ESTA PÓLIZA, Y EN CONSECUENCIA, EL PAGO DE CUALQUIER INDEMNIZACIÓN PRODUCE LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO Y EXTINGUE TODA OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA DERIVADA DE LA PÓLIZA.

2. AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

ALLIANZ SE COMPROMETE A INDEMNIZAR EL VALOR ASEGURADO PACTADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA PARA EL PRESENTE AMPARO, CUANDO, DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, AL ASEGURADO LE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA UNA ENFERMEDAD, SUFRA LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES QUE LE ORIGINEN UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE AMPARO SE CONSIDERA COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE:

2.1. AQUELLA INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE QUE IMPIDA A LA PERSONA ASEGURADA DE MANERA TOTAL Y CONTINUA DESEMPEÑAR SU OCUPACIÓN, O CUALQUIER OTRA APROPIADA A SU NIVEL EDUCATIVO, EXPERIENCIA Y ENTRENAMIENTO ALCANZADOS, SIEMPRE Y CUANDO SE CUMPLAN LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS:

- QUE LA INCAPACIDAD SEA PERMANENTE, ESTO ES, QUE HAYA EXISTIDO POR UN PERÍODO NO MENOR A CIENTO VEINTE (120) DÍAS CONTADOS DESDE LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD.
- QUE LA DISMINUCIÓN O PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL SEA IGUAL O SUPERIOR AL 50%, ESTE PORCENTAJE SERÁ VALIDADO, EN PRIMERA INSTANCIA, POR UN MÉDICO O UNA INSTITUCIÓN, NOMBRADOS POR ALLIANZ, O TAMBIÉN PODRÁ SER CERTIFICADO POR LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (A.R.L.), POR LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD (E.P.S.), POR LA ADMINISTRADORA DEL FONDO DE PENSIONES (A.F.P.) Y EN ÚLTIMA INSTANCIA, SERÁ EL ESTABLECIDO DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL MANUAL ÚNICO PARA LA CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ EXPEDIDO POR EL GOBIERNO NACIONAL Y UTILIZADO POR LA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ VIGENTE A LA FECHA DE RECLAMACIÓN.
- QUE SEA CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE, ENFERMEDAD O LESIONES OCURRIDOS DESPUÉS DE LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA DEL PRESENTE AMPARO.

2.2. LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN DE AMBOS OJOS, LA AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS O AMBOS PIES, O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE.

PARA LOS EFECTOS DE ESTE AMPARO, LAS PÉRDIDAS ANTERIORES SE DEFINEN ASÍ:

- DE LOS OJOS: LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN.
- DE LAS MANOS: AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA POR LA MUÑECA O POR ARRIBA DE ELLA.

- **DE LOS PIES: AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA POR EL TOBILLO O POR ARRIBA DE ESTE.**

PARÁGRAFO: EL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE NO ES ACUMULABLE CON LOS DEMÁS AMPAROS CONTRATADOS EN ESTA PÓLIZA, Y EN CONSECUENCIA, EL PAGO DE CUALQUIER INDEMNIZACIÓN PRODUCE LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO Y EXTINGUE TODA OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA DERIVADA DE LA PÓLIZA.

3. AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES

ALLIANZ SE COMPROMETE A INDEMNIZAR EL VALOR ASEGURADO PACTADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA PARA EL PRESENTE AMPARO, SI DURANTE LA VIGENCIA DEL MISMO, UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN, LE DIAGNOSTICA POR PRIMERA VEZ AL ASEGURADO, CON BASE EN PRUEBAS CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS, HISTOLÓGICAS Y DE LABORATORIO, LA PRESENCIA O PADECIMIENTO DE CUALQUIERA DE LAS ENFERMEDADES QUE SE RELACIONAN A CONTINUACIÓN, SIEMPRE Y CUANDO, HAYA TRASCURRIDO POR LO MENOS NOVENTA (90) DÍAS DESDE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO, Y EL ASEGURADO SOBREVIVA AL MENOS TREINTA (30) DÍAS A DICHO DIAGNÓSTICO. PARA CIERTAS ENFERMEDADES ESPECÍFICAS SE APLICARÁN LOS PLAZOS DESCRITOS EN LAS DEFINICIONES:

CÁNCER: ENFERMEDAD QUE SE MANIFIESTA POR LA PRESENCIA DE UN TUMOR MALIGNO, QUE SE CARACTERIZA POR EL CRECIMIENTO Y LA EXPANSIÓN INCONTROLADA DE CÉLULAS MALIGNAS E INVASIÓN DE TEJIDOS. SE INCLUYE EN ESTA DEFINICIÓN LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA AGUDA, LOS LINFOMAS, LA ENFERMEDAD DE HODKING, ASÍ COMO EL MELANOMA MALIGNO. EL DIAGNÓSTICO DE CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES DEBE SER EVIDENCIADO POR UNA HISTOLOGÍA CLARAMENTE DEFINIDA.

INFARTO AL MIOCARDIO: NECROSIS DE UNA PARTE DEL MÚSCULO CARDIACO COMO CONSECUENCIA DEL ABASTECIMIENTO SANGUÍNEO INADECUADO A LA ZONA RESPECTIVA. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER CONFIRMADO POR TODOS LOS SIGUIENTES ASPECTOS: HISTORIA DE DOLOR TORÁCICO TÍPICO, CAMBIOS EN EL ELECTROCARDIOGRAMA Y ELEVACIÓN DE LAS ENZIMAS CARDIACAS TROPONINAS U OTROS MARCADORES BIOQUÍMICOS.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: ENFERMEDAD QUE SE CARACTERIZA POR UNA FALLA CRÓNICA E IRREVERSIBLE DE LA FUNCIÓN RENAL DE AMBOS RIÑONES, EN LA QUE EL ASEGURADO REQUIERE FINALMENTE DE DIÁLISIS O TRASPLANTE. DICHO DIAGNÓSTICO, DEBE SER CERTIFICADO POR UN NEFRÓLOGO.

ESCLEROSIS MÚLTIPLE: DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE ESTABLECIDO POR UN ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA. LA ENFERMEDAD DEBE SER EVIDENCIADA POR SÍNTOMAS CLÍNICOS TÍPICOS DE DESMIELINIZACIÓN, DETERIORO DE LAS FUNCIONES MOTORAS Y SENSORIALES Y ADEMÁS POR HALLAZGOS TÍPICOS EN LA RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA.

PARA PROBAR EL DIAGNÓSTICO, EL ASEGURADO DEBE EXHIBIR ANOMALÍAS NEUROLÓGICAS QUE HAYAN EXISTIDO POR UN PERÍODO CONTINUO DE POR LO MENOS SEIS (6) MESES O HABER TENIDO AL MENOS DOS EPISODIOS CLÍNICAMENTE DOCUMENTADOS CON UN INTERVALO DE UN MES ENTRE ELLOS O UN EPISODIO CLÍNICAMENTE DOCUMENTADO JUNTO CON HALLAZGOS CARACTERÍSTICOS EN EL FLUIDO CEREBROESPINAL, COMO ASÍ TAMBIÉN LESIONES CEREBRALES ESPECÍFICAS DETECTADAS EN LA RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA.

ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR: CUALQUIER INCIDENTE O ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR QUE PRODUZCA SECUELAS NEUROLÓGICAS PERMANENTES Y QUE INCLUYA INFARTO DEL TEJIDO CEREBRAL, HEMORRAGIA DE UN VASO INTRA CRANEANO O EMBOLIZACIÓN DE FUENTE EXTRA CRANEAL. DEBE PRESENTARSE EVIDENCIA DE DÉFICIT NEUROLÓGICO PERMANENTE.

EL DIAGNÓSTICO DEBE SER CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA Y EVIDENCIADO POR SÍNTOMAS CLÍNICOS TÍPICOS COMO ASÍ TAMBIÉN HALLAZGOS TÍPICOS EN LA TAC (TOMOGRFÍA AXIAL COMPUTARIZADA) DE CEREBRO Y RNM (RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA) DE CEREBRO. DEBEN DOCUMENTARSE PRUEBAS DE DEFICIENCIA NEUROLÓGICA DE POR LO MENOS TRES (3) MESES CONTADOS DESDE LA FECHA DE DIAGNÓSTICO.

AFECCIÓN DE ARTERIA CORONARIA QUE EXIJA CIRUGÍA: HABERSE SOMETIDO A CIRUGÍA CARDIACA A TÓRAX ABIERTO PARA CORREGIR ESTRECHAMIENTO U OBSTRUCCIÓN DE DOS O MÁS ARTERIAS CORONARIAS, POR IMPLANTE DE UN PUENTE ARTERIAL CORONARIO EN PERSONAS CON SÍNTOMAS DE DOLOR TORÁCICO. LA NECESIDAD DE TAL INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DEBE HABER SIDO PROBADA MEDIANTE ANGIOGRAFÍA CORONARIA Y LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGÍA DEBE SER CONFIRMADA POR UN ESPECIALISTA.

QUEMADURA SEVERA: DÍCESE DE LAS QUEMADURAS DE TERCER GRADO, QUE COMPROMETAN MÁS DEL 20% DE LA SUPERFICIE CORPORAL DEL ASEGURADO, EL DIAGNÓSTICO DEBE SER CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA Y EVIDENCIADO POR LOS RESULTADOS DE LA CARTA DE LUND BROWDER O UN CALCULADOR EQUIVALENTE DE ÁREAS CORPORALES QUEMADAS.

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: DIAGNÓSTICO CLÍNICO INEQUÍVOCO DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (DEMENCIA PRE-SENIL) ANTES DE LA EDAD DE 66 AÑOS, CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA Y EVIDENCIADO POR HALLAZGOS TÍPICOS EN EXÁMENES NEUROLÓGICOS Y COGNITIVOS (POR EJEMPLO TAC, RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA, PET DE CEREBRO, PRUEBAS NEUROPSICOLÓGICAS). LA ENFERMEDAD DEBE PRODUCIR COMO RESULTADO UNA INCAPACIDAD PERMANENTE DE REALIZAR INDEPENDIEMENTE TRES O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

ENFERMEDAD DE PARKINSON: DIAGNÓSTICO CLÍNICO INEQUÍVOCO DE ENFERMEDAD DE PARKINSON PRIMARIA O IDIOPÁTICA (TODAS LAS OTRAS FORMAS DE PARKINSONISMO ESTÁN EXCLUIDAS) ANTES DE LOS 66 AÑOS, CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA. LA ENFERMEDAD DEBE PROVOCAR INCAPACIDAD PERMANENTE PARA REALIZAR INDEPENDIEMENTE TRES O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

PARÁGRAFO 1: SE CONSIDERA ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA BAÑARSE (CAPACIDAD DE TOMAR UN BAÑO O DUCHARSE), VESTIRSE Y DESVESTIRSE, HIGIENE PERSONAL (CAPACIDAD DE USAR EL LAVATORIO Y MANTENER UN NIVEL RAZONABLE DE HIGIENE), MOVILIDAD (CAPACIDAD DE DESPLAZARSE AL INTERIOR DE UN MISMO NIVEL O PISO), CONTINENCIA (CONTROL SOBRE LOS ESFÍNTERES), COMER/BEBER (CAPACIDAD DE ALIMENTARSE POR SÍ MISMO PERO NO DE PREPARAR LA COMIDA) O CAUSAR POSTRACIÓN E INCAPACIDAD PARA LEVANTARSE SIN ASISTENCIA DE TERCERAS PERSONAS. ESTAS CONDICIONES DEBEN ESTAR MÉDICAMENTE DOCUMENTADAS POR LO MENOS DURANTE 3 MESES.

PARÁGRAFO 2: EL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES NO ES ACUMULABLE CON LOS DEMÁS AMPARADOS CONTRATADOS EN ESTA PÓLIZA, Y EN CONSECUENCIA EL PAGO DE CUALQUIER INDEMNIZACIÓN PRODUCE LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO Y EXTINGUE TODA OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA DERIVADA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

III. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Amparo	Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de permanencia
Fallecimiento	18 años	74 años	80 años
Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o accidente	18 años	74 años	75 años
Enfermedades Graves	18 años	69 años	70 años

Cuando el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia continuará amparado hasta que termine la vigencia en curso del seguro.

IV. DECLARACIONES INEXACTAS O RETICENTES

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por Allianz. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por Allianz, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

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 Allianz sólo 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 represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 del Código de Comercio.

En caso de inexactitud o reticencia del tomador, Allianz sólo podrá aplicar las sanciones arriba contempladas, si las causas que originaron directa o indirectamente el siniestro son coincidentes con la reticencia o inexactitud en que incurrió el tomador. Esta condición no tendrá aplicación cuando el tomador oculte el padecimiento de alguna de las siguientes enfermedades catastróficas: Cáncer, SIDA/VIH, Infarto al Miocardio, Insuficiencia Renal Crónica, Esclerosis Múltiple, Apoplejía, Accidente Cerebrovascular y Enfermedades Mentales.

Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si Allianz, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

V. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA OTORGADA

Los amparos otorgados por la presente póliza terminan por las siguientes causas, la que ocurra primero:

1. En el momento de fallecimiento del ASEGURADO.
2. Por mora en el pago de las primas correspondientes a la póliza de seguro, en los términos dispuestos en el artículo 1152 del Código de Comercio.
3. Al cumplimiento de la edad máxima de permanencia estipulada para cada amparo.
4. Si el ASEGURADO hubiere recibido previo a su fallecimiento la indemnización correspondiente a los amparos de Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad o Accidente y/o Enfermedades Graves.

PARÁGRAFO: Si después de la terminación del contrato de seguro, ALLIANZ llegase a recibir alguna suma de dinero por concepto de prima, ello no significará que la cobertura ha sido restablecida y por lo tanto, la obligación de ALLIANZ se limitará a la devolución de dichos valores.