



REGLAMENTO DEL FONDO MUTUAL VITAL

El Consejo de Administración, en uso de sus facultades legales y estatutarias, y

CONSIDERANDO:

- a) Que el artículo 65 de la Ley 79 de 1.988 faculta a las cooperativas, independiente de su carácter especializado o multiactivo, contemplar en su objeto social la prestación de servicios de previsión, asistencia y solidaridad para sus asociados.
- b) Que el Estatuto permite dentro de las actividades para el logro de los objetivos generales, la creación de fondos mutuales para la prestación de servicios sociales.
- c) Que corresponde al Consejo de Administración reglamentar en detalle los servicios del fondo mutual y todas las demás disposiciones que sean necesarias.
- d) Que el seguro de vida busca garantizar la protección de las personas que el asegurado tiene a cargo y adicionalmente cubre los riesgos que puedan afectar la existencia, integridad o salud del asociado.
- e) Que es el Consejo de Administración, a través del presente reglamento el que fija la normatividad que regirá el Fondo Mutual VITAL.

A C U E R D A:

CAPÍTULO I

OBJETIVO DEL FONDO

ARTÍCULO PRIMERO (1º) - OBJETIVO:

El Fondo Mutual VITAL es un fondo creado por COOPCAFAM, que tiene por finalidad principal buscar la asegurabilidad de la vida del Asociado, así como ayudarlo en momentos de necesidad. Lo anterior fortaleciendo los servicios de ayuda mutua de COOPCAFAM.

CAPÍTULO II

SEGURO DE VIDA

ARTÍCULO SEGUNDO (2º).- DEFINICIÓN:

Es una Póliza Colectiva de Vida que permite dejar a sus beneficiarios una indemnización en caso de muerte, así como también obtener una protección tangible en caso de hospitalización y cirugía ambulatoria, el nacimiento de un hijo, ser diagnosticado con una enfermedad grave o ser objeto de una incapacidad total y permanente.

ARTÍCULO TERCERO (3º)- RECURSOS DEL FONDO MUTUAL VITAL:

El Fondo Mutual VITAL se alimentará, así:

1. Con las contribuciones mensuales que todos los asociados a COOPCAFAM deben realizar, de acuerdo con la aprobación de la LIII Asamblea General de Delegados.
2. Con el reconocimiento de la DTF, sobre saldos mensuales por la utilización de dichos recursos en el fondeo financiero de la Cooperativa.
3. Con los recursos que con cargo a los excedentes disponibles decreta la Asamblea General de Delegados.

PARÁGRAFO: Las contribuciones al Fondo podrán variar de acuerdo con los cálculos actuariales o estudios que se realicen en COOPCAFAM y serán aprobadas por la Asamblea.

ARTÍCULO CUARTO (4º).- BENEFICIARIOS DEL FONDO MUTUAL VITAL:

A partir del 1º de abril de 2018, toda persona que se encuentre como asociado activo a COOPCAFAM o que se asocie a partir de esta fecha, quedará vinculada al Fondo Mutual VITAL.

PARÁGRAFO 1º: El plan se renovará anualmente, a partir del mes de abril.

PARÁGRAFO 2º: Las principales coberturas que incluye el seguro de vida se divulgarán a los asociados al momento de vincularse a la Cooperativa y se encontrarán en la página Web de COOPCAFAM y en la publicidad del Fondo Mutual VITAL.

PARÁGRAFO 3º: El asociado se debe encontrar al día en sus obligaciones con la Cooperativa para poder ser beneficiario del Fondo Mutual VITAL. En caso de presentar mora, no debe ser mayor a 60 días, de lo contrario no podrá ser beneficiario del seguro.

PARÁGRAFO 4º: En caso de que el asociado se desvincule de COOPCAFAM, queda automáticamente desvinculado del seguro de vida y no se hará devolución de las contribuciones, ni tendrá la cobertura del Fondo Mutual Vital. Se considera como desvinculado a Coopcafam a partir de la fecha que radique la solicitud de retiro o se decrete la exclusión por parte del Consejo de Administración.

ARTÍCULO QUINTO (5º) - CUOTA DE CONTRIBUCIÓN:

La cuota de contribución mensual por asociado puede variar de acuerdo con los estudios que realice COOPCAFAM.

PARÁGRAFO 1º: Cuando un asociado deje de contribuir al Fondo Mutual VITAL, al ponerse al día deberá cancelar las cuotas de contribución en mora hasta los 60 días, tiempo máximo en el cual tenía la cobertura del servicio.

PARÁGRAFO 2º: Al retirarse el asociado de COOPCAFAM, si se encuentra en mora con las contribuciones del Fondo Mutual VITAL, se cruzará el valor adeudado, con el saldo que tenga el asociado en aportes y ahorros.

ARTÍCULO SEXTO (6º) – CONDICIONES GENERALES:

Los asociados que se encuentren activos en COOPCAFAM en el momento de dar inicio a la póliza quedarán inmediatamente protegidos. Para los Asociados nuevos a partir del 1º de abril del 2018, tendrán cobertura una vez se encuentren como asociados activos en el sistema. Teniendo en cuenta la cobertura y característica de los amparos descritos a continuación:

AMPARO BÁSICO: Amparar contra el riesgo de muerte a cada uno de los miembros del grupo asegurado, incluye homicidio y suicidio desde el primer día de vigencia del seguro y SIDA diagnosticado dentro de la vigencia de la póliza.

AMPAROS ADICIONALES: Entendidos como contratados, sujetos al respectivo pago de prima e inserción en la carátula y/o condiciones particulares de la póliza. Aplica con base en los textos forma de la Aseguradora Solidaria de Colombia según Condiciones Generales (clausulado) de la póliza:

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa, mediante el presente amparo adicional, asume el riesgo de incapacidad total y permanente, que al ser calificada de acuerdo con los criterios establecidos en el Manual Único de Calificación de Invalidez (decreto 1507 de 2014, o aquel vigente al momento de la calificación de la invalidez) sea igual o superior al 50% de la pérdida de la capacidad laboral, siempre y cuando el evento generador y la fecha de estructuración de la misma se produzcan dentro de la vigencia de la póliza. En tal caso se indemnizará al propio asegurado por la suma asegurada estipulada en el cuadro de amparos descritos en la carátula de la póliza. Para efectos de la presente cobertura, se tendrán en cuenta únicamente las normas emitidas en materia de régimen en seguridad social colombiana. Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considera como tal:

- a) La pérdida total e irrecuperable de la visión en ambos ojos, no preexistente.
- b) La amputación traumática o quirúrgica de ambas manos, a nivel de la articulación radio carpiana o por encima de ella.
- c) La amputación traumática o quirúrgica de ambos pies, a nivel de la articulación tibiotarsiana o por encima de ella.
- d) La amputación traumática o quirúrgica de toda una mano y de todo un pie, a nivel de las articulaciones ya definidas.

La Incapacidad Total y Permanente deberá ser certificada por los entes autorizados en el sistema general de seguridad social, vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación, sin que sea posible la aplicación de los manuales de calificación de invalidez aplicables a los regímenes especiales o exceptuados de la ley 100 de 1993.

• **INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL:** Si a consecuencia directa de un accidente amparado y durante la vigencia de la póliza y dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la fecha del mismo, el asegurado fallece, Aseguradora Solidaria de Colombia EC pagará la suma otorgada.

• **ENFERMEDADES GRAVES:** Se pagará al asegurado el valor contratado en caso que durante la vigencia de este amparo le sea diagnosticada por primera vez y durante la vigencia de la póliza cualquiera de las siguientes enfermedades, las cuales se encuentran descritas en las condiciones generales de la póliza:

- ✓ Cáncer (incluye: leucemia, linfomas, enfermedad de hodgkin, melanoma maligno)
- ✓ Infarto al miocardio
- ✓ Insuficiencia renal crónica
- ✓ Accidente Cerebro Vascular
- ✓ Afección de arteria coronaria que exija cirugía
- ✓ Trasplante de Órganos Vitales (corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea y páncreas).
- ✓ Esclerosis Múltiple
- ✓ Enfermedad de Alzheimer
- ✓ Quemaduras Graves o gran quemado
- ✓ Anemia Aplásica
- ✓ Trauma mayor de la cabeza
- ✓ Enfermedad de Parkinson
- ✓ Estado de coma

La indemnización opera como anticipo del cincuenta por ciento (50%) del Amparo Básico de Vida.

**PERÍODO DE CARENCIA PARA EL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES:
90 DÍAS**

• **NOTA:** Restablecimiento Valor Asegurado para el amparo Básico (muerte del asegurado) en caso de afectación de la cobertura de Enfermedades Graves: Como condición particular, una vez afectada la presente cobertura, la suma del amparo Básico se restablecerá al 100%, siempre y cuando el fallecimiento se produzca después de 180 días del diagnóstico de la Patología inicialmente indemnizada y que la muerte no tenga relación directa o indirecta con la Enfermedad Grave que originó el siniestro inicial.

En caso tal que la persona fallezca a consecuencia de la misma Enfermedad Grave que originó la indemnización inicial, se procederá únicamente con el pago del 50% restante del amparo básico.

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN:

Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa, indemnizará el valor indicado en la carátula de la póliza, por cada día que la persona asegurada se encuentre recluida en una institución hospitalaria o clínica, bajo el cuidado de un médico legalmente reconocido por las autoridades competentes para el desempeño de su profesión.

El pago se producirá siempre y cuando la enfermedad o lesiones que ocasionen la hospitalización se hayan producido transcurridos treinta (30) días continuos desde el ingreso a la póliza.

El presente amparo incluye la hospitalización en casa o domiciliaria, cuando sea prescrita por el médico tratante.

La indemnización se otorgará desde el segundo día de hospitalización, con un máximo de treinta (30) días por evento y máximo dos (2) eventos durante la vigencia anual de la póliza (entendiéndose por evento las hospitalizaciones como consecuencia de una misma enfermedad o lesión) y se extiende a amparar al asegurado en alguna de las siguientes situaciones:

- **RENTA DIARIA (POR HOSPITALIZACIÓN)** Bajo este amparo la Compañía indemniza el ingreso del asegurado como paciente en un Centro Hospitalario con permanencia mínima por veinticuatro (24) horas, para diagnóstico y tratamiento, bajo supervisión médica, se indemnizará a partir del tercer (3er) día de hospitalización con un máximo de treinta (30) días por evento y dos (2) eventos por año. Se extiende esta cobertura hasta 5 días para la Incapacidad generada por el evento de hospitalización cubierto bajo este amparo, el valor de la renta será igual al otorgado en el amparo de Renta Diaria por Hospitalización. (Para este amparo aplica deducible de dos (2) días, período que se descontará del total de la indemnización).

- **TRATAMIENTO MÉDICO O CIRUGÍA AMBULATORIA** Bajo este amparo la Compañía indemniza al Asegurado que tenga que ser sometido a cirugía o tratamiento médico efectuado dentro de una institución hospitalaria o centro de cirugía que cumpla con los requisitos exigidos por las entidades competentes para tal fin y con el objeto de prestar el servicio ambulatorio. Se extiende esta cobertura hasta 5 días para la Incapacidad generada por el evento del tratamiento médico o la cirugía ambulatoria cubierto bajo este amparo, el valor de la renta por esta incapacidad, será igual al otorgado en el amparo de Renta Diaria por Hospitalización. Para esta cobertura no aplica deducible.

- **UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (U.C.I.)** Por este amparo, mientras el asegurado permanezca internado en la Unidad de Cuidados Intensivos, la Compañía reconocerá como beneficio diario, el equivalente a dos (2) veces la suma pactada para el amparo de Renta Diaria con un máximo de quince (15) días. (Para este amparo aplica deducible de dos (2) días, período que se descontará del total de la indemnización).

- **PARTO** El parto normal, o por cesárea, está cubierto por este amparo, siempre y cuando el embarazo se haya iniciado después de entrar en vigencia el seguro, y en tal caso se reconocerá el valor de la Renta Diaria por cada día que permanezca hospitalizada, con un máximo de cinco (5) días por cada vigencia anual. (Para este amparo aplica deducible de dos (2) días, período que se descontará del total de la indemnización).

- **AUXILIO DE MATERNIDAD O PATERNIDAD** El presente amparo operará de la siguiente manera (aplica cobertura únicamente para personas menores de 70 años):

- ✓ Grupo actual (aproximadamente 18.500 asociados de inicio de la póliza el 01/04/2018). Este amparo cubre los nacimientos después de los ciento veinte (120) días siguientes al inicio de la presente póliza, es decir, que los partos ocurridos antes de los ciento veinte (120) días no tendrán cobertura.
- ✓ Asegurados nuevos (Ingresos desde el 02/04/2018) Este auxilio no cubre embarazos preexistentes (esto significa que la asociada o la cónyuge del asociado al momento de ingresar a la póliza no debe estar en estado de embarazo) solo opera para embarazos cuya concepción se dé al menos treinta (30) días después del inicio de vigencia (esto significa que la cobertura de este amparo para el Asociado empieza a partir del día 31 de haber ingresado a la póliza).

El soporte para la indemnización será el certificado de Nacido Vivo del infante, emitido por la entidad competente y el registro civil de nacimiento; adicionalmente historia clínica que demuestre la edad del embarazo.

NOTA: El presente amparo únicamente cubre a la asegurada o a la cónyuge del asegurado por un evento (parto) por vigencia, en caso de nacimientos múltiples (gemelos, mellizos, trillizos, etc.) solo se indemnizará la suma de un auxilio por maternidad o paternidad. Únicamente en los casos en donde tanto el padre como la

madre del menor figuren como asegurados/asociados y se establezca derecho a la cobertura, se indemnizarán de manera independiente, es decir, pueden existir dos auxilios por el nacimiento de un menor.

• **AUXILIO EXEQUIAL:** Bajo este auxilio se indemnizará a los asegurados mayores de 70 años de edad, los cuales, al mes de marzo de 2018, llegaban a un número máximo de 120 Asociados; la indemnización correspondiente a este Amparo, será por \$550.000, monto definido para proteger únicamente a este segmento del grupo.

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA (APLICA PARA LOS ASOCIADOS NUEVOS QUE INGRESEN DESDE EL 02/04/2018) YA QUE EL GRUPO INICIAL (INGRESOS DEL 01/04/2018) SE RECIBEN SIN LÍMITE DE EDAD

AMPARO	EDAD MIN DE INGRESO	EDAD MAX DE INGRESO	EDAD DE PERMANENCIA
BÁSICO (VIDA)	18 años	69 años más 364 días	Indefinida o hasta que deje de pertenecer al grupo asegurado.
Incapacidad Total y Permanente, Indemnización adicional por muerte accidental, Auxilio de maternidad / paternidad y Renta Diaria por hospitalización.	18 años	69 años	70 años más 364 días
Enfermedades Graves	18 años	59 años más 364 días	64 años más 364 días

ARTÍCULO SÉPTIMO (7º).- REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD:

Se aclara que todos los integrantes del grupo Asegurable ingresan sin diligenciamiento de declaración de asegurabilidad y se cubren preexistencias únicamente para el Amparo Básico (Muerte).

VALORES ASEGURADOS Y TARIFACIÓN MENORES DE 70 AÑOS:

AMPAROS	VALOR ASEGURADO
Muerte	\$ 15.000.000
Incapacidad Total y Permanente	\$ 15.000.000
Muerte accidental	\$ 15.000.000
Enfermedades Graves (Anticipo 50%)	\$ 7.500.000
Auxilio Maternidad / paternidad	\$ 550.000
Renta Diaria	\$ 40.000

VALORES ASEGURADOS Y TARIFACIÓN MAYORES DE 70 AÑOS:

AMPAROS	VALOR ASEGURADO
Muerte	\$ 7.500.000
Muerte accidental	\$ 7.500.000
Auxilio Exequial	\$ 550.000

ARTÍCULO OCTAVO (8º) – EXCLUSIONES

• EXCLUSIONES DEL AMPARO BÁSICO

El amparo básico de muerte se otorga sin exclusiones.

• EXCLUSIONES DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

- Cuando el evento generador de la incapacidad total y permanente se haya producido con anterioridad a la fecha de inclusión del asegurado en el presente anexo.
- Cuando la fecha de estructuración de la incapacidad total y permanente se haya producido con anterioridad a la fecha de inclusión del asegurado en el presente anexo.
- Cuando el evento generador de la incapacidad total y permanente haya sido provocado por el asegurado.

• **EXCLUSIONES DEL AMPARO DE MUERTE ACCIDENTAL** No estará cubierta, salvo estipulación expresa en contrario, la muerte accidental que sufra el asegurado como consecuencia directa o indirecta de:

- Suicidio o intento del mismo, sea que el asegurado se encuentre en uso de sus facultades mentales, o en estado de locura.
- Lesiones causadas voluntariamente a sí mismo por el asegurado.
- Lesiones causadas al asegurado intencionalmente por terceras personas.
- Cuando la causa del fallecimiento sea, porque el asegurado se encuentre bajo la influencia de bebidas embriagantes o de drogas tóxicas, heroicas o alucinógenas o de fármacos no prescritos medicamente.
- Lesiones causadas intencionalmente por otra persona, con arma de fuego, cortante, punzante o contundente.
No obstante, se cubre la muerte accidental originada por las lesiones producidas como consecuencia del atraco.
- Homicidio, secuestro simple o extorsivo del asegurado o hurto calificado, y sus tentativas.
- Enfermedades físicas o psíquicas y los tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean necesarios en razón de accidentes amparados por la presente póliza, así como las infecciones bacterianas (salvo infecciones que acontezcan como consecuencia de una herida accidental)
- Defectos físicos o mentales y las enfermedades recurrentes de las cuales el asegurado era consciente en la fecha en que fue solicitada la póliza y que no hayan sido declaradas por el asegurado y aceptadas expresamente por Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa.
- Participación en cacería, competencias de cualquier género, carreras de obstáculos, polo, equitación, hockey, pesca submarina, pesca en altamar, fútbol, baloncesto, navegación en barco de vela, remo motor, o como consecuencia del uso de maquinaria automática de carpintería.
- Guerra, invasión, actos de enemigo extranjero, hostilidades y operaciones de guerra (haya sido declarada o no), guerra civil, sedición, revolución, rebelión, asonada, terrorismo, subversión o actos delictivos en que el asegurado participe directamente.
- Ataques cardíacos o epilépticos, síncope, rotura de aneurismas
- Consecuencia de embarazo, aborto, alumbramiento
- Participar como miembro de la tripulación de cualquier aeronave o helicóptero.
- Viajar como pasajero en cualquier aeronave no autorizada oficialmente para operar, o cuando el piloto o su tripulación carezcan de la licencia respectiva, o cuando uno u otro realicen vuelos ilícitos.
- La energía atómica y/o nuclear, insolaciones o congelaciones, independientemente de cómo se hubieren originado.

- Mientras el asegurado se encuentre sirviendo en labores militares de las fuerzas armadas o de policía de cualquier país o autoridad nacional o internacional.
- Accidentes de trabajo

• EXCLUSIONES DEL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES

No se pagará ningún beneficio bajo el presente amparo, si el asegurado padece o se le diagnostica una de las enfermedades indicadas, que sean consecuencia de o en conexión con:

- El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), tal como fue definido por la organización mundial de la salud (OMS), o cualquier síndrome o enfermedad de tipo similar que, bajo cualquier nombre, sea diagnosticada por un médico, establecimiento hospitalario o laboratorio clínico legalmente autorizado para desempeñar su objeto social o profesión.
- La presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (V.I.H.) descubierto mediante el test de anticuerpos o prueba de Elisa positiva para V.I.H.
- Cualquier otra enfermedad derivada de las anteriores
- El cáncer de seno o matriz
- El cáncer de próstata
- Los tumores de la piel, salvo que se trate de melanomas malignos
- Cáncer in situ no invasivo de cualquier órgano.
- La angioplastia y/o cualquier otra intervención intra – arterial
- Enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas
- Enfermedades o padecimientos preexistentes al ingreso del asegurado a la póliza o al inicio de este anexo
- El estado de coma provocado por el abuso de bebidas embriagantes, tóxicas o drogas no prescritas por un médico.
- Cuando la enfermedad cubierta haya sido diagnosticada, exista un historial previo relacionado con ella o se haya recibido tratamiento para la misma, antes de la fecha de inicio de vigencia individual de la presente cobertura.
- Cuando la enfermedad haya sido diagnosticada por primera vez durante los primeros noventa (90) días contados a partir de la fecha de inicio de la vigencia de la presente cobertura, para cada asegurado
- En lo que a accidentes cerebro vascular se refiere; cuando se trate de accidentes vasculares isquémicos, transitorios o aquellos de los que el asegurado pueda recuperarse completamente dentro de las seis (6) semanas siguientes a su ocurrencia.

• EXCLUSIONES DEL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

Salvo estipulación expresa en contrario, el presente amparo adicional no cubre los eventos a continuación relacionados:

- Hospitalizaciones relacionadas o como consecuencia del cáncer y su tratamiento
- Hospitalizaciones y/o cirugías como consecuencia de enfermedades y/o padecimientos preexistentes al ingreso del asegurado a la póliza.
- Hospitalización del asegurado en un centro hospitalario, que no cumpla con los requisitos especificados anteriormente, o que el asegurado no se encuentre bajo la atención y cuidado de un médico autorizado para el ejercicio de su profesión.
- Hospitalizaciones del asegurado en instituciones mentales para tratamiento de enfermedades psiquiátricas, los lugares de reposo, convalecencia o descanso para ancianos, centros de tratamiento para drogadictos o alcohólicos, centros de cuidado intermedio o lugares donde se proporcionan tratamientos naturistas o de estética.
- Todo cuidado ambulatorio provisto en el consultorio de un médico
- Hospitalización para tratamientos de belleza o cirugía con fines estéticos o cirugías plásticas para fines de embellecimiento, a menos que sean consecuencia de un accidente amparado.
- Hospitalizaciones para práctica de exámenes médicos de rutina, exámenes de laboratorio, radiografías, fisioterapia, tratamientos odontológicos, de diagnóstico y consultas médicas.
- Hospitalizaciones relacionadas con tentativas de suicidio, bien sea que el asegurado se encuentre en uso de sus facultades mentales o en estado de demencia; así como las lesiones auto infligidas o cualquier intento de ello.
- Hospitalización por chequeos de control o complicaciones durante el embarazo y antes del parto.
- Hospitalizaciones originadas o relacionadas con aborto provocado
- Hospitalizaciones y/o cirugías que sean consecuencia de enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas.
- Hospitalizaciones para cirugías para la extracción o cauterización de verrugas o lunares, uñas encarnadas, lipomas y quistes sebáceos
- Cirugías y tratamientos destinados a esterilización o fertilidad tanto masculina como femenina.
- Hospitalizaciones que sean consecuencia de la participación del asegurado en peleas o riñas; salvo en los casos en que se trate en legítima defensa.
- Hospitalizaciones por causa de catástrofes naturales.
- Hospitalizaciones relacionadas con los accidentes ocurridos mientras el asegurado se encuentre siendo transportado en aeronaves privadas y no comerciales (incluidos los helicópteros)

ARTÍCULO NOVENO (9º).- DOCUMENTOS PARA ACCEDER A LOS AMPAROS

Básico (Muerte):

- ✓ Copia del Documento de identidad del Asegurado.
- ✓ Registro civil de defunción original o fotocopia auténtica.
- ✓ Certificado médico, prueba de defunción y/o Historia Clínica completa.
- ✓ Informe de Fiscalía donde se detallen las circunstancias de tiempo, modo y lugar del fallecimiento (para muerte Accidental), en caso de accidente de tránsito (Copia del Croquis).
- ✓ Documentos de identificación de cada uno de los beneficiarios designados y/o beneficiarios de ley.
- ✓ En caso de no existir designación de beneficiarios, aportar dos declaraciones extra proceso de personas no familiares, donde indique los beneficiarios de ley, así mismo la no existencia de más beneficiarios con igual o mejor derecho que los reclamantes.
- ✓ Documentos que demuestren la condición de Beneficiarios de ley o representación legal (según sea el caso).

Incapacidad Total y Permanente:

- ✓ Copia del Documento de identidad del Asegurado.
- ✓ Certificado médico, prueba de defunción y/o Historia Clínica completa.
- ✓ Documentos que demuestren la condición de Beneficiarios de ley o representación legal (según sea el caso).
- ✓ Calificación de la Incapacidad Total y Permanente, emitida por la entidad competente (Junta de Calificación), de acuerdo con los parámetros de la Ley 100 y sus decretos reglamentarios.

Muerte Accidental:

- ✓ Copia del Documento de identidad del Asegurado.
- ✓ Registro civil de defunción original o fotocopia auténtica.
- ✓ Informe de Fiscalía donde se detallen las circunstancias de tiempo, modo y lugar del fallecimiento (para muerte Accidental), en caso de accidente de tránsito (Copia del Croquis).
- ✓ Documentos de identificación de cada uno de los beneficiarios designados y/o beneficiarios de ley.
- ✓ En caso de no existir designación de beneficiarios, aportar dos declaraciones extra proceso de personas no familiares, donde indique los beneficiarios de ley, así mismo la no existencia de más beneficiarios con igual o mejor derecho que los reclamantes.
- ✓ Documentos que demuestren la condición de Beneficiarios de ley o representación legal (según sea el caso).

Enfermedades Graves:

- ✓ Copia del Documento de identidad del Asegurado.
- ✓ Certificado médico, prueba de defunción y/o Historia Clínica completa.

Renta por Hospitalización:

- ✓ Copia del Documento de identidad del Asegurado.
- ✓ Certificado médico y/o Historia Clínica completa.
- ✓ Certificado del número de días de hospitalización de la clínica, acompañado del resumen de la Historia clínica de la atención.

Auxilio de Maternidad o Paternidad:

- ✓ Copia del Documento de identidad del Asegurado.
- ✓ Certificado médico y/o Historia Clínica completa.
- ✓ Certificado de Nacido Vivo.

Auxilio Exequial:

- ✓ Copia del Documento de identidad del Asegurado.
- ✓ Registro civil de defunción original o fotocopia auténtica.
- ✓ Documentos de identificación de cada uno de los beneficiarios designados y/o beneficiarios de ley.
- ✓ En caso de no existir designación de beneficiarios, aportar dos declaraciones extra proceso de personas no familiares, donde indique los beneficiarios de ley, así mismo la no existencia de más beneficiarios con iguales o mejor derechos que los reclamantes.
- ✓ Documentos que demuestren la condición de Beneficiarios de ley o representación legal (según sea el caso).

ARTÍCULO DÉCIMO (10º).- PAGO DE SINIESTROS:

Amparo Básico (Muerte): Máximo 20 días hábiles contados a partir de recibir los documentos en su totalidad.

Incapacidad Total y Permanente (ITP): Máximo 20 días hábiles contados a partir de recibir los documentos en su totalidad.

Muerte Accidental: Máximo 20 días hábiles contados a partir de recibir los documentos en su totalidad.

Enfermedades Graves (Anticipo del 50%): Máximo 20 días hábiles contados a partir de recibir los documentos en su totalidad.

Auxilio de Maternidad/Paternidad: Máximo 5 días hábiles contados a partir de recibir los documentos en su totalidad.

Renta Diaria por Hospitalización: Máximo 5 días hábiles contados a partir de recibir los documentos en su totalidad.

Auxilio Exequial para el grupo de mayores de 70 años: Máximo 20 días hábiles contados a partir de recibir los documentos en su totalidad; ya que este amparo es un valor adicional del básico para este grupo específicamente.

PARÁGRAFO 1º: Al momento de realizar la reclamación el asociado se debe encontrar activo y al día en sus obligaciones con la Cooperativa.

PARÁGRAFO 2º: El asociado tendrá máximo 18 meses para realizar la reclamación, contados a partir de la fecha de ocurrencia del evento, adicionalmente debe cumplir con las condiciones del párrafo 1 del presente artículo.

CAPÍTULO III

PÉRDIDA DE LOS SERVICIOS OFRECIDOS POR EL FONDO MUTUAL VITAL, ESTUDIOS ACTUARIALES Y OTROS

ARTÍCULO DÉCIMO PRIMERO (11º).- PÉRDIDA DE LOS SERVICIOS OFRECIDOS POR EL FONDO MUTUAL VITAL:

Los servicios y/o amparos ofrecidos por el Fondo Mutual Vital se perderán cuando el asociado deje de pertenecer a COOPCAFAM, bien sea por retiro voluntario o exclusión, conforme lo establece el Estatuto COOPCAFAM. Los retiros del Fondo Mutual Vital se harán efectivos a partir del día 1º del mes siguiente.

PARÁGRAFO 1º: Se podrán suspender los amparos si el asociado se encuentra en mora con los pagos de aportes, ahorro permanente y las contribuciones al Fondo Mutual.

PARÁGRAFO 2°: Como las contribuciones al Fondo Mutual Vital pertenecen al Fondo, por lo tanto es impersonal e indivisible y por consiguiente, no habrá devolución de las contribuciones a dicho Fondo, ni lugar a reclamación por parte del asociado, cuando deje de pertenecer a COOPCAFAM.

ARTÍCULO DÉCIMO SEGUNDO (12°).- DESTINACIÓN DE LOS RECURSOS EN CASO DE LIQUIDACIÓN, TRANSFORMACIÓN O INCORPORACIÓN DE COOPCAFAM:

En caso de liquidación, transformación o incorporación de COOPCAFAM por cualquier causa, la destinación de los recursos del Fondo Mutual VITAL, será decisión de la Asamblea General de Delegados, de acuerdo con los parámetros que establezca la Ley Cooperativa.

ARTÍCULO DÉCIMO TERCERO (13°).- INVERSIONES:

Los recursos del Fondo Mutual VITAL podrán ser utilizados en la colocación de crédito y demás servicios de COOPCAFAM.

CAPÍTULO IV

CASOS NO PREVISTOS EN LA REGLAMENTACIÓN, APROBACIÓN Y VIGENCIA

ARTÍCULO DÉCIMO CUARTO (14°).- CASOS NO PREVISTOS EN LA REGLAMENTACIÓN:

El Consejo de Administración de COOPCAFAM, tendrá la facultad expresa de resolver los casos específicos que no se encuentren previstos en la presente reglamentación, aplicando los principios de solidaridad, equidad y justicia. Así mismo, será potestativo del Consejo de Administración la aprobación de casos particulares para la prestación de los servicios del Fondo Mutual VITAL.

ARTÍCULO DÉCIMO QUINTO (15°).- APROBACIÓN:

El presente reglamento es aprobado por el Consejo de Administración en reunión celebrada el día 28 de marzo del año dos mil dieciocho (2018), según consta en Acta No. 1603.

ARTÍCULO DÉCIMO SEXTO (16°).- VIGENCIA:

La presente resolución rige a partir del mes de abril del año dos mil dieciocho.

JOSE GREGORIO HERNÁNDEZ CAICEDO
Presidente

CARLOS ARMANDO ÁLVAREZ SAMANIEGO
Secretario