



Accidentes personales y
Tarjeta protegida
Clausulado General

CHUBB®

Mercadeo Empresarial

CHUBB

EL PRESENTE CUADERNILLO CONTIENE LAS CONDICIONES
GENERALES Y PARTICULARES QUE RIGEN LA PÓLIZA DE
ACCIDENTES PERSONALES Y ANEXOS Y PÓLIZA TARJETA
PROTEGIDA

LOS AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS POR USTED CONTRATADOS
SON ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE LOS RELACIONADOS
EXPRESAMENTE EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. NIT 860.026.518-6

CONDICIONES GENERALES:

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ "LA COMPAÑÍA" O "CHUBB", CON SUJECCIÓN A LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, EN LOS CERTIFICADOS QUE SE EXPIDAN EN RELACIÓN CON ELLA Y A LAS SOLICITUDES DE SEGURO (LAS CUALES SE ENTIENDEN INCORPORADAS AL PRESENTE CONTRATO), HA CONVENIDO CELEBRAR UN CONTRATO DE SEGURO QUE AMPARE HASTA EL LÍMITE ASEGURADO, ESTABLECIDO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGUROS, LA PÉRDIDA ACCIDENTAL DE LA VIDA DEL ASEGURADO. EL CONTRATO DE SEGURO OPERA DE CONFORMIDAD CON LAS CONDICIONES Y EXCLUSIONES QUE SE DESCRIBEN A CONTINUACIÓN.

CONDICIÓN PRIMERA - AMPARO BÁSICO - PÉRDIDA ACCIDENTAL DE LA VIDA.

MEDIANTE ESTE AMPARO LA COMPAÑÍA ASUME EL RIESGO DE MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO, TAL COMO SE DEFINE MÁS ADELANTE EN LA CONDICIÓN CUARTA.

CONDICIÓN SEGUNDA – AMPAROS ADICIONALES.

EL ASEGURADO PODRÁ CONTRATAR LOS AMPAROS ADICIONALES OFRECIDOS PARA ESTA PÓLIZA, DETERMINANDO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO O EN EL CUADRO DE COBERTURAS CUAL DESEA ADQUIRIR.

LA DESCRIPCIÓN DE LOS AMPAROS ADICIONALES Y COBERTURAS SON LAS ESTIPULADAS EN LOS RESPECTIVOS ANEXOS.

LAS EXCLUSIONES ESPECIALES DE LOS AMPAROS ADICIONALES SE HARÁN CONSTAR EN EL ANEXO DE DICHO AMPARO, DEL MISMO MODO Y EN LO PERTINENTE, TAMBIÉN LES SERÁN APLICABLES LAS EXCLUSIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

CONDICIÓN TERCERA – EXCLUSIONES.

EL PRESENTE SEGURO NO TENDRÁ COBERTURA PARA EL AMPARO BÁSICO O PARA CUALQUIERA DE LOS AMPAROS ADICIONALES, POR CUALQUIER EVENTO QUE SEA CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

- A. ACCIDENTE DE AVIACIÓN, CUANDO EL ASEGURADO VIAJE COMO PILOTO O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN DE CUALQUIER AERONAVE SALVO, QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AERONAVE DE LINEA COMERCIAL PARA TRANSPORTE DE PASAJEROS.
- B. ACCIDENTE DE AVIACIÓN CUANDO EL ASEGURADO VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AERONAVE DE LINEA NO COMERCIAL PARA TRANSPORTE DE PASAJEROS.
- C. ACCIDENTES QUE LA PERSONA ASEGURADA O LOS BENEFICIARIOS, POR ACCIÓN U OMISIÓN, PROVOQUEN DOLOSAMENTE O CON CULPA GRAVE.
- D. ACCIONES DE TERCERAS PERSONAS, CON UTILIZACIÓN DE ARMA DE FUEGO, CORTO PUNZANTE O CONTUNDENTE.
- E. DEDICARSE EL ASEGURADO A PRACTICAR, COMPETIR O TOMAR PARTE EN ENTRENAMIENTOS PROPIOS DE DEPORTES CONSIDERADOS EN LA LITERATURA MUNDIAL COMO DE ALTO RIESGO, TALES COMO BUCEO, ALPINISMO O ESCALADA EN ROCA, MONTAÑISMO, ESCALADA EN HILO DONDE SE HAGA USO DE SOGAS O GUÍAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, CARRERAS DE AUTOS O QUE SE DEDIQUE PROFESIONALMENTE A ALGÚN DEPORTE.
- F. ENCONTRARSE EL ASEGURADO EN SERVICIO ACTIVO Y EN EJERCICIO DE SUS FUNCIONES, COMO MILITAR, POLICÍA MIEMBRO DE ORGANISMO DE SEGURIDAD, DE INTELIGENCIA, GUARDAESPALDAS O VIGILANTE DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD.

- G. ENFERMEDADES DE CUALQUIER NATURALEZA, SALVO QUE LAS MISMAS HAYAN SIDO ORIGINADAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO EN LA PÓLIZA.
- H. ESTADO DE GESTACIÓN, ALUMBRAMIENTO, ABORTO O COMPLICACIONES SUFRIDAS A CAUSA DE CUALQUIERA DE ESTOS ESTADOS.
- I. GUERRA, INVASIÓN O ACTO DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES DE GUERRA, HAYA MEDIADO O NO DECLARACIÓN, GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN, ASONADA, MOTÍN, HUELGA, MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS O EN GENERAL CUALQUIER CLASE DE CONMOCIÓN CIVIL.
- J. HABER INGERIDO EL ASEGURADO DROGAS TÓXICAS, ALUCINÓGENOS O INGESTIÓN DE ESTUPEFACIENTES O CUANDO LA PERSONA ASEGURADA CONDUZCA CUALQUIER CLASE DE VEHÍCULO ESTANDO BAJO EFECTOS DEL ALCOHOL ETÍLICO.
- K. HABERSE INFRINGIDO CUALQUIER NORMA LEGAL PENAL POR PARTE DEL ASEGURADO.
- L. INFECCIONES PRODUCIDAS POR PICADURAS DE INSECTOS TALES COMO MALARIA, TIFO, FIEBRE AMARILLA.
- M. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O CONSECUENCIAS DERIVADAS DE ELLAS, SALVO QUE LAS MISMAS HAYAN SIDO ORIGINADAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO EN LA PÓLIZA.
- N. SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO, LESIONES AUTO INFLINGIDAS, BIEN QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ALGÚN ESTADO DE DEMENCIA O ENAJENACIÓN MENTAL.
- O. TRATAMIENTOS MÉDICOS O RAYOS X, CHOQUES ELÉCTRICOS ETC., SALVO QUE LAS MISMAS HAYAN SIDO ORIGINADAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO EN LA PÓLIZA.

PARÁGRAFO: EN TODO CASO, ESTE SEGURO NO APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES PROHÍBAN A LA COMPAÑÍA PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES.

DUPLICIDAD DE PÓLIZAS

EL ASEGURADO SÓLO PODRÁ TENER UNA COBERTURA CON LA COMPAÑÍA, RESPECTO DE UN MISMO AMPARO DE ESTA PÓLIZA DE SEGURO. EN CASO DE TENER MÁS DE UNA COBERTURA CON LA COMPAÑÍA, RESPECTO DE UN MISMO AMPARO DE ESTA PÓLIZA DE SEGURO, ELLO NO LE DARÁ DERECHO A EXIGIR MÁS DE UNA SUMA ASEGURADA.

SI LA COMPAÑÍA EXPIDE CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE SEGURO ADICIONALES RESPECTO DEL MISMO ASEGURADO Y OCURRE UN SINIESTRO, SE CONSIDERARÁ A ESTA PERSONA ASEGURADA SOLAMENTE CON BASE EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO QUE LE PROPORCIONE EL MAYOR BENEFICIO. LA COMPAÑÍA DEVOLVERÁ, EN TAL CASO, EL VALOR DE LAS PRIMAS NO DEVENGADAS QUE HAYAN SIDO PERCIBIDAS CON BASE EN LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE SEGURO DE MENOR BENEFICIO.

CONDICIÓN CUARTA. DEFINICIONES.

Para efectos de interpretación de esta póliza, se definen los términos utilizados, los cuales serán interpretados cada vez que ellos aparezcan, en la forma señalada a continuación:

MUERTE ACCIDENTAL: El fallecimiento del asegurado que sea consecuencia exclusiva y directa de un accidente, ocurrido dentro de la vigencia de la cobertura individual del seguro, entendido éste como un hecho externo a la corporeidad del asegurado y a su voluntad, súbito y fortuito, que le cause la muerte de manera instantánea o dentro de los ciento ochenta (180) días calendario siguientes a la fecha del accidente.

DESAPARECIMIENTO: Para todos los efectos del presente amparo básico, se entenderá también como muerte accidental del asegurado, cuando ocurra alguno de los eventos que a continuación se señalan, y den origen a la declaración judicial de muerte presunta por desaparecimiento con arreglo a la ley colombiana:

- A. Desaparición en catástrofes naturales tales como terremotos, inundaciones, maremotos.
- B. Desaparición en un río, lago, o mar.
- C. Desaparición como consecuencia del extravío, caída, explosión, naufragio o encalladura de cualquier vehículo, respecto del cual no exista exclusión expresa de cobertura.

CONDICIÓN QUINTA – TOMADOR.

Para efectos de esta póliza, en los términos del artículo 1039 del Código de Comercio, el Tomador es la persona que ha convenido con LA COMPAÑÍA el seguro para un tercero determinado o determinable.

CONDICIÓN SEXTA – SEGURO COLECTIVO.

El seguro objeto de esta póliza es colectivo en los términos del artículo 1064 del Código de Comercio, las estipulaciones contenidas en este contrato se entenderán aplicables respecto de cada uno de los asegurados individualmente considerados. Igualmente LA COMPAÑÍA para efectos administrativos y de operación, podrá identificar en sus sistemas de información cada riesgo asegurado bajo un número de identificación único y podrá expedir un solo documento que será la póliza matriz.

CONDICIÓN SÉPTIMA. –REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.

Para obtener el amparo a que se refiere la presente póliza, toda persona debe cumplir los requisitos de asegurabilidad exigidos por LA COMPAÑÍA, tal como se indiquen en anexo o condición particular.

CONDICIÓN OCTAVA - EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA.

Las edades de ingreso y permanencia para el amparo básico serán los siguientes, salvo que expresamente se modifiquen por condición particular mediante anexo convenido entre las partes:

Amparo	Ingreso	Permanencia
Muerte Accidental	De 18 a 65 años más 364 días	Hasta los 70 años más 364 días

CONDICIÓN NOVENA - VIGENCIA.

La vigencia será determinada o determinable, según se indica en cada certificado de seguro. En todo caso la póliza matriz para efectos administrativos tendrá la vigencia indicada en la misma.

CONDICIÓN DÉCIMA - SUMA ASEGURADA, PRIMAS Y AJUSTE DE PRIMAS.

El valor asegurado y el valor de la prima del amparo básico y de los amparos adicionales, es el establecido en el certificado individual de seguro.

El valor de la prima se reajustará anualmente en el mismo índice de precio al Consumidor (IPC) del año inmediatamente anterior establecido por el DANE a nivel nacional.

Con el fin de salvaguardar el principio técnico de suficiencia de la prima LA COMPAÑÍA, podrá incrementar el valor de la prima, a través de notificación por el canal previamente autorizado a los asegurados individualmente considerados en aquellas pólizas colectivas contributivas.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA- PAGO DE LA PRIMA.

Póliza Colectiva No Contributiva: El Tomador es responsable del pago de la totalidad de las primas según se estipula en la caratula de la póliza.

Póliza Colectiva Contributiva: Es responsabilidad de cada Asegurado integrante del grupo sufragar la totalidad de la prima según se estipula en la caratula de la póliza o el certificado individual de seguro.

Para las dos modalidades de seguro: **i)** Si llegase a ocurrir algún siniestro antes del vencimiento del plazo para el pago de la prima, la COMPAÑÍA pagará el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas y pendientes de pago, hasta completar la anualidad respectiva. **ii)** Si las primas o sus cuotas no fueran pagadas dentro del plazo, se producirá la terminación automática del contrato de seguro y la COMPAÑÍA quedará libre de toda responsabilidad respecto de los eventos que ocurran con posterioridad al vencimiento del plazo correspondiente. **iii)** El plazo para el pago de las primas o de sus cuotas será de un mes a partir del inicio de vigencia del período al que corresponde el monto de la prima a pagar, a menos que el certificado individual de seguro disponga otro término o por condición particular se pacte otra modalidad de pago.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.

Corresponde a cada uno de los integrantes del grupo asegurado hacer la designación de sus propios beneficiarios. En ningún caso El Tomador puede intervenir en la designación de beneficiarios ni serlo tampoco.

Cuando no se hubiere designado Beneficiario o la designación fuere ineficaz o quedare sin efecto por cualquier causa, tendrán la condición de tales, el cónyuge del respectivo Asegurado en la mitad del seguro y los herederos de éste en la otra mitad. Igual regla se aplicará en el evento de haber sido designados genéricamente como beneficiarios los herederos del Asegurado.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA – AVISO, RECLAMACIÓN, INDEMNIZACIÓN Y PAGO DEL SINIESTRO.

En caso de siniestro que pueda dar lugar a la reclamación bajo la presente póliza, el Asegurado y/o Beneficiario según corresponda, deberán dar aviso a LA COMPAÑÍA de la ocurrencia del mismo, dentro del mes siguiente a la fecha de este.

Para que LA COMPAÑÍA, efectúe el pago de la indemnización correspondiente a la presente póliza, El Asegurado o los Beneficiarios, según sea el caso, presentarán pruebas fehacientes, que demuestren la existencia del hecho amparado, para lo cual podrán presentar, entre otros, los siguientes documentos: Registro civil de defunción, copia documentos de identificación del Asegurado y beneficiarios.

Sin embargo LA COMPAÑÍA podrá comprobar la veracidad y exactitud de tales pruebas, teniendo derecho y la oportunidad, de ser procedente, de efectuar investigaciones técnicas, o a través de sus médicos de examinar a la persona asegurada para los amparos que así lo ameriten, mientras se encuentre pendiente una reclamación contra el presente seguro o cualquiera de sus anexos.

La COMPAÑÍA pagará al Asegurado o a los beneficiarios, según sea el caso, la indemnización a que está obligada por la póliza y/o sus amparos adicionales, dentro del término legal de un mes, contado a partir de la fecha en que se acredite la ocurrencia del siniestro y su cuantía.

Para los amparos adicionales la COMPAÑÍA podrá indicar en los respectivos anexos los documentos que se consideren idóneos para la reclamación sin perjuicio de la libertad probatoria que tienen los beneficiarios.

El Asegurado, los Beneficiarios, los herederos legales o sus representantes personales, según el caso, quedarán privados de todo derecho procedente de la presente póliza, en caso de que la reclamación presentada a LA COMPAÑÍA sea de cualquier manera fraudulenta o, si en apoyo de ella se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o documentos engañosos o dolosos o cualquier otro medio para sustentarla.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA – DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE.

En el seguro de accidentes personales, corresponde a cada asegurado declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo. La reticencia o la inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidos por LA COMPAÑÍA la hubiere retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del contrato de seguro.

En caso de presentarse alguna de las condiciones consagradas en el artículo 1058 del Código de Comercio, que pudiera dar lugar a las sanciones allí consagradas, éstas sólo afectarán al asegurado que se encuentre en tal condición y no producirá efectos respecto de los demás asegurados en las pólizas colectivas.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA - REVOCACIÓN DEL CONTRATO.

Cualquiera de los integrantes del colectivo asegurado podrá revocar unilateralmente el contrato de seguro, respecto de su cobertura individual, mediante aviso por escrito a LA COMPAÑÍA. El contrato quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación.

El Tomador o el Asegurado en las pólizas contributivas, serán responsables en tal caso de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de la revocación. Si las primas ya se hubieren pagado, LA COMPAÑÍA reintegrará al asegurado las primas recibidas no devengadas.

Por su parte LA COMPAÑÍA también podrá revocar las coberturas individuales de seguro para lo cual deberá notificar al asegurado mediante noticia escrita enviada a la última dirección registrada de su domicilio, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha del envío. Si las primas ya se hubieren pagado, LA COMPAÑÍA reintegrará al asegurado las primas recibidas no devengadas.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA - TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL.

El seguro terminará en forma individual respecto de cualquiera de los integrantes del colectivo asegurado, al presentarse alguna de las siguientes causas:

- A. Por muerte del Asegurado.
- B. Por falta de pago de la prima o de cualquier cuota, si la prima anual ha sido fraccionada. Por
- C. vencimiento y no renovación de la póliza, a la cual accede el certificado de seguro individual del asegurado.
- D. Por revocación del seguro por parte de cada integrante del seguro colectivo en los seguros contributivos, o parte del Tomador en los seguros no contributivos.
- E. Por revocación del seguro por la COMPAÑÍA.
- F. Por haber cumplido el asegurado la edad máxima de permanencia pactada en la póliza para el amparo básico.
- G. Cuando LA COMPAÑÍA paga la indemnización por la afectación de uno o varios amparos que agoten el valor máximo del seguro.

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA – INTRANSFERIBILIDAD.

La presente póliza no será transferible y por lo tanto ningún depósito, traspaso, acto o contrato semejante, podrá producir efectos respecto a LA COMPAÑÍA, la cual quedará definitivamente liberada por virtud de los recibos expedidos por El Asegurado o por quienes lo representen en caso de sucesión, cuando aquel haya fallecido. Así mismo, esta cláusula será aplicable a todos los anexos que accedan la presente póliza.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA - LÍMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD POR EVENTO CATASTRÓFICO.

Cuando la presente póliza otorgue cobertura para un número plural de asegurados, LA COMPAÑÍA no será responsable en ningún caso, por suma alguna en exceso del límite agregado de responsabilidad estipulado. Si la totalidad de las sumas que individualmente hubiere debido pagar LA COMPAÑÍA a consecuencia de un solo accidente, excediera del expreso límite agregado de responsabilidad pactado en condición particular, LA COMPAÑÍA pagará a cada asegurado que hubiere sido afectado por tal accidente, la suma que proporcionalmente le corresponda con relación al límite agregado de responsabilidad por evento catastrófico.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA— PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS.

En caso de ser necesario de conformidad con lo establecido por la Superintendencia Financiera de Colombia, el Asegurado se obliga con LA COMPAÑÍA a diligenciar con datos ciertos y reales el formato que para tal menester se presente y a suministrar los documentos que se soliciten como anexo, al inicio de la póliza y al momento de la renovación de la misma.

CONDICIÓN VIGÉSIMA— PRESCRIPCIÓN.

La prescripción de las acciones derivadas de esta póliza y de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos (2) 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 extraordinaria será de cinco (5) años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA— NORMAS SUPLETORIAS.

En todo lo no previsto en las presentes condiciones específicas, este contrato se regirá por las disposiciones legales del Código de Comercio Colombiano.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA – NOTIFICACIONES.

Salvo el aviso de siniestro, cualquier declaración que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá consignarse por escrito y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío escrito por servicio postal autorizado en Colombia dirigido a la última dirección registrada por las partes.

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA - DOMICILIO.

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de la COMPAÑÍA, el establecido en la Cámara de Comercio.

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

No obstante lo consignado en las condiciones generales y anexos se aclara las edades de ingreso y permanencia para los siguientes amparos:

Amparo	Ingreso	Permanencia
Muerte Accidental	De 18 a 65 años más 364 días	Hasta los 74 años mas 364 días
Desmembración por accidente	De 18 a 65 años mas 364 días	Hasta los 74 años mas 364 días
Basico de Vida	De 18 a 65 años mas 364 días	Hasta los 74 años mas 364 días
Renta diaria por hospitalización. Hijos.	De 6 meses a 24 años mas 364 días	Hasta los 25 años mas 364 días

AMPARO BASICO – PERDIDA ACCIDENTAL DE LA VIDA

Exoneración Pago de Primas: En caso de fallecimiento accidental del asegurado principal, LA COMPAÑÍA asumirá las primas de seguro correspondientes para el grupo asegurado establecido en el certificado individual de seguro, hasta el vencimiento de la anualidad de la póliza, siempre y cuando esté dentro de las coberturas pactadas, y el asegurado tenga derecho a las coberturas otorgadas.

EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL DE DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE, HACE PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES, SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA INCLUIDO EN EL CUADRO DE AMPAROS DE LA SOLICITUD CERTIFICADO DE SEGURO, SUS MODIFICACIONES O RENOVACIÓN, DE ACUERDO CON EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO, QUEDANDO SUJETO A TODOS LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y EXCEPCIONES SEÑALADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE DICHO SEGURO JUNTO CON LAS QUE A CONTINUACIÓN SE ESTIPULAN.

CONDICIÓN PRIMERA – AMPARO ADICIONAL DE DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE.

MEDIANTE ESTE AMPARO LA COMPAÑÍA ASUME EL RIESGO DE DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL DEL ASEGURADO, TAL COMO SE DEFINEMÁS ADELANTE EN LA CONDICIÓN TERCERA.

CONDICIÓN SEGUNDA –EXCLUSIONES.

EN ADICIÓN A LAS EXCLUSIONES ESTABLECIDAS PARA LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES A LA QUE ACCEDE EL PRESENTE ANEXO, ÉSTE NO AMPARA LA MONOPLEJÍA.

PARÁGRAFO: EN TODO CASO, ESTE SEGURO NO APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES PROHÍBAN A LA COMPAÑÍA PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES.

CONDICIÓN TERCERA - DEFINICIONES.

Para efectos de interpretación de coberturas de este amparo, otorgado con el presente anexo, se definen a continuación los términos utilizados, los cuales serán interpretados cada vez que ellos aparezcan en la forma señalada a continuación:

DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL: La amputación traumática, quirúrgica o la inhabilidad funcional total y definitiva del órgano lesionado accidentalmente como consecuencia de un accidente amparado por la póliza y no excluido por ella, que se produzca de manera instantánea o dentro de los ciento ochenta (180) días a la ocurrencia del accidente.

INHABILIDAD FUNCIONAL TOTAL Y

DEFINITIVA: Es la deficiencia igual o mayor al 75% de la estructura del miembro en mención, no de la persona global, acorde con la calificación realizada, sobre la base del Decreto No. 1507 de 2014 o norma que los modifique, sustituya o adicione.

PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA

VISTA: Es aquella imposibilidad total de percibir la luz.

PÉRDIDA TOTAL DE LA AUDICIÓN: Es la imposibilidad total de percibir sonidos a través del órgano de la audición.

HABLAR: Es la facultad que tienen las personas naturales de expresarse a través de sonidos reconocibles como lenguaje o idioma.

PÉRDIDA TOTAL DEL HABLA: Es la ausencia de la facultad de hablar.

PARÁLISIS CORPORAL: Es la pérdida o disminución de la función motora que produce incapacidad para mover uno o más grupos musculares (parálisis).

MONOPLEJÍA: Parálisis de un miembro o de un sólo grupo muscular

HEMIPLEJIA: Parálisis de un lado del cuerpo (miembro superior e inferior de un mismo lado del cuerpo humano)

PARAPLEJÍA: Parálisis de las piernas y de la parte inferior del cuerpo; parálisis bilateral que afecta ambos lados del cuerpo humano.

TETRAPLEJÍA: Parálisis de las cuatro extremidades.

CONDICIÓN CUARTA.-. EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA.

Las edades de ingreso y permanencia para el amparo de Desmembración por Accidente serán las siguientes, salvo que expresamente se modifiquen por condición particular mediante anexo convenido entre las partes:

Amparo	Ingreso	Permanencia
Desmembración Por Accidente	De 18 años a 65 años más 364 días	Hasta los 70 años más 364 días.

CONDICIÓN QUINTA- SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL.

La suma asegurada correspondiente a cada uno de los integrantes del colectivo asegurado, se considerará individualmente de acuerdo con la forma indicada en el listado o en el certificado individual de seguro, según corresponda. Los porcentajes señalados en la tabla prevista en el presente anexo, se aplicaran sobre la suma asegurada contratada para cada asegurado en el momento de la ocurrencia del siniestro.

CONDICIÓN SEXTA – RECLAMACIONES POR DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL Y TABLA DE INDEMNIZACIONES.

Para que LA COMPAÑÍA proceda al pago de la indemnización por el presente amparo, el Asegurado, deberá acreditar la ocurrencia del siniestro, aportando las pruebas fehacientes, que demuestren la existencia del hecho amparado.

La indemnización al asegurado, previa comprobación del hecho, será el valor correspondiente señalado a continuación, acorde a la lesión sufrida y según la tabla de porcentajes aplicada a la suma asegurada determinada así:

POR PERDIDA TOTAL DE LA VISTA EN AMBOS OJOS.....100%

POR PERDIDA TOTAL DE LA VISTA EN UN OJO.....50%

POR PERDIDA TOTAL PERMANENTE DE LA AUDICIÓN EN TODAS LAS FRECUENCIAS EN LOS DOS OÍDOS100%

POR PERDIDA TOTAL PERMANENTE DE LA AUDICIÓN EN TODAS LAS FRECUENCIAS EN UN OÍDO..... 50%

POR PERDIDA TOTAL DEL HABLA100%

POR PARÁLISIS CORPORAL E IRREMEDIABLE (Hemiplejía, Paraplejía y tetraplejía únicamente).....100%

POR AMPUTACIÓN O INHABILIDAD TOTAL O FUNCIONAL DE DOS O MAS MIEMBROS (POR MIEMBRO SE ENTIENDE BRAZO, PIERNA, MANO O PIE)100%

POR AMPUTACIÓN DE UN PIE..... 50%

POR AMPUTACIÓN DEL DEDO GRANDE DEL PIE..... 6%

POR AMPUTACIÓN DE CUALQUIER OTRO DEDO DEL PIE..... 2%

POR AMPUTACIÓN TOTAL DEL BRAZO:
DERECHO50%
IZQUIERDO..... 50%

POR AMPUTACIÓN TOTAL DE UNA MANO O EL ANTEBRAZO:

DERECHO..... 60%
IZQUIERDO..... 40%

POR AMPUTACIÓN DEL PULGAR:

DERECHO20%
IZQUIERDO15%

POR AMPUTACIÓN DE DOS FALANGES PULGAR

DERECHO..... 20%
IZQUIERDO15%

POR AMPUTACIÓN DE UNA FALANGE DEL

PULGAR DERECHO
.....20% IZQUIERDO
.....15%

POR AMPUTACIÓN DE TRES FALANGES DE CUALQUIER OTRO DEDO DE LA MANO :

DERECHA10%
IZQUIERDA..... 7%

POR AMPUTACIÓN DE DOS FALANGES DE CUALQUIER OTRO DEDO DE LA MANO :

DERECHA8%
IZQUIERDA6%

POR AMPUTACIÓN DE UNA FALANGE DE CUALQUIER OTRO DEDO DE LA MANO

DERECHA5%
IZQUIERDA3%

PARÁGRAFO: Para efectos de aplicación de la tabla anterior, se entenderá como pérdida o amputación de:

- La mano: amputación ocurrida por la muñeca.
- El antebrazo: la amputación sufrida hasta el codo.
- El brazo: la amputación por arriba del codo. El
- pie: amputación por la articulación del cuello del pie.
- El dedo: amputación por las articulaciones metacarpianas por encima de ellas. Si el
- asegurado es zurdo, los porcentajes por pérdidas en el lado derecho e izquierdo se invertirán.

CONDICIÓN SÉPTIMA – DEDUCCIONES.

La indemnización Desmembración Accidental no es acumulable al amparo básico del seguro de Accidentes Personales ni al Amparo de Incapacidad Total y Permanente, y por lo tanto una vez pagada una indemnización de la tabla de indemnizaciones se deducirá el porcentaje pagado del valor asegurado del amparo básico de la póliza de Accidentes Personales.

En caso de que por un mismo accidente se presentasen varias pérdidas, los pagos por estas varias pérdidas, se calcularan sumando las cantidades correspondientes a cada una de ellas, sin exceder el valor asegurado respectivo por desmembración.

CONDICIÓN OCTAVA - TERMINACIÓN DEL AMPARO ADICIONAL DE DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE.

Los beneficios concedidos por el presente amparo adicional, terminarán para cada Asegurado individualmente considerado, al vencimiento de la anualidad más próxima a la fecha en que cumpla setenta (70) años más 364 días, o cuando se produzca el pago de la reclamación por el amparo Básico de Accidentes Personales.

EN LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, SE APLICARÁN AL PRESENTE AMPARO ADICIONAL LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES LA PÓLIZA DE SEGURO A LA CUAL ACCEDE ESTE ANEXO ASÍ MISMO SE REGISTRÁN POR LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

**PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES
MODALIDAD COLECTIVA
AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y
PERMANENTE POR ACCIDENTE.**

01/11/2016-1305-A-34-CLACHUBB20160074
30/08/2015-1305-NT-31-APITPAFORMANT002

EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE, HACE PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES, SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA INCLUIDO EN EL CUADRO DE AMPAROS DE LA SOLICITUD CERTIFICADO DE SEGURO, SUS MODIFICACIONES O RENOVACIÓN, DE ACUERDO CON EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO, QUEDANDO SUJETO A TODOS LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y EXCEPCIONES SEÑALADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE DICHO SEGURO JUNTO CON LAS QUE A CONTINUACIÓN SE ESTIPULAN.

CONDICIÓN PRIMERA - AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE.

MEDIANTE ESTE AMPARO LA COMPAÑÍA ASUME EL RIESGO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO POR ACCIDENTE TAL COMO SE DEFINE MÁS ADELANTE EN LA CONDICIÓN TERCERA.

CONDICIÓN SEGUNDA –EXCLUSIONES.

EL PRESENTE ANEXO SE LE APLICAN, EN LO PERTINENTE, TODAS LAS EXCLUSIONES DEL AMPARO BÁSICO.

PARÁGRAFO: EN TODO CASO, ESTE SEGURO NO APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES PROHÍBAN A LA COMPAÑÍA PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES.

CONDICIÓN TERCERA – DEFINICIONES

Para efectos de interpretación de cobertura de este amparo adicional, se definen los términos utilizados, los cuales serán interpretados cada vez que ellos aparezcan, en la forma señalada a continuación:

FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: Fecha en la que se genera en el individuo una pérdida en su capacidad laboral en forma permanente y definitiva. Para cualquier contingencia, esta fecha debe documentarse con la historia clínica, los exámenes clínicos y de ayuda diagnóstica y, puede ser anterior o corresponder a la fecha de calificación.

FECHA DE CALIFICACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

Momento en el cual queda en firme el dictamen emitido por la instancia competente sobre la pérdida de la capacidad laboral del Asegurado.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: Para todos los efectos exclusivos de este amparo, se entiende como incapacidad total y permanente por accidente la invalidez igual o superior al cincuenta por ciento (50%) sufrida por el Asegurado, cuya fecha de estructuración este dentro de la vigencia del seguro, originada en lesiones físicas orgánicas o alteraciones funcionales no preexistentes y no causadas intencionalmente por éste, que se encuentra debidamente calificada por cualquiera de las Juntas de Calificación de Invalidez de las que trata la Ley 100 de 1993, establecidas legalmente en el territorio nacional.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente por accidente, se considerará también como tal en los siguientes eventos:

- A) La amputación total de dos o más miembros. (brazos, piernas, manos o pies).
- B) La pérdida total e irreparable de la vista por ambos ojos.
- C) La amputación total de un miembro y la pérdida irreparable de la vista por un ojo.
- D) La pérdida total e irreparable de la audición o del habla.
- E) La demencia incurable, previa declaración judicial.

PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL:

Pérdida o disminución de las habilidades, destrezas, aptitudes y/o potencialidades de orden físico, mental y social que le permiten desempeñarse en su trabajo habitual.

PORCENTAJE DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: Grado de pérdida de capacidad laboral.

PREEXISTENCIA: Se entiende por enfermedad, lesión o condición preexistente, aquella patología que ha sido diagnosticada o tratada con fecha anterior a la iniciación de la vigencia del amparo de cada asegurado. También se considera preexistente la enfermedad o lesión aparente a simple vista o que por sus síntomas o signos no pudiese pasar inadvertida.

CONDICIÓN CUARTA – PERSONAS ASEGURABLES.

Son personas asegurables bajo el presente amparo adicional el asegurado principal.

CONDICIÓN QUINTA - EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA.

Las edades de ingreso y permanencia para el amparo de Incapacidad Total y Permanente por Accidente serán las siguientes, salvo que expresamente se modifiquen por condición particular mediante anexo convenido entre las partes:

Amparo	Ingreso	Permanencia
Incapacidad Total y Permanente por Accidente	De 18 a 64 años más 364 días	Hasta los 65 años más 364 días.

CONDICIÓN SEXTA –SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL.

La suma asegurada correspondiente a cada uno de los integrantes del grupo asegurado, se considerará individualmente de acuerdo con la forma indicada en el listado o en el certificado individual de seguro, según corresponda.

CONDICIÓN SÉPTIMA - RECLAMACIONES POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE.

El Asegurado deberá acreditar la ocurrencia de la Incapacidad Total y Permanente por Accidente, mediante el dictamen de pérdida de capacidad laboral, emitido por la Junta de Calificación de Invalidez o alguna de las entidades que de conformidad con el Sistema de Seguridad Social reglamentado por la Ley 100 de 1993.

Dicha calificación debe indicar el porcentaje de la pérdida de la capacidad laboral y la fecha de estructuración de la incapacidad total y permanente. El porcentaje de pérdida de capacidad laboral debe ser superior al cincuenta (50%).

Previo al pago de la indemnización que corresponda bajo el presente amparo adicional, LA COMPAÑÍA podrá dentro del término legal para decidir la reclamación, exigir al Asegurado pruebas fehacientes y satisfactorias sobre la existencia o persistencia de la incapacidad total y permanente.

CONDICIÓN OCTAVA – DEDUCCIONES.

La indemnización por Incapacidad Total y Permanente por Accidente no es acumulable al amparo básico del seguro de Accidentes Personales, y por lo tanto una vez pagada la indemnización por dicha Incapacidad Total y Permanente por Accidente termina el Seguro para el Asegurado individualmente considerado.

CONDICIÓN NOVENA - TERMINACIÓN DEL AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE.

Los beneficios concedidos por el presente amparo adicional, terminarán para cada Asegurado individualmente considerado, al vencimiento de la anualidad más próxima a la fecha en que cumpla sesenta y cinco (65) años más 364 días, o cuando se produzca el pago de la reclamación por el amparo Básico de Accidentes Personales.

EN LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, SE APLICARÁN AL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO. ASÍ MISMO SE REGIRÁN POR LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL DE RENTA MENSUAL POR MUERTE ACCIDENTAL, HACE PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES, SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA INCLUIDO EN EL CUADRO DE AMPAROS DE LA SOLICITUD CERTIFICADO DE SEGURO, SUS MODIFICACIONES O RENOVACIÓN, DE ACUERDO CON EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO, QUEDANDO SUJETO A TODOS LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y EXCEPCIONES SEÑALADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE DICHO SEGURO JUNTO CON LAS QUE A CONTINUACIÓN SE ESTIPULAN.

CONDICIÓN PRIMERA – AMPARO RENTA MENSUAL POR MUERTE ACCIDENTAL.

LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ EL VALOR PACTADO, SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO ADICIONAL EL ASEGURADO FALLECE POR CAUSA DE ACCIDENTE, TAL Y COMO SE DEFINE EN LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE ESTE AMPARO.

CONDICIÓN SEGUNDA – EXCLUSIONES.

AL PRESENTE ANEXO SE LE APLICAN, EN LO PERTINENTE, TODAS LAS EXCLUSIONES DEL AMPARO.

PARÁGRAFO: EN TODO CASO, ESTE SEGURO NO APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES PROHÍBAN A LA COMPAÑÍA PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES.

CONDICIÓN TERCERA – PERSONAS ASEGURABLES.

Son personas asegurables bajo el presente amparo adicional el asegurado principal.

CONDICIÓN CUARTA - EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA.

Las edades de ingreso y permanencia para el amparo de renta diaria por hospitalización serán las siguientes, salvo que expresamente se modifiquen por condición particular mediante anexo convenido entre las partes:

Amparo	Ingreso	Permanencia
Renta mensual por Muerte Accidental.	De 18 a 65 años mas 364 días	Hasta los 70 años mas 364 días

CONDICIÓN SEXTA –SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL.

La suma asegurada correspondiente a cada uno de los integrantes del grupo asegurado, se considerará individualmente de acuerdo con la forma indicada en el listado o en el certificado individual de seguro, según corresponda.

CONDICIÓN SÉPTIMA – AVISO DEL SINIESTRO, RECLAMACIÓN E INDEMNIZACIÓN.

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo el presente amparo adicional, el Tomador o Asegurado según el caso, deberá dar aviso del siniestro a LA COMPAÑÍA, dentro del mes siguiente a la fecha de la hospitalización.

El valor asegurado contratado se pagará como indemnización bajo la modalidad de renta mensual durante doce (12) meses consecutivos.

EN LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, SE APLICARÁN AL PRESENTE AMPARO, LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO. ASÍ MISMO SE REGIRÁN POR LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD, HACE PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES, SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA INCLUIDO EN EL CUADRO DE AMPAROS DE LA SOLICITUD CERTIFICADO DE SEGURO, SUS MODIFICACIONES O RENOVACIÓN, DE ACUERDO CON EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO, QUEDANDO SUJETO A TODOS LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y EXCEPCIONES SEÑALADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE DICHO SEGURO JUNTO CON LAS QUE A CONTINUACIÓN SE ESTIPULAN.

CONDICIÓN PRIMERA – AMPARO RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ EL VALOR PACTADO, SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO ADICIONAL EL ASEGURADO POR CAUSA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD REQUIERE HOSPITALIZACIÓN, TAL Y COMO SE DEFINE EN LA CONDICIÓN TERCERA.

CONDICIÓN SEGUNDA – EXCLUSIONES.

AL PRESENTE ANEXO SE LE APLICAN, EN LO PERTINENTE, TODAS LAS EXCLUSIONES DEL AMPARO BÁSICO Y LAS QUE A CONTINUACIÓN SE ADICIONAN:

- A. CONDICIONES MÉDICAS ORIGINADAS EN UN ACCIDENTE EXCLUIDO.
- B. CONDICIONES MÉDICAS PREEXISTENTES.
- C. HOSPITALIZACIÓN EN UN ESTABLECIMIENTO QUE NO LLENA LOS REQUISITOS DESCRITOS EN LAS CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA O QUE EL ASEGURADO NO SE ENCUENTRE BAJO LA ATENCIÓN Y CUIDADO DE UN MÉDICO AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN EN COLOMBIA.
- D. HOSPITALIZACIÓN PARA CHEQUEOS MÉDICOS DE RUTINA U OTROS EXÁMENES PREVIOS A LOS CUALES NO EXISTA INDICACIONES DE TRASTORNOS DE SALUD.

- E. LA ORIGINADA POR HOSPITALIZACIÓN POR CHEQUEOS DE CONTROL O COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y COMPLICACIONES DE POSTPARTO.
- F. NINGÚN EVENTO ORIGINADO EN EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO Y CONSULTAS MÉDICAS, FERTILIZACIÓN, TRATAMIENTOS DE BELLEZA O CIRUGÍAS CON FINES ESTÉTICOS O DE EMBELLECIMIENTO.
- G. TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS ASOCIACIONES MÉDICO CIENTÍFICAS A NIVEL MUNDIAL O AQUELLOS DE CARÁCTER EXPERIMENTAL.
- H. ENFERMEDADES FÍSICAS, MENTALES, O CUALQUIER DOLENCIA ORIGINADA EN ALGUNA ENFERMEDAD, ANOMALÍA O MALFORMACIÓN CONGÉNITA Y/O TRATAMIENTOS POR Desequilibrios mentales o curas de reposo o del sueño, varices con fines estéticos, tratamiento para la infertilidad.

PARÁGRAFO: EN TODO CASO, ESTE SEGURO NO APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES PROHÍBAN A LA COMPAÑÍA PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES.

CONDICIÓN TERCERA – DEFINICIONES.

Para efectos de interpretación de coberturas de este amparo, otorgado con el presente anexo, se definen a continuación los términos utilizados, los cuales serán interpretados cada vez que ellos aparezcan en la forma señalada a continuación:

HOSPITALIZACIÓN: El ingreso del Asegurado como paciente interno o una institución hospitalaria como mínimo por 24 horas para el tratamiento respectivo bajo el cuidado y supervisión de un médico,

ACCIDENTE: Es la lesión física sufrida por el Asegurado, resultante de un hecho externo, súbito, violento, ocasional e independiente de la voluntad del Asegurado.

DIAGNÓSTICO: Es toda identificación de una enfermedad, fundándose en los síntomas manifestados por el enfermo y confirmados por evidencias clínicas y para clínicas.

ENFERMEDAD: Significa cualquier alteración de la salud de la persona del Asegurado, resultante de la acción de un agente patógeno, con relación al organismo, que conduzca a un tratamiento médico o quirúrgico.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Es aquella enfermedad diagnosticada o tratada con anterioridad al ingreso al seguro. También se considera preexistente la lesión sufrida por el Asegurado por causa de un accidente ocurrido con anterioridad al inicio de vigencia de la cobertura individual del asegurado.

DÍA: Es el espacio de tiempo de veinticuatro (24) horas continuas de reclusión del Asegurado en una institución hospitalaria.

INSTITUCIÓN HOSPITALARIA: Es el establecimiento registrado y autorizado que reúne todas las condiciones exigidas por las autoridades correspondientes para el desarrollo de su objeto social, de acuerdo con la legislación Colombiana, para la atención de enfermos. No se considera como institución hospitalaria, para efectos de cobertura del amparo de la presente póliza, las instituciones mentales para tratamiento de enfermedades psiquiátricas; los lugares de reposo, convalecencia o descanso para ancianos, drogadictos o alcohólicos; los centros de cuidado intermedio; los lugares donde se proporcionan tratamientos naturalistas o de estética.

LESIÓN: Es la alteración, daño o desperfecto anatómico de cualquier parte u órgano del cuerpo humano, originado por la acción de un objeto contundente, de corte, de fuego, así como la afección patológica infecciosa o no, o por cualquier tipo de accidente que no dependa de la voluntad del asegurado.

MÉDICO: Es la persona natural que, cumpliendo los requisitos legales, está autorizada para el ejercicio de la profesión en el área clínica, quirúrgica o de apoyo diagnóstico o asistencial.

TRATAMIENTO: Es el conjunto de medios por los cuales se alivia o cura una enfermedad o lesión originada en un accidente.

CONDICIÓN CUARTA - PERSONAS ASEGURABLES.

Son personas asegurables bajo el presente amparo adicional el asegurado principal.

CONDICIÓN QUINTA - EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA.

Las edades de ingreso y permanencia para el amparo de renta diaria por hospitalización serán las siguientes, salvo que expresamente se modifiquen por condición particular mediante anexo convenido entre las partes:

Amparo	Ingreso	Permanencia
Renta Diaria por Hospitalización por Accidente o Enfermedad.	De 18 a 65 años mas 364 días	Hasta los 69 años mas 364 días

CONDICIÓN SEXTA –SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL.

La suma asegurada correspondiente a cada uno de los integrantes del grupo asegurado, se considerará individualmente de acuerdo con la forma indicada en el listado o en el certificado individual de seguro, según corresponda.

CONDICIÓN SÉPTIMA – AVISO DEL SINIESTRO, RECLAMACIÓN E INDEMNIZACIÓN.

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo el presente amparo adicional, el Tomador o Asegurado según el caso, deberá dar aviso del siniestro a LA COMPAÑÍA, dentro del mes siguiente a la fecha de la hospitalización.

Sin perjuicio de lo contemplado en el artículo 1077 del Código del Comercio, la Compañía podrá solicitar los documentos originales que prueben los días de hospitalización pagados a causa del accidente.

La hospitalización del Asegurado que comience en la vigencia de esta póliza y que se deba a la misma causa o causas relacionadas con una hospitalización anterior y por la cual se haya pagado indemnización diaria bajo este plan, sin que exista un período entre ellas de por lo menos doce (12) meses, será considerada una continuación de dicha hospitalización anterior, para efectos de determinar el período de indemnización estipulado y el máximo beneficio pagadero por la póliza.

Por el contrario, hospitalizaciones separadas por un período igual o superior a doce (12) meses y hospitalizaciones que no tengan una misma causa o causas relacionadas, no serán consideradas como ocurridas durante el mismo período de indemnización estipulado y el máximo beneficio pagadero bajo este plan.

Para la indemnización del Amparo de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente o enfermedad, se descontarán los días de deducible o periodos de carencia y se pagará la renta mencionada hasta por el número de días de hospitalización sin que exceda el número de días máximo estipulado en el certificado.

PARÁGRAFO: INDEMNIZACIÓN PARA PERSONAS MAYORES DE SESENTA Y CINCO AÑOS.

La indemnización para personas aseguradas mayores de sesenta y cinco (65) años de edad, se realizará así: durante los primeros siete (7) días de hospitalización, el beneficio diario estará limitado a la mitad de la suma estipulada en el certificado del seguro.

CONDICIÓN OCTAVA – TERMINACIÓN DE LA COBERTURA.

Ningún pago será efectuado bajo el presente amparo por rentas ocasionadas después de la terminación de la vigencia, salvo cuando el Asegurado se encuentre hospitalizado en la fecha de cancelación o de final de vigencia. En tal caso podrá disfrutar de los beneficios hasta la primera de las siguientes dos fechas:

1. Fecha salida del hospital
2. Pago de la renta máxima a que tendría derecho.

EN LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, SE APLICARÁN AL PRESENTE AMPARO, LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO. ASÍ MISMO SE REGIRÁN POR LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO

La cobertura máxima para Renta Diaria por hospitalización no excederá los 365 días, para el tratamiento respectivo.

**PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES
MODALIDAD COLECTIVA
AMPARO DE AUXILIO POR CIRUGÍA
AMBULATORIA**

01/11/2016-1305-A-36-CLACHUBB20160078

30/08/2015-1305-NT-31-APRDHFORMANT0002

EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL DE AUXILIO POR CIRUGÍA AMBULATORIA, HACE PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES, SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA INCLUIDO EN EL CUADRO DE AMPAROS DE LA SOLICITUD CERTIFICADO DE SEGURO, SUS MODIFICACIONES O RENOVACIÓN, DE ACUERDO CON EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO, QUEDANDO SUJETO A TODOS LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y EXCEPCIONES SEÑALADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE DICHO SEGURO JUNTO CON LAS QUE A CONTINUACIÓN SE ESTIPULAN.

CONDICIÓN PRIMERA – AMPARO DE AUXILIO POR CIRUGÍA AMBULATORIA.

LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ EL VALOR PACTADO, SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO ADICIONAL EL ASEGURADO POR CAUSA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD DEBE PRACTICAR UNA CIRUGÍA AMBULATORIA EN UN CENTRO MÉDICO O CENTRO DE CIRUGÍA, TAL Y COMO SE DEFINE EN LA CONDICIÓN TERCERA

CONDICIÓN SEGUNDA – EXCLUSIONES.

AL PRESENTE ANEXO SE LE APLICAN, EN LO PERTINENTE, TODAS LAS EXCLUSIONES DEL AMPARO BÁSICO Y LAS QUE A CONTINUACIÓN SE ADICIONAN:

- A. CONDICIONES MÉDICAS ORIGINADAS EN UN ACCIDENTE EXCLUIDO.
- B. CONDICIONES MÉDICAS PREEXISTENTES.
- C. HOSPITALIZACIÓN EN UN ESTABLECIMIENTO QUE NO LLENA LOS REQUISITOS DESCRITOS EN LAS CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA O QUE EL ASEGURADO NO SE ENCUENTRE BAJO LA ATENCIÓN Y CUIDADO DE UN MÉDICO AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN EN COLOMBIA.
- D. HOSPITALIZACIÓN PARA CHEQUEOS MÉDICOS DE RUTINA U OTROS EXÁMENES PREVIOS A LOS CUALES NO EXISTA INDICACIONES DE TRASTORNOS DE SALUD.

- E. LA ORIGINADA POR HOSPITALIZACIÓN POR CHEQUEOS DE CONTROL O COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y COMPLICACIONES DE POSTPARTO.
- F. NINGÚN EVENTO ORIGINADO EN EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO Y CONSULTAS MÉDICAS, FERTILIZACIÓN, TRATAMIENTOS DE BELLEZA O CIRUGÍAS CON FINES ESTÉTICOS O DE EMBELLECIMIENTO.
- G. TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS ASOCIACIONES MÉDICO CIENTÍFICAS A NIVEL MUNDIAL O AQUELLOS DE CARÁCTER EXPERIMENTAL.
- H. ENFERMEDADES FÍSICAS, MENTALES, O CUALQUIER DOLENCIA ORIGINADA EN ALGUNA ENFERMEDAD, ANOMALIA O MALFORMACIÓN CONGÉNITA Y/O TRATAMIENTOS POR DESEQUILIBRIOS MENTALES O CURAS DE REPOSO O DEL SUEÑO, VARICES CON FINES ESTÉTICOS, TRATAMIENTO PARA LA INFERTILIDAD.
- I. TODA CLASE DE EXAMEN O PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO (COMO POR EJEMPLO ENDOSCOPIA, BIOPSIAS, CATETERISMO, ETC.).
- J. TODO PROCEDIMIENTO MEDICO QUE SE REALICE CON ANESTESIA LOCAL.

PARÁGRAFO: EN TODO CASO, ESTE SEGURO NO APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES PROHÍBAN A LA COMPAÑÍA PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES.

CONDICIÓN TERCERA- DEFINICIONES.

Para efectos de interpretación de coberturas de este amparo, otorgado con el presente anexo, se definen a continuación los términos utilizados, los cuales serán interpretados cada vez que ellos aparezcan en la forma señalada a continuación:

CIRUGÍA AMBULATORIA: Es todo procedimiento quirúrgico que se realiza sin necesidad de internar el paciente por un periodo mayor de 24 horas, bajo el cuidado y supervisión de un médico, en un centro médico o centro de cirugía.

ENFERMEDAD: Significa cualquier alteración de la salud de la persona Asegurada, resultante de la acción de un agente patógeno, con relación al organismo, que conduzca a un tratamiento médico o quirúrgico.

ACCIDENTE: Es la lesión física sufrida por El Asegurado, resultante de un hecho externo, súbito, violento, ocasional e independiente de la voluntad del Asegurado.

TRATAMIENTO: Es el conjunto de medios por los cuales se alivia o cura una enfermedad o lesión originada en un accidente.

LESIÓN: Es la alteración, daño o desperfecto anatómico de cualquier parte u órgano del cuerpo humano, originado por la acción de un objeto contundente, de corte, de fuego, así como la afección patológica infecciosa o no, o por cualquier tipo de accidente que no dependa de la voluntad del asegurado.

CENTRO MÉDICO O DE CIRUGÍA

AMBULATORIA: Es una institución que tiene médicos, enfermeras y anestesiistas debidamente licenciados; por lo menos dos salas de cirugía y una sala de recuperación, Laboratorios de diagnóstico y salas de radiografías, que le permiten prestar asistencia de emergencias y se encuentran registradas y autorizadas de acuerdo a la legislación del País. No serán considerados como centros médicos o de cirugía ambulatoria, para efectos de cobertura del presente amparo, las instituciones mentales para tratamiento de enfermedades psiquiátricas; los lugares de reposo, convalecencia o descanso para ancianos, drogadictos o alcohólicos; los centros de cuidado intermedio; los lugares donde se proporcionan tratamientos naturalistas o de estética. Se considera centro de cirugía ambulatoria aquellos procedimientos especializados tales como: cirugía refractiva, fotocoagulación de retina, procedimientos terapéuticos, otorrinolaringológicos, endoscópicos, procedimientos terapéuticos con ultrasonido o similares.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: Es una intervención de cirugía la cual se realiza en la sala quirúrgica de un centro médico o centro de cirugía que cumple con los requisitos mínimos legales exigidos para tal fin, bajo el cuidado y supervisión de un médico que debe poseer licencia permanente y válida para practicar la medicina en Colombia.

Generalmente se practica como un proceso instrumental con ayudas como bisturí, pinzas, etc. Realizada en un recinto especialmente dotado de equipos que soporten la vida (respirador, máquina de anestesia, pulsoxímetro o similares equipos de reanimación) y con medidas especiales de asepsia y antisepsia y cuyo procedimiento implique la remoción de tejidos o de algún órgano y que se realiza bajo anestesia general o regional, esta última realizada por un especialista en anestesiología.

SALA DE CIRUGÍA. Es el recinto especialmente dotado de equipos que soporten la vida (respirador, máquina de anestesia, pulsoxímetro o similares, equipos de reanimación, etc.) y con medidas especiales de asepsia y antisepsia generalmente ubicado en un centro médico o centro de cirugía que cumple con los requisitos mínimos legales exigidos para tal fin, por las autoridades respectivas.

PROCEDIMIENTO MENOR: Es todo procedimiento, quirúrgico o no, que se realice con anestesia local.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Es aquella enfermedad diagnosticada o tratada con anterioridad al ingreso al seguro. También se considera preexistente la lesión sufrida por el Asegurado por causa de un accidente ocurrido con anterioridad al inicio de vigencia de la cobertura individual del asegurado.

MÉDICO: Es la persona natural que, cumpliendo los requisitos legales, está autorizada para el ejercicio de la profesión en el área clínica, quirúrgica o de apoyo diagnóstico o asistencial.

CONDICIÓN CUARTA - PERSONAS ASEGURABLES.

Son personas asegurables bajo el presente amparo adicional el asegurado principal.

CONDICIÓN QUINTA - EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA.

Las edades de ingreso y permanencia para el amparo de renta diaria por hospitalización serán las siguientes, salvo que expresamente se modifiquen por condición particular mediante anexo convenido entre las partes:

Amparo	Ingreso	Permanencia
Renta Diaria por Hospitalización por Accidente o Enfermedad.	De 18 a 65 años mas 364 días	Hasta los 69 años mas 364 días

CONDICIÓN SEXTA –SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL.

La suma asegurada correspondiente a cada uno de los integrantes del grupo asegurado, se considerará individualmente de acuerdo con la forma indicada en el listado o en el certificado individual de seguro, según corresponda.

CONDICIÓN SÉPTIMA – AVISO DEL SINIESTRO, RECLAMACIÓN E INDEMNIZACIÓN.

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo el presente amparo adicional, el Tomador o Asegurado según el caso, deberá dar aviso del siniestro a LA COMPAÑÍA, dentro del mes siguiente a la fecha de la hospitalización.

Sin perjuicio de lo contemplado en el artículo 1077 del Código del Comercio, la Compañía podrá solicitar los documentos originales que prueben la práctica de la cirugía ambulatoria.

La indemnización del amparo auxilio de cirugía ambulatoria solo se reconocerá por la COMPAÑÍA por una sola vez anual por evento.

CONDICIÓN OCTAVA – TERMINACIÓN DE LA COBERTURA.

Ningún pago será efectuado bajo el presente amparo cuando la cirugía ambulatoria se realice después de la terminación de la vigencia.

EN LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, SE APLICARÁN AL PRESENTE AMPARO, LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO. ASÍ MISMO SE REGISTRARÁN POR LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO

EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL DE HOSPITALIZACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (EXTENSIÓN DEL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN), HACE PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES, SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA INCLUIDO EN EL CUADRO DE AMPAROS DE LA SOLICITUD CERTIFICADO DE SEGURO, SUS MODIFICACIONES O RENOVACIÓN, DE ACUERDO CON EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO, QUEDANDO SUJETO A TODOS LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y EXCEPCIONES SEÑALADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE DICHO SEGURO JUNTO CON LAS QUE A CONTINUACIÓN SE ESTIPULAN.

CONDICIÓN PRIMERA AMPARO – RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (EXTENSIÓN DEL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN).

LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ EL VALOR PACTADO, SI LA HOSPITALIZACIÓN DE QUE TRATA EL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN, ES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, TAL Y COMO SE DEFINE EN LA CONDICIÓN TERCERA.

CONDICIÓN SEGUNDA – EXCLUSIONES.
AL PRESENTE ANEXO SE LE APLICAN, EN LO PERTINENTE, TODAS LAS EXCLUSIONES DEL AMPARO ADICIONAL DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN.

PARÁGRAFO: EN TODO CASO, ESTE SEGURO NO APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES PROHÍBAN A LA COMPAÑÍA PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES.

CONDICIÓN TERCERA – DEFINICIONES:

En adición a las definiciones contenidas en el amparo de Renta Diaria por Hospitalización, que le sean aplicables en lo pertinente al presente amparo, se entiende por:

UCI - UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS:

Es un servicio para la atención de pacientes, adultos o niños, críticamente enfermos, recuperables, con disponibilidad permanente de personal médico especializado en cuidados intensivos, medicina interna y cardiología; personal paramédico con adiestramiento en cuidados intensivos; equipos de ayuda diagnóstica y de complementación terapéutica electrocardiografía, monitoria cardioscópica y de presión arterial, respiradores de presión y de volumen, gasometría, oximetría, estimulación eléctrica intracardiaca (marcapasos temporales y definitivos) y equipos de desfibrinación, nebulizadores y otros.

CONDICIÓN CUARTA - PERSONAS ASEGURABLES.

Son personas asegurables bajo la presente extensión de amparo adicional, el Asegurado que tenga vigente el amparo adicional de Renta Diaria por Hospitalización de la póliza a la cual accede este amparo.

CONDICIÓN QUINTA - EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA.

Las edades de ingreso y permanencia para el amparo de renta diaria por hospitalización serán las siguientes, salvo que expresamente se modifiquen por condición particular mediante anexo convenido entre las partes:

Amparo	Ingreso	Permanencia
Hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos (Extensión del Amparo de Renta Diaria por Hospitalización).	De 18 a 65 años mas 364 días	Hasta los 69 años mas 364 días

CONDICIÓN SEXTA - SUMA ASEGURADA.

El valor asegurado será el equivalente a la suma pactada del valor establecido en el certificado de seguro para el amparo de Renta Diaria por Hospitalización, como beneficio diario por la cobertura básica, durante el periodo que la persona esté hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos, y sin exceder 8 (ocho) días.

CONDICIÓN SÉPTIMA – AVISO DEL SINIESTRO, RECLAMACIÓN E INDEMNIZACIÓN.

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo el presente amparo adicional, el Tomador o Asegurado según el caso, deberá dar aviso del siniestro a LA COMPAÑÍA, dentro del mes siguiente a la fecha de la hospitalización.

Sin perjuicio de lo contemplado en el artículo 1077 del Código del Comercio, la Compañía podrá solicitar los documentos originales que prueben los días de hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Para la indemnización de Hospitalización en la Unidad de Cuidado Intensivos la COMPAÑÍA pagará como beneficio adicional a la Renta Diaria por Hospitalización la suma pactada en el certificado individual de seguro para este amparo. El pago se realizará por día de hospitalización en la UCI máximo hasta por ocho (8) días calendario.

CONDICIÓN OCTAVA – TERMINACIÓN DE LA COBERTURA.

Los beneficios concedidos por el presente amparo adicional, terminarán para cada Asegurado individualmente considerado, al vencimiento de la anualidad más próxima a la fecha en que cumpla sesenta y nueve (69) años más 364 días, o por terminación del amparo adicional de Renta Diaria por Hospitalización o la póliza para el cual accede.

EN LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, SE APLICARÁN AL PRESENTE AMPARO, LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO. ASÍ MISMO SE REGISTRÁN POR LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO

CONDICIONES GENERALES.

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ "LA COMPAÑÍA" O "CHUBB", CON SUJECCIÓN A LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, EN LOS CERTIFICADOS QUE SE EXPIDAN EN RELACIÓN CON ELLA Y A LAS SOLICITUDES DE SEGURO (LAS CUALES SE ENTIENDEN INCORPORADAS AL PRESENTE CONTRATO), HA CONVENIDO CELEBRAR UN CONTRATO DE SEGURO QUE AMPARE HASTA EL LÍMITE ASEGURADO, ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO O EN LOS LISTADOS ENTREGADOS A LA COMPAÑÍA POR EL TOMADOR, EL RIESGO DE PÉRDIDA DE LA VIDA DEL ASEGURADO. EL CONTRATO DE SEGURO OPERA DE CONFORMIDAD CON LAS CONDICIONES Y EXCLUSIONES QUE SE DESCRIBEN A CONTINUACIÓN.

CONDICIÓN PRIMERA. - AMPARO BÁSICO - VIDA.

MEDIANTE ESTE AMPARO LA COMPAÑÍA ASUME EL RIESGO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA NO PREEXISTENTE DEL ASEGURADO, INCLUYENDO LA MUERTE PRESUNTA Y LA MUERTE POR SUICIDIO, TAL COMO SE DEFINE MÁS ADELANTE EN LA CONDICIÓN CUARTA.

CONDICIÓN SEGUNDA. – AMPAROS ADICIONALES.

EL ASEGURADO PODRÁ CONTRATAR LOS AMPAROS ADICIONALES OFRECIDOS PARA ESTA PÓLIZA, DETERMINANDO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO O EN EL CUADRO DE COBERTURAS CUAL DESEA ADQUIRIR.

LA DESCRIPCIÓN DE LOS AMPAROS ADICIONALES Y COBERTURAS SON LAS ESTIPULADAS EN LOS RESPECTIVOS ANEXOS.

LAS EXCLUSIONES ESPECIALES DE LOS AMPAROS ADICIONALES SE HARÁN CONSTAR EN EL ANEXO DE DICHO AMPARO, DEL MISMO MODO Y EN LO PERTINENTE, TAMBIÉN LES SERÁN APLICABLES LAS EXCLUSIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

CONDICIÓN TERCERA. – EXCLUSIONES GENERALES.

EL PRESENTE SEGURO NO TENDRÁ COBERTURA PARA EL AMPARO BÁSICO O PARA CUALQUIERA DE LOS AMPAROS ADICIONALES, POR CUALQUIER EVENTO QUE SEA CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

- A. ENFERMEDAD CUYO ORIGEN SE ENCUENTRE EN UNA FECHA ANTERIOR A LA DE INICIACIÓN DE VIGENCIA DEL SEGURO.
- B. EL SUICIDIO OCURRIDO CON ANTERIORIDAD A LOS DOCE (12) PRIMEROS MESES DE INICIO DE LA COBERTURA DEL SEGURO INDIVIDUALMENTE CONSIDERADO.

PARÁGRAFO: EN TODO CASO, ESTE SEGURO NO APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES PROHÍBAN A LA COMPAÑÍA PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES.

CONDICIÓN CUARTA. DEFINICIONES.

Para efectos de interpretación de esta póliza, se definen los términos utilizados, los cuales serán interpretados cada vez que ellos aparezcan, en la forma señalada a continuación:

MUERTE PRESUNTA POR

DESAPARECIMIENTO: Si no se encontrase el cuerpo del asegurado, LA COMPAÑÍA sólo pagará el seguro contratado, previa presentación de la sentencia debidamente ejecutoriada, mediante la cual el juez haya declarado la muerte presunta del asegurado.

MUERTE POR SUICIDIO: LA COMPAÑÍA asume el riesgo de muerte del asegurado como consecuencia de suicidio, solamente si este ocurre con posterioridad a los doce (12) primeros meses de vinculación del asegurado al contrato de seguro.

PREEXISTENCIA. Se entiende por enfermedad, lesión o condición preexistente, aquella patología que ha sido diagnosticada o tratada con fecha anterior a la iniciación de la vigencia del amparo de cada asegurado. También se considera preexistente la enfermedad o lesión aparente a simple vista o que por sus síntomas o signos no pudiese pasar inadvertida.

CONDICIÓN QUINTA. – TOMADOR.

Para efectos de esta póliza, en los términos del artículo 1039 del código de comercio, el Tomador es la persona que ha convenido con la COMPAÑÍA el seguro para un tercero determinado o determinable.

CONDICIÓN SEXTA.- MODALIDADES DE SEGURO Y GRUPO ASEGURADO Y ASEGURABLE.

Las pólizas de Seguro de Vida Grupo, tendrán cualquiera de las siguientes Modalidades:

- **Seguro de Grupo contributivo:** Es aquel cuya prima es sufragada, en su totalidad o en parte, por los miembros del grupo asegurado.

- **Seguro de Grupo no contributivo:** Es aquel cuya prima es sufragada, en su totalidad por el TOMADOR del Seguro.

Para efectos de este seguro se entiende por:

- **Grupo Asegurado:** Es el constituido por las personas que tienen el carácter de asegurables y se encuentran amparados por la presente póliza.

- **Grupo Asegurable:** Es el constituido por un conjunto de personas naturales, vinculadas bajo una misma personería jurídica, en virtud de una situación legal o reglamentaria, o que tengan con una tercera persona (TOMADOR) relaciones estables de la misma naturaleza, cuyo vínculo no tenga relación con el propósito único de contratar el seguro de vida.

CONDICIÓN SÉPTIMA. –REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Para obtener el amparo a que se refiere la presente póliza, toda persona debe cumplir los requisitos de asegurabilidad exigidos por LA COMPAÑÍA, tal como se indiquen en anexo o condición particular.

CONDICIÓN SÉPTIMA. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA.

Las edades de ingreso y permanencia para el amparo básico serán las siguientes, salvo que expresamente se modifiquen por condición particular mediante anexo convenido entre las partes:

Amparo	Ingreso	Permanencia
Básico de vida	De 18 a 64 años mas 364 días	Hasta los 69 años mas 364 días

CONDICIÓN OCTAVA. - VIGENCIA.

La póliza se expide bajo el plan temporal anual renovable, por el término de un año contado a partir de la fecha de iniciación de la vigencia, siempre que conforme a las condiciones generales no se revoque o termine antes.

CONDICIÓN NOVENA. - SUMA ASEGURADA, PRIMAS Y AJUSTE DE PRIMAS.

Póliza de Vida Grupo No Contributiva: El valor de la prima y el valor asegurado total o global es el que se establece en la carátula de la presente póliza; el valor asegurado total o global es el resultado de la sumatoria de los valores asegurados individuales, de conformidad con los listados o documentos entregados a la COMPAÑÍA por el Tomador con la frecuencia previamente acordada para la expedición de la póliza. El listado deberá remitirse a la COMPAÑÍA en medio magnético y contener la información detallada de cada una de las personas para las cuales se solicita su ingreso a la Póliza de Vida Grupo, tales como: Número de Documento de identidad, Nombres y apellidos, fecha de nacimiento, valor asegurado o forma de determinarlo.

La suma asegurada del amparo básico y/o de los amparos adicionales, si los hay, se considerará individualmente para cada asegurado, conforme a lo indicado en cada certificado individual de seguro, en las condiciones particulares o en los listados con valores asegurados, previa aceptación de LA COMPAÑÍA.

El incremento del valor asegurado individual de la modalidad de póliza vida grupo no contributiva, será efectivo a partir de la fecha en que dicho cambio figure en los registros internos del Tomador. No obstante, LA COMPAÑÍA podrá fijar condiciones más onerosas para la aceptación del aumento del valor asegurado individual acorde con el nuevo estado del riesgo, tanto para el amparo básico de vida como los amparos adicionales solicitados. LA COMPAÑÍA, podrá o no aceptar los valores asegurados propuestos.

Póliza de Vida Grupo Contributiva: El valor asegurado y el valor de la prima del amparo básico y de los amparos adicionales, es el establecido en el certificado individual de seguro.

El valor de la prima y/o valor asegurado se podrá reajustar anualmente, de acuerdo con lo acordado en condición particular.

Con el fin de salvaguardar el principio técnico de suficiencia de la prima LA COMPAÑÍA, podrá incrementar el valor de la prima, a través de notificación por el canal previamente autorizado a los asegurados individualmente considerados en aquellas pólizas colectivas contributivas.

CONDICIÓN DÉCIMA. - PAGO DE LA PRIMA.

Póliza de Vida Grupo No Contributiva: El Tomador es responsable del pago de la totalidad de las primas según se estipula en la caratula de la póliza.

Póliza de Vida Grupo Contributiva: Es responsabilidad de cada Asegurado integrante del grupo sufragar la totalidad de la prima según se estipula en la caratula de la póliza o el certificado individual de seguro.

Para las dos modalidades de seguro: **i)** Si llegase a ocurrir algún siniestro antes del vencimiento del plazo para el pago de la prima, la COMPAÑÍA pagará el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas y pendientes de pago, hasta completar la anualidad respectiva, **ii)** Si las primas o sus cuotas no fueran pagadas dentro del plazo, se producirá la terminación automática del contrato de seguro y la COMPAÑÍA quedará libre de toda responsabilidad respecto de los eventos que ocurran con posterioridad al vencimiento del plazo correspondiente.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA. - DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.

Corresponde a cada uno de los integrantes del grupo asegurado hacer la designación de sus propios beneficiarios. En ningún caso el Tomador puede intervenir en la designación de beneficiarios ni serlo tampoco.

Cuando no se hubiere designado beneficiario o la designación fuere ineficaz o quedare sin efecto por cualquier causa, tendrán la condición de tales, el cónyuge del respectivo Asegurado en la mitad del seguro y los herederos de éste en la otra mitad. Igual regla se aplicará en el evento de haber sido designados genéricamente como beneficiarios de Ley o los herederos del asegurado.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA. - AVISO, RECLAMACIÓN, INDEMNIZACIÓN Y PAGO DEL SINIESTRO.

En caso del fallecimiento del Asegurado que pueda dar lugar a la reclamación bajo la presente póliza, el tomador o los beneficiarios, según corresponda, deberán dar aviso a la COMPAÑÍA de la ocurrencia del siniestro, dentro del mes siguiente, a la fecha de la muerte.

Para que la COMPAÑÍA, efectúe el pago de la indemnización correspondiente a la presente póliza, los beneficiarios, según sea el caso, presentaran pruebas fehacientes, que demuestren la existencia del hecho amparado, para lo cual podrán presentar, entre otros, los siguientes documentos: Registro civil de nacimiento, Registro civil de defunción, copia documentos de identificación del Asegurado y beneficiarios.

La COMPAÑÍA podrá comprobar la veracidad y exactitud de tales pruebas, teniendo derecho y la oportunidad, de ser procedente, de efectuar investigaciones técnicas, o a través de sus médicos de examinar a la persona asegurada para los amparos que así lo ameriten, mientras se encuentre pendiente una reclamación contra el presente seguro o cualquiera de sus anexos.

La COMPAÑÍA pagará al Asegurado o a los beneficiarios, según sea el caso, la indemnización a que está obligada por la póliza y/o sus amparos adicionales, dentro del término legal de un mes, contado a partir de la fecha en que se acredite la ocurrencia del siniestro y su cuantía.

Para los amparos adicionales la COMPAÑÍA podrá indicar en los respectivos anexos los documentos que se consideren idóneos para la reclamación sin perjuicio de la libertad probatoria que tienen los beneficiarios.

El asegurado, los beneficiarios, los herederos legales o sus representantes personales, según el caso, quedarán privados de todo derecho procedente de la presente póliza, en caso de que la reclamación presentada a la COMPAÑÍA sea de cualquier manera fraudulenta o, si en apoyo de ella se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o documentos engañosos o dolosos o cualquier otro medio para sustentarla.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA. - DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE.

En el seguro de vida grupo, corresponde a cada asegurado declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo. La reticencia o la inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidos por la COMPAÑÍA la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del contrato de seguro.

En caso de presentarse alguna de las condiciones consagradas en el artículo 1058 del código de comercio, que pudiera dar lugar a las sanciones allí consagradas, éstas sólo afectarán al Asegurado que se encuentre en tal condición y no producirá efectos respecto de los demás asegurados en las pólizas colectivas.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA. - REVOCACIÓN DEL CONTRATO.

Póliza de Vida Grupo No Contributivo: El Tomador podrá revocar unilateralmente el contrato de seguro mediante aviso escrito dado a la COMPAÑÍA, siendo en todo caso responsable de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de la revocación, incluyendo las primas a prorrata por el período que comienza con el plazo de gracia y termina en la fecha de revocación.

Póliza de Vida Grupo Contributivo: Sin perjuicio de la facultad del Tomador, cada Asegurado individualmente considerado podrá solicitar la terminación de su seguro mediante aviso escrito dado a la COMPAÑÍA, siendo en todo caso responsable de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de la revocación, incluyendo las primas a prorrata por el período que comienza con el plazo de gracia y termina en la fecha de revocación.

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

El aviso de revocación deberá radicarse por escrito, en la COMPAÑÍA, y el contrato quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA.- TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL.

El seguro terminará en forma individual respecto de cualquiera de los integrantes del grupo asegurado, al presentarse alguna de las siguientes causas:

- A. Por mora en el pago de la prima de acuerdo con la condición "PAGO DE PRIMAS". Al vencimiento de
- B. la póliza si esta no se renueva, por decisión expresa de alguna de las partes. Cuando el
- C. Tomador revoque la póliza por escrito. Tratándose
- D. del seguro del cónyuge o compañero(a) permanente o cualquier otro miembro del grupo familiar si lo hubiere, cuando el Asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado o cuando se produzca su muerte o la declaratoria de muerte presunta por desaparecimiento o la declaratoria de su invalidez o incapacidad total y permanente. Cuando el Asegurado deje de
- E. pertenecer al grupo asegurado. Al cumplirse la edad máxima de permanencia de la póliza. Cuando
- F. la compañía pague la indemnización de uno o varios amparos que agoten el valor asegurado.
- G.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA.- CONVERTIBILIDAD.

Los asegurados menores de 65 años que se separen del grupo asegurado después de permanecer en el por lo menos durante (1) año continuo, tendrán derecho a ser asegurados en forma individual sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tenga en la póliza de vida grupo, pero sin beneficios adicionales, en el plan de seguro de vida individual de los que estén autorizados en otra Compañía de seguros con la cual tenga un contrato para garantizar este beneficio, siempre y cuando lo solicite dentro de los treinta (30) días comunes siguientes contados a partir de su retiro del grupo.

Si el Asegurado fallece dentro del plazo para solicitar la póliza individual, conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que ella se hubiere expedido por otra Compañía (medie o no solicitud) sus beneficiarios tendrán derecho a la prestación asegurada bajo la presente póliza, caso en el cual se deducirá de la indemnización el valor de la prima correspondiente.

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA. – INTRANSFERIBILIDAD.

La presente póliza no será transferible y por lo tanto ningún depósito, traspaso, acto o contrato semejante, podrá producir efectos respecto a la COMPAÑÍA, la cual quedará definitivamente liberada por virtud de los recibos expedidos por el Asegurado o por quienes lo representen en caso de sucesión, cuando aquel haya fallecido. Así mismo, esta cláusula será aplicable a todos los anexos que accedan la presente póliza.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA. – PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS.

De conformidad con lo establecido por la Superintendencia Financiera de Colombia, el Tomador, el Asegurado y los beneficiarios, se obligan con la Compañía a diligenciar con datos ciertos y reales el formato que para tal fin se presente y a suministrar los documentos que se soliciten como anexos, al inicio de la Póliza, a la renovación de la misma o al momento del pago del siniestro.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA. – PRESCRIPCIÓN.

La prescripción de las acciones derivadas de esta póliza y de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos (2) 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 extraordinaria será de cinco (5) años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

CONDICIÓN VIGÉSIMA. – DERECHO DE INSPECCIÓN.

La COMPAÑÍA, se reserva el derecho de inspeccionar los libros y documentos del tomador que se refieran al manejo de esta Póliza.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA. – NORMAS SUPLETORIAS.

En todo lo no previsto en las presentes condiciones específicas, este contrato se regirá por las disposiciones legales del código de comercio colombiano.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA. – NOTIFICACIONES.

Salvo el aviso de siniestro, cualquier declaración que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá consignarse por escrito y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío escrito por servicio postal autorizado en Colombia dirigido a la última dirección registrada por las partes.

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA. - DOMICILIO.

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de las partes la indicada en la Cámara de Comercio.

EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD, HACE PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES, SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA INCLUIDO EN EL CUADRO DE AMPAROS DE LA SOLICITUD DE CERTIFICADO DE SEGURO, SUS MODIFICACIONES O RENOVACIÓN, DE ACUERDO CON EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO, QUEDANDO SUJETO A TODOS LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y EXCEPCIONES SEÑALADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE DICHO SEGURO JUNTO CON LAS QUE A CONTINUACIÓN SE ESTIPULAN.

CONDICIÓN PRIMERA - AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

MEDIANTE ESTE AMPARO LA COMPAÑÍA ASUME EL RIESGO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD DEL ASEGURADO TAL COMO SE DEFINE MÁS ADELANTE EN LA CONDICIÓN TERCERA.

CONDICIÓN SEGUNDA – EXCLUSIONES.

AL AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD, EN LO PERTINENTE SE LE APLICARÁN LAS EXCLUSIONES DEL AMPARO BÁSICO Y ADICIONALMENTE NO TENDRÁ COBERTURA POR CUALQUIER EVENTO QUE SEA CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

- A. DE UNA ENFERMEDAD CUYO ORIGEN SE ENCUENTRE EN UNA FECHA ANTERIOR A LA DE INICIACIÓN DE VIGENCIA DEL SEGURO.**
- B. LESIONES CAUSADAS A SI MISMO POR EL ASEGURADO.**

PARÁGRAFO: EN TODO CASO, ESTE SEGURO NO APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES PROHÍBAN A LA COMPAÑÍA PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES.

CONDICIÓN TERCERA. DEFINICIONES.

Para efectos de interpretación de cobertura de este amparo adicional, se definen los términos utilizados, los cuales serán interpretados cada vez que ellos aparezcan, en la forma señalada a continuación:

FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

Fecha en la que se genera en el individuo una pérdida en su capacidad laboral en forma permanente y definitiva. Para cualquier contingencia, esta fecha debe documentarse con la historia clínica, los exámenes clínicos y de ayuda diagnóstica y, puede ser anterior o corresponder a la fecha de calificación.

FECHA DE CALIFICACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

Momento en el cual queda en firme el dictamen emitido por la instancia competente sobre la pérdida de la capacidad laboral del Asegurado.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: Para todos los efectos exclusivos de este amparo, se entiende como incapacidad total y permanente por accidente o enfermedad, la invalidez igual o superior al cincuenta por ciento (50%) sufrida por el Asegurado, cuya fecha de estructuración este dentro de la vigencia del seguro, originada en lesiones físicas orgánicas o alteraciones funcionales no preexistentes y no causadas intencionalmente por éste, que se encuentra debidamente calificada por cualquiera de las Juntas de Calificación de Invalidez de las que trata la Ley 100 de 1993, establecidas legalmente en el territorio nacional.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente por accidente o enfermedad, se considerará también como tal en los siguientes eventos:

- A)** La amputación total de dos o más miembros. (brazos, piernas, manos o pies).
- B)** La pérdida total e irreparable de la vista por ambos ojos.
- C)** La amputación total de un miembro y la pérdida irreparable de la vista por un ojo.
- D)** La pérdida total e irreparable de la audición o del habla.
- E)** La demencia incurable, previa declaración judicial.

PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL:

Pérdida o disminución de las habilidades, destrezas, aptitudes y/o potencialidades de orden físico, mental y social que le permiten desempeñarse en su trabajo habitual.

PORCENTAJE DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: Grado de pérdida de capacidad laboral.

PREEXISTENCIA: Se entiende por enfermedad, lesión o condición preexistente, aquella patología que ha sido diagnosticada o tratada con fecha anterior a la iniciación de la vigencia del amparo de cada asegurado. También se considera preexistente la enfermedad o lesión aparente a simple vista o que por sus síntomas o signos no pudiese pasar inadvertida.

CONDICIÓN CUARTA – PERSONAS ASEGURABLES.

Son personas asegurables bajo el presente amparo adicional el asegurado principal.

CONDICIÓN QUINTA - EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA.

Las edades de ingreso y permanencia para el amparo adicional de Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad o Accidente serán las siguientes, salvo que expresamente se modifiquen por condición particular mediante anexo convenido entre las partes:

Amparo	Ingreso	Permanencia
Incapacidad Total y Permanente por Accidente o Enfermedad	De 18 a 64 años mas 364 días	Hasta los 65 años mas 364 días

CONDICIÓN SEXTA –SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL.

La suma asegurada correspondiente a cada uno de los integrantes del grupo asegurado, se considerará individualmente de acuerdo con la forma indicada en el listado o en el certificado individual de seguro, según corresponda.

CONDICIÓN SÉPTIMA - RECLAMACIONES POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

El Asegurado deberá acreditar la ocurrencia de la Incapacidad Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, mediante el dictamen de pérdida de capacidad laboral, emitido por la Junta de Calificación de Invalidez o alguna de las entidades que de conformidad con el Sistema de Seguridad Social reglamentado por la Ley 100 de 1993.

Dicha calificación debe indicar el porcentaje de la pérdida de la capacidad laboral y la fecha de estructuración de la incapacidad total y permanente. El porcentaje de pérdida de capacidad laboral debe ser superior al cincuenta (50%).

Previo al pago de la indemnización que corresponda bajo el presente amparo adicional, LA COMPAÑÍA podrá dentro del término legal para decidir la reclamación, exigir al Asegurado pruebas fehacientes y satisfactorias sobre la existencia o persistencia de la incapacidad total y permanente.

CONDICIÓN OCTAVA – DEDUCCIONES.

La indemnización por Incapacidad Total y Permanente por Accidente o Enfermedad no es acumulable al amparo básico del seguro Accidentes Personales, y por lo tanto una vez pagada la indemnización por dicha Incapacidad Total y Permanente por Accidente o Enfermedad termina el Seguro para el Asegurado individualmente considerado.

CONDICIÓN NOVENA - TERMINACIÓN DEL AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

Los beneficios concedidos por el presente amparo adicional, terminarán para cada Asegurado individualmente considerado, al vencimiento de la anualidad más próxima a la fecha en que cumpla sesenta y cinco (65) años más 364 días, o cuando se produzca el pago de la reclamación por el amparo Básico de Vida.

EN LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, SE APLICARÁN AL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO. ASÍ MISMO SE REGISTRARÁN POR LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES, HACE PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO, SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA INCLUIDO EN EL CUADRO DE AMPAROS DE LA SOLICITUD DE CERTIFICADO DE SEGURO, SUS MODIFICACIONES O RENOVACIÓN, DE ACUERDO CON EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO, QUEDANDO SUJETO A TODOS LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y EXCEPCIONES SEÑALADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE DICHO SEGURO JUNTO CON LAS QUE A CONTINUACIÓN SE ESTIPULAN.

CONDICIÓN PRIMERA - AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES COMO ANTICIPO

MEDIANTE ESTE AMPARO LA COMPAÑÍA ASUME EL RIESGO DE DIAGNÓSTICO POR PRIMERA VEZ DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES: CÁNCER, INFARTO AL MIOCARDIO, ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR O APOPLEJÍA, TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES E INSUFICIENCIA RENAL TAL COMO SE DEFINEN MÁS ADELANTE EN LA CONDICIÓN TERCERA

PARÁGRAFO 1. PERIODO DE CARENIA.

LA COBERTURA OPERA SIEMPRE Y CUANDO LAS ENFERMEDADES DE CÁNCER, INFARTO AL MIOCARDIO, ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR O APOPLEJÍA, TRANSPLANTE DE ÓRGANOS VITALES E INSUFICIENCIA RENAL SEAN DIAGNOSTICADAS POR PRIMERA VEZ HABIENDO TRANSCURRIDO MÍNIMO NOVENTA (90) DÍAS DESDE EL INICIO DE LA VIGENCIA DEL AMPARO Y LA FECHA DEL PRIMER DIAGNÓSTICO.

CONDICIÓN SEGUNDA – EXCLUSIONES.

EL PRESENTE ANEXO SE LE APLICAN, EN LO PERTINENTE, TODAS LAS EXCLUSIONES DEL AMPARO BÁSICO DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE Y LAS QUE A CONTINUACIÓN SE ADICIONAN:

- A. NINGÚN EVENTO ORIGINADO EN SITUACIONES MÉDICAS PREEXISTENTES A LA FECHA DE VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO LA ENFERMEDAD DEBE SOBREVENIR DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y, NO SER CONSECUENCIA DE UNA AFECCIÓN ANTERIORMENTE DIAGNOSTICADA.**

- B. LOS EVENTOS CORRESPONDIENTES A SITUACIONES MÉDICAS, EN DONDE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN TRATAMIENTO, DIAGNÓSTICO, CUIDADO O CONTROL DE UN MÉDICO QUE NO POSEA LICENCIA PERMANENTE Y VÁLIDA, EXPEDIDA POR LA AUTORIDAD RESPECTIVA PARA PRACTICAR LA MEDICINA EN EL PAÍS.**

- C. LOS EVENTOS QUE DEN LUGAR A LA AFECTACIÓN DEL SEGURO COMO CONSECUENCIA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA S.I D.A.**

- D. LOS EVENTOS QUE TUVIERON ORIGEN EN TENTATIVA DE SUICIDIO DEL ASEGURADO.**

- E. EL CÁNCER DE PIEL (SALVO EL MELANOMA MALIGNO).**

- F. EL CÁNCER DE SENO Y EL CÁNCER CERVICO- UTERINO.**

- G. EL CÁNCER DE PRÓSTATA.**

PARÁGRAFO: EN TODO CASO, ESTE SEGURO NO APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES PROHÍBAN A LA COMPAÑÍA PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES.

CONDICIÓN TERCERA - DEFINICIONES.

Para efectos de interpretación de cobertura de este amparo adicional, se definen los términos utilizados, los cuales serán interpretados cada vez que ellos aparezcan, en la forma señalada a continuación:

CÁNCER: Se entiende como toda enfermedad manifestada por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por el crecimiento incontrolable, anormal de células malignas con o sin comprometer cualquier otro órgano del cuerpo, que pone en peligro la vida del Asegurado.

Dicho cáncer, debe ser diagnosticado por un médico con licencia permanente y válida para practicar la medicina, comprobado y clasificado por un médico patólogo.

INFARTO AL MIOCARDIO: Se entiende como la muerte de un grupo de células miocárdicas a consecuencia de la supresión de la circulación que les pertenece en el músculo cardíaco. Dicho infarto debe ser diagnosticado, clínica, electrocardiográfica y serológicamente.

ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR O

APOPLEJIA: Se entiende como aquel complejo sintomático, secundario a patología vascular cerebral trombótica, embólico, oclusivo y/o hemorrágico, que se manifiesta con deficiencias motoras y/o sensoriales y que producen secuelas neurológicas, por más de veinticuatro (24) horas y de naturaleza permanente, correspondientes al área lesionada y en muchos casos, con trastornos del estado de conciencia.

El accidente cerebro vascular o apoplejía debe ser diagnosticado clínicamente por un médico que posea licencia permanente y válida para practicar la medicina y debe existir evidencia de déficit neurológico permanente.

TRANSPLANTE DE ORGANOS VITALES: Se entiende como la implantación de un órgano vital, (riñón, corazón, pulmón, hígado y páncreas) proveniente de otro cuerpo humano (donante). El trasplante se entiende para efectos de este amparo como receptor y nunca como donante. El trasplante deberá ser certificado por el médico que lo practicó, quien debe poseer licencia permanente y válida para practicar la medicina y esta clase de intervenciones quirúrgicas.

INSUFICIENCIA RENAL: Se entiende como una falla crónica e irreversible de la función de ambos riñones por daño renal permanente. Como resultado de esta falla es necesario instaurar diálisis o llevar a cabo el trasplante renal.

CONDICIÓN CUARTA – PERSONAS ASEGURABLES Y REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.

Son personas asegurables bajo el presente amparo adicional el asegurado principal, siempre y cuando cumpla con los siguientes requisitos:

- A.** Tener contratado el amparo básico de la póliza de vida grupo Declaración de asegurabilidad en el
- B.** momento del ingreso
Pertenecer al colectivo asegurable
- C.**
- D.** Diligenciar y firmar la solicitud – anexo de amparo adicional

CONDICIÓN QUINTA - EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA.

Las edades de ingreso y permanencia para el amparo adicional de enfermedades graves serán las siguientes, salvo que expresamente se modifiquen por condición particular mediante anexo convenido entre las partes:

Amparo	Ingreso	Permanencia
Enfermedades Graves	De 18 a 64 años mas 364 días	Hasta los 65 años mas 364 días

CONDICIÓN SEXTA –SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL.

La suma asegurada correspondiente a cada uno de los integrantes del grupo asegurado, se considerará individualmente de acuerdo con la forma indicada en el listado o en el certificado individual de seguro, según corresponda.

CONDICIÓN SÉPTIMA - RECLAMACIONES

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo el presente amparo adicional, el Tomador o Asegurado según el caso, deberá dar aviso del siniestro a LA COMPAÑÍA, dentro del mes siguiente a la fecha de la hospitalización.

El Asegurado deberá acreditar la ocurrencia del siniestro amparado, mediante la certificación otorgada por una empresa promotora de salud, que acredite que el asegurado le ha sido diagnosticado alguna de las enfermedades cubiertas en el presente amparo. En todo caso, previo al pago de la indemnización que corresponda bajo el presente amparo adicional, LA COMPAÑÍA podrá, dentro del término legal para decidir la reclamación, exigir al Asegurado pruebas fehacientes y satisfactorias.

CONDICIÓN OCTAVA - DEDUCCIONES

La indemnización por enfermedad grave no es acumulable a la indemnización principal pagadera bajo amparo básico de la póliza de vida grupo, por lo tanto, una vez pagada la indemnización bajo el presente anexo, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por la indemnización principal en el seguro al que accede este anexo. Si el seguro es renovado, el valor asegurado del amparo principal de la póliza para la nueva vigencia se reducirá en la misma proporción.

Si la póliza a la cual accede el presente anexo contiene además el anexo de Incapacidad total y Permanente y en virtud de él, y a consecuencia de un hecho amparado en este anexo, LA COMPAÑÍA ha efectuado algún pago, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por el presente anexo.

CONDICIÓN NOVENA - TERMINACIÓN DEL AMPARO ADICIONAL DE ENFERMEDADES.

Los beneficios concedidos por el presente amparo adicional, terminarán para cada Asegurado individualmente considerado, al vencimiento de la anualidad más próxima a la fecha en que cumpla sesenta y cinco (65) años más 364 días, o cuando se produzca el pago de la reclamación por el amparo básico de la póliza de Accidentes Personales o por el anticipo del Amparo Adicional de Enfermedades Graves.

EN LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, SE APLICARÁN AL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO. ASÍ MISMO SE REGIRÁN POR LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

CONDICIONES GENERALES.

EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL ONCOLÓGICO, HACE PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES, SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA INCLUIDO EN EL CUADRO DE AMPAROS DE LA SOLICITUD CERTIFICADO DE SEGURO, SUS MODIFICACIONES O RENOVACIÓN, DE ACUERDO CON EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO, QUEDANDO SUJETO A TODOS LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y EXCEPCIONES SEÑALADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE DICHO SEGURO JUNTO CON LAS QUE A CONTINUACIÓN SE ESTIPULAN.

CONDICIÓN PRIMERA- AMPARO ADICIONAL ONCOLOGICO.

MEDIANTE ESTE AMPARO LA COMPAÑÍA ASUME EL RIESGO DEL ASEGURADO EN CASO DE PADECER DE CÁNCER DEBIDAMENTE DIAGNOSTICADO EN CUALQUIER PARTE DEL CUERPO O ESPECÍFICAMENTE CUANDO SUFRA DE CÁNCER MAMA, CERVIS O PROSTATA TAL COMO SE DEFINE MÁS ADELANTE EN LA CONDICIÓN TERCERA.

PARÁGRAFO 1. . PERÍODO DE CARENCIA.

LA COBERTURA OPERA CUANDO EL CÁNCER SEA DIAGNOSTICADO POR PRIMERA VEZ HABIENDO TRANSCURRIDO MÍNIMO NOVENTA (90) DÍAS ENTRE EL INICIO DE LA VIGENCIA DEL AMPARO Y LA FECHA DEL PRIMER DIAGNÓSTICO.

PARÁGRAFO 2. PERÍODO DE SOBREVIVENCIA.

EL PAGO SE REALIZARA SOLO SI EL ASEGURADO HA SOBREVIVIDO POR UN PERÍODO INICIAL DE TREINTA (30) DÍAS DESPUÉS DE CONFIRMADO EL DIAGNOSTICO DE CÁNCER.

CONDICIÓN SEGUNDA –EXCLUSIONES. AL PRESENTE ANEXO SE LE APLICAN, EN LO PERTINENTE, TODAS LAS EXCLUSIONES DEL AMPARO BÁSICO Y LAS QUE A CONTINUACIÓN SE ADICIONAN:

1. CUANDO EL ASEGURADO NO HA SOBREVIVIDO POR UN PERÍODO INICIAL DE TREINTA (30) DÍAS CON POSTERIORIDAD A LA CONFIRMACIÓN DEL DIAGNOSTICO DE CÁNCER.

2. NINGÚN EVENTO ORIGINADO EN SITUACIONES MÉDICAS PREEXISTENTES A LA FECHA DE VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA. POR LO TANTO LA ENFERMEDAD DEBE SOBREVENIR DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y NO SER CONSECUENCIA DE UNA AFECCIÓN ANTERIORMENTE DIAGNOSTICADA.
3. LOS EVENTOS CORRESPONDIENTES A SITUACIONES MÉDICAS, EN DONDE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN TRATAMIENTO, DIAGNÓSTICO, CUIDADO O CONTROL DE UN MÉDICO QUE NO POSEA LICENCIA PERMANENTE Y VÁLIDA EXPEDIDA POR LA AUTORIDAD RESPECTIVA PARA PRACTICAR LA MEDICINA EN EL PAÍS.
4. CUALQUIER ENFERMEDAD DISTINTA A LA SEÑALADA EN EL PRESENTE AMPARO.
5. LOS EVENTOS QUE DEN LUGAR A LA AFECTACIÓN DEL SEGURO COMO CONSECUENCIA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA S.I D.A.
6. LESIONES O PADECIMIENTOS CAUSADOS POR RADIACIÓN, REACCIÓN ATÓMICA O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.

PARÁGRAFO 1: EN ADICIÓN A LAS EXCLUSIONES SEÑALADAS EN LOS NUMERALES 1 AL 6, PARA LA COBERTURA DE CÁNCER DE MAMA, TAMPOCO HABRÁ COBERTURA POR CUALQUIER LESIÓN ENUMERADA A CONTINUACIÓN O SU EQUIVALENTE EN CUALQUIER NOMENCLATURA DIFERENTE A LA AQUÍ USADA:

- A. TODAS LAS LESIONES O CAMBIOS PRECANCEROSAS O PREMALIGNAS.
- B. CARCINOMA LOBULAR NO INFILTRANTE.
- C. CARCINOMA INTRACANALICULAR NO INFILTRANTE.
- D. CARCINOMA DE GLÁNDULAS SUDORÍPARAS QUE NACEN DENTRO DE LA MAMA.
- E. CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS QUE NACEN DENTRO DE LA MAMA.

PARÁGRAFO 2: EN ADICIÓN A LAS EXCLUSIONES SEÑALADAS EN LOS NUMERALES 1 AL 6, PARA LA COBERTURA DE CÁNCER DE CÉRVIX, TAMPOCO HABRÁ COBERTURA POR CUALQUIER LESIÓN ENUMERADA A CONTINUACIÓN O SU EQUIVALENTE EN CUALQUIER NOMENCLATURA DIFERENTE A LA AQUÍ USADA:

- A. TODAS LAS LESIONES O CAMBIOS PRECANCEROSAS O PREMALIGNAS.
- B. LESIÓN INTRAEPITELIAL ESCAMOSA.
- C. ISPLASIA LEVE, MODERADA O SEVERA.

PARÁGRAFO 3: EN ADICIÓN A LAS EXCLUSIONES SEÑALADAS EN LOS NUMERALES 1 AL 6, PARA LA COBERTURA DE CÁNCER DE PRÓSTATA, TAMPOCO HABRÁ COBERTURA POR CUALQUIER LESIÓN ENUMERADA A CONTINUACIÓN O SU EQUIVALENTE EN CUALQUIER NOMENCLATURA DIFERENTE A LA AQUÍ USADA:

- A. LESIONES PRECANCEROSAS.
- B. ANEOPLASIA PROSTÁTICA INTRAEPITELIAL (PIN) DE ALTO Y BAJO GRADO
- C. PATOLOGÍAS SOSPECHOSAS O ATIPIAS CELULARES (DEFORMACIÓN CELULAR INICIAL QUE NO LLEGA A LA MALIGNIDAD).

PARÁGRAFO: EN TODO CASO, ESTE SEGURO NO APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES PROHÍBAN A LA COMPAÑÍA PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES.

CONDICIÓN TERCERA- DEFINICIONES.

Para efectos de interpretación de cobertura de este amparo adicional, se definen los términos utilizados, los cuales serán interpretados cada vez que ellos aparezcan, en la forma señalada a continuación:

DIAGNÓSTICO Procedimiento realizado por un médico y por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier estado de salud o enfermedad. El diagnóstico debe ser confirmado por evidencias aceptables clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio

MÉDICO: Es la persona natural que, cumpliendo los requisitos legales, está autorizada para el ejercicio de la profesión en el área clínica, quirúrgica o de apoyo diagnóstico o asistencial.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Es aquella enfermedad diagnosticada o tratada con anterioridad al ingreso al seguro.

CÁNCER DE MAMA: Es el crecimiento anormal de células (Tumor) histológicamente clasificadas como tejido mamario (Estructuras Glandulares o Caniculares de la glándula mamaria) de características malignas (Cancerosas), determinadas por el estudio histopatológico y que cumplan con las características de malignidad celular como son la invasión (Infiltración) de tejidos normales, el crecimiento sin control, sin orden y la difusión se podría considerar a otros órganos con o sin metástasis

Sinónimos: Para todos los efectos del amparo se consideran sinónimos de cáncer de mama los siguientes:

Cáncer de Seno
Cáncer Mamario
Cáncer de mama de acuerdo a resultados Histopatológicos.
Carcinoma Lobular
Carcinoma Escirroso Fibroplástico
Carcinoma Medular
Carcinoma Coloide o Mucoso
Enfermedad de Paget (Carcinoma Canalicular que se propaga a la piel)
Carcinoma Canalicular o de Conductos
Carcinoma Lobulillar

CÁNCER DE CERVIX: Es el crecimiento anormal de células (Tumor) histológicamente clasificadas como tejido del cuello uterino de características malignas (Cancerosas), determinadas por el estudio histopatológico y que cumplan con las características de malignidad celular como son la invasión (Infiltración) de tejidos normales, el crecimiento sin control, sin orden y la difusión se podría considerar a otros órganos con o sin metástasis.

Sinónimos: Para todos los efectos del amparo se consideran sinónimos de cáncer de cérvix los siguientes:

Cáncer Cervicouterino
Cáncer de Cérvix
Cáncer de Cuello Uterino
Cáncer Cervical Invasor
Tumor Maligno de Cérvix

CÁNCER DE PRÓSTATA: Es el crecimiento anormal de células (Tumor) histológicamente clasificadas como tejido prostático de características malignas (Cancerosas), determinadas por el estudio histopatológico y que cumplan con las características de malignidad celular como son la invasión (Infiltración) de tejidos normales, el crecimiento sin control, sin orden y la difusión se podría considerar a otros órganos con o sin metástasis.

CONDICIÓN CUARTA – PERSONAS ASEGURABLES Y REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.

Son personas asegurables bajo el presente amparo adicional el asegurado principal, siempre y cuando cumpla con los siguientes requisitos:

- A. Tener contratado la Póliza de Accidentes Personales
- B. Declaración de asegurabilidad en el momento del ingreso
- C. Pertenecer al colectivo asegurable
- D. Diligenciar y firmar la solicitud – anexo de amparo adicional.

CONDICIÓN QUINTA - EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA.

Las edades de ingreso y permanencia para el amparo adicional Oncológico serán las siguientes, salvo que expresamente se modifiquen por condición particular mediante anexo convenido entre las partes:

Amparo	Ingreso	Permanencia
Oncológico	De 18 a 60 años mas 364 días	Hasta los 65 años mas 364 días

CONDICIÓN SEXTA –SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL.

La suma asegurada correspondiente a cada uno de los integrantes del grupo asegurado, se considerará individualmente de acuerdo con la forma indicada en el listado o en el certificado individual de seguro, según corresponda.

CONDICIÓN SÉPTIMA – RECLAMACIONES AMPARO ADICIONAL ONCOLÓGICO.

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo el presente amparo adicional, el Tomador o Asegurado según el caso, deberá dar aviso del siniestro a LA COMPAÑÍA, dentro del mes siguiente a la fecha de la hospitalización.

El Asegurado deberá acreditar la ocurrencia del diagnóstico de cáncer en cualquier parte del cuerpo y específicamente cuando sufra de cáncer mama, cérvix o próstata, pudiendo utilizar para ello los medios probatorios admitidos en la ley colombiana y en especial los siguientes:

- 1. Formulario de reclamación suministrado por LA COMPAÑÍA
- 2. Registro Civil de Nacimiento
- 3. Certificación médica emitida por el profesional que diagnosticó el cáncer, junto con los exámenes clínicos, radiológicos, histológicos y de laboratorio que respalden el diagnóstico

- 4. Copia del ECO
- 5. Resultado de Hispatológico
- 6. Para los casos de cáncer de mama y cáncer de cérvix aportar el resultado citológico
- 7. Para el caso de cáncer de mama aportar la mamografía y para el cáncer de próstata aportar el antígeno prostático.
- 8. Copia de la historia clínica completa

Previo al pago de la indemnización que corresponda bajo el presente amparo adicional, LA COMPAÑÍA podrá dentro del término legal para decidir la reclamación, exigir al Asegurado pruebas fehacientes y satisfactorias sobre la existencia o persistencia de la incapacidad total y permanente.

CONDICIÓN OCTAVA - TERMINACIÓN DEL AMPARO ADICIONAL ONCOLÓGICO.

Los beneficios concedidos por el presente amparo adicional, terminarán para cada Asegurado individualmente considerado, al vencimiento de la anualidad más próxima a la fecha en que cumpla sesenta y cinco (65) años más 364 días, o cuando se produzca el pago de la reclamación por el amparo básico de la póliza de accidentes personales, o del Amparo Adicional oncológico.

EN LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, SE APLICARÁN AL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO. ASÍ MISMO SE REGISTRARÁN POR LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO

Período de Carencia: No obstante lo consignado en el paragrafo 1 de la condicion primera se aclara que el periodo de carencia opera cuando el cáncer sea diagnosticado por primera vez habiendo transcurrido minimo sesenta (60) días entre el inicio de la vigencia del amparo y la fecha del primer diagnóstico.

EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL POR FRACTURA DE HUESOS, HACE PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES, SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA INCLUIDO EN EL CUADRO DE AMPAROS DE LA SOLICITUD CERTIFICADO DE SEGURO, SUS MODIFICACIONES O RENOVACIÓN, DE ACUERDO CON EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO, QUEDANDO SUJETO A TODOS LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y EXCEPCIONES SEÑALADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE DICHO SEGURO JUNTO CON LAS QUE A CONTINUACIÓN SE ESTIPULAN.

CONDICIÓN PRIMERA – AMPARO ADICIONAL POR FRACTURA DE HUESOS.

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO QUE PROVOQUE O CAUSE EN UN SOLO EVENTO LA FRACTURA O VARIAS FRACTURAS DE ALGÚN HUESO Y DENTRO DE LOS 90 DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DEL MISMO, EL ASEGURADO SE VIERA PRECISADO A SOMETERSE A TRATAMIENTO MÉDICO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, A HOSPITALIZARSE, SERVICIOS DE ENFERMERA, MEDICINAS Y ESTUDIOS DE LABORATORIO, LA COMPAÑÍA, PREVIA COMPROBACIÓN, REEMBOLSARÁ HASTA EL MONTO CONTRATADO COMO SUMA ASEGURADA QUE APARECE INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO.

PARÁGRAFO 1. LA SUMA ASEGURADA PARA ESTA COBERTURA SERÁ POR ACCIDENTE, POR LO QUE LA COBERTURA FINALIZARÁ AUTOMÁTICAMENTE RESPECTO A CADA UNO DE LOS ASEGURADOS AL AGOTARSE LA SUMA ASEGURADA ESTABLECIDA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

PARÁGRAFO 2. LA COBERTURA AMPARARÁ HASTA UN EVENTO POR AÑO PÓLIZA DE CADA ASEGURADO, SIEMPRE Y CUANDO LA PÓLIZA SE ENCUENTRE EN VIGOR Y SE ENCUENTRE AL DÍA EL PAGO DE LA PRIMA AL MOMENTO DE OCURRIR EL ACCIDENTE.

PARÁGRAFO 3. SE ENTIENDE POR FRACTURA DE HUESO LA DISCONTINUIDAD EN LOS HUESOS A CONSECUENCIA DE GOLPES, FUERZAS O INTENSIDADES QUE SUPEREN LA ELASTICIDAD DEL HUESO.

CONDICIÓN SEGUNDA – EXCLUSIONES.

AL PRESENTE ANEXO SE LE APLICAN, EN LO PERTINENTE, TODAS LAS EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA DE ACCIDENTES, Y LAS QUE A CONTINUACIÓN SE ADICIONAN ADEMÁS DE LAS MENCIONADAS EN LA PRESENTE PÓLIZA SE ENCONTRARÁN EXCLUIDAS:

- A. FRACTURAS DEBIDAS U OCASIONADAS POR EL DESGASTE NATURAL DE LOS HUESOS LLAMADO OSTEOPOROSIS.
- B. FRACTURAS PATOLÓGICAS, QUE SE PRESENTAN EN PERSONAS SANAS CON ALGUNA ENFERMEDAD DE BASE QUE CAUSA DEBILITAMIENTO DE LA ESTRUCTURA OSEA.
- C. FRACTURAS PROVOCADAS POR FUERZAS REPETITIVAS, OCASIONADAS POR ACTIVIDADES O DEPORTES TALES COMO CORRER, TENIS U OTRO TIPO DE ACTIVIDAD SIMILAR.

PARÁGRAFO: EN TODO CASO, ESTE SEGURO NO APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES PROHÍBAN A LA COMPAÑÍA PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES.

CONDICIÓN TERCERA - PERSONAS ASEGURABLES.

Son personas asegurables bajo el presente amparo adicional el asegurado principal.

CONDICIÓN CUARTA - EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA.

Las edades de ingreso y permanencia para el Amparo Adicional Por Fractura de Huesos serán las siguientes, salvo que expresamente se modifiquen por condición particular mediante anexo convenido entre las partes:

Amparo	Ingreso	Permanencia
Amparo Adicional por Fractura de Huesos	De 18 a 65 años mas 364 días	Hasta los 69 años mas 364 días

CONDICIÓN QUINTA –SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL.

La suma asegurada correspondiente a cada uno de los integrantes del colectivo asegurado, se considerará individualmente de acuerdo con la forma indicada en el listado o en el certificado individual de seguro, según corresponda.

CONDICIÓN SEXTA – AVISO DEL SINIESTRO, RECLAMACIÓN E INDEMNIZACIÓN.

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo el presente amparo adicional, el Tomador o Asegurado según el caso, deberá dar aviso del siniestro a LA COMPAÑÍA, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de la hospitalización.

Para que LA COMPAÑÍA proceda al pago de la indemnización por el presente amparo, el Asegurado, deberá acreditar la ocurrencia del siniestro, aportando los documentos que demuestren las condiciones establecidas en el presente amparo.

CONDICIÓN SÉPTIMA – TERMINACIÓN DE LA COBERTURA.

Los beneficios concedidos por el presente amparo adicional, terminarán para cada Asegurado individualmente considerado, al vencimiento de la anualidad más próxima a la fecha en que cumpla setenta (69) años más 364 días o por terminación de la Póliza de Accidentes Personales a la cual accede este amparo.

EN LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, SE APLICARÁN AL PRESENTE AMPARO, LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO ASÍ MISMO SE REGIRÁN POR LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE, HACE PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES, SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA INCLUIDO EN EL CUADRO DE AMPAROS DE LA SOLICITUD CERTIFICADO DE SEGURO, SUS MODIFICACIONES O RENOVACIÓN, DE ACUERDO CON EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO, QUEDANDO SUJETO A TODOS LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y EXCEPCIONES SEÑALADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE DICHO SEGURO JUNTO CON LAS QUE A CONTINUACIÓN SE ESTIPULAN.

CONDICIÓN PRIMERA – AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE

LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ EL VALOR PACTADO, SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO ADICIONAL EL ASEGURADO POR CAUSA DE ACCIDENTE ES INCAPACITADO TOTAL Y TEMPORALMENTE IMPIDIÉNDOLE DESARROLLAR DURANTE EL TIEMPO DE INCAPACIDAD LAS LABORES PROPIAS DE SU PROFESIÓN U OFICIO.

CONDICIÓN SEGUNDA – EXCLUSIONES.

EN ADICIÓN A LAS EXCLUSIONES ESTABLECIDAS PARA LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES A LA QUE ACCEDE EL PRESENTE ANEXO, ÉSTE NO AMPARA LA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE QUE NO SEA EXPEDIDA POR UN MÉDICO ADSCRITO A UN SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.

PARÁGRAFO: EN TODO CASO, ESTE SEGURO NO APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES PROHÍBAN A LA COMPAÑÍA PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES.

CONDICIÓN TERCERA – DEFINICIONES.

Para efectos de interpretación de coberturas de este amparo, otorgado con el presente anexo, se definen a continuación los términos utilizados, los cuales serán interpretados cada vez que ellos aparezcan en la forma señalada a continuación:

ACCIDENTE: Es la lesión física sufrida por el Asegurado, resultante de un hecho externo, súbito, violento, ocasional e independiente de la voluntad del Asegurado.

MÉDICO: Es la persona natural que, cumpliendo los requisitos legales, está autorizada para el ejercicio de la profesión en el área clínica, quirúrgica o de apoyo diagnóstico o asistencial.

CONDICIÓN CUARTA - PERSONAS ASEGURABLES.

Son personas asegurables bajo el presente amparo adicional el asegurado principal.

CONDICIÓN QUINTA - EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA.

Las edades de ingreso y permanencia para el Amparo Adicional de Incapacidad Total Temporal por Accidente serán las siguientes, salvo que expresamente se modifiquen por condición particular mediante anexo convenido entre las partes:

Amparo	Ingreso	Permanencia
Amparo Adicional de Incapacidad Total Temporal por Accidente	De 18 a 64 años mas 364 días	Hasta los 65 años mas 364 días

CONDICIÓN SEXTA –SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL.

La suma asegurada correspondiente a cada uno de los integrantes del colectivo asegurado, se considerará individualmente de acuerdo con la forma indicada en el listado o en el certificado individual de seguro, según corresponda.

CONDICIÓN SÉPTIMA – AVISO DEL SINIESTRO, RECLAMACIÓN E INDEMNIZACIÓN.

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo el presente amparo adicional, el Tomador o Asegurado según el caso, deberá dar aviso del siniestro a LA COMPAÑÍA, dentro del mes siguiente a la fecha de la hospitalización.

Sin perjuicio de lo contemplado en el artículo 1077 del Código del Comercio, la Compañía podrá solicitar los documentos originales que prueben los días de hospitalización pagados a causa del accidente.

Para que LA COMPAÑÍA proceda al pago de la indemnización por el presente amparo, el asegurado deberá acreditar la ocurrencia del siniestro, aportando los documentos que demuestren las condiciones establecidas en el presente amparo, lo cual podrá hacer mediante certificación expedida por el médico tratante, con registro médico, en donde conste resumen de la atención médica, diagnóstico, y el soporte de la incapacidad médica expedida por el médico tratante de la EPS respectiva que acredite que el asegurado se encuentra incapacitado.

Para efectos de indemnización del amparo de incapacidad total temporal por accidente, se descontarán los días de deducible o periodos de carencia y se pagará hasta por el número de días de incapacidad sin que exceda el número de días máximo estipulado en el certificado.

Esta incapacidad, le deberá impedir al asegurado temporalmente continuar laborando. LA COMPAÑÍA se reserva la facultad de comprobar la veracidad y exactitud de las pruebas que para tal efecto se aporten.

CONDICIÓN OCTAVA – TERMINACIÓN DE LA COBERTURA.

Ningún pago será efectuado bajo el presente amparo por Incapacidades expedidas después de la terminación de la vigencia.

EN LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, SE APLICARAN AL PRESENTE AMPARO, LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO. ASÍ MISMO SE REGIRÁN POR LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO

CONDICIONES GENERALES

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ "LA COMPAÑÍA" o "CHUBB", CON SUJECCIÓN A LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, EN LOS CERTIFICADOS QUE SE EXPIDAN EN APLICACIÓN DE ELLA Y LAS SOLICITUDES DE SEGURO, TODAS LAS CUALES SE ENTIENDEN INCORPORADAS AL PRESENTE CONTRATO, HA CONVENIDO CELEBRAR UN CONTRATO DE SEGURO DE SUSTRACCIÓN EN CAJEROS AUTOMÁTICOS, DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

CONDICIÓN PRIMERA. COBERTURA:

CON SUJECCIÓN A LO EXPRESADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, O EN LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE SEGURO, CADA ASEGURADO PODRÁ TENER UNO O MÁS DE LOS SIGUIENTES AMPAROS, CON SUJECCIÓN AL LÍMITE ASEGURADO:

1. AMPARO DE SUSTRACCIÓN DE DINEROS RETIRADOS DE CAJEROS ELECTRÓNICOS

BAJO ESTA COBERTURA SE AMPARA EL DAÑO PATRIMONIAL QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO LE SEA SUSTRÁIDO EL DINERO QUE HUBIERE RETIRADO DE UN CAJERO AUTOMÁTICO, COMO TITULAR DE LA TARJETA DE CRÉDITO O DÉBITO AMPARADA, SIEMPRE QUE: (i) LA SUSTRACCIÓN OCURRA DENTRO DE LAS DOS (2) HORAS SIGUIENTES AL RETIRO DEL DINERO DEL CAJERO AUTOMÁTICO; Y (ii) QUE LA SUSTRACCIÓN SEA COMETIDA MEDIANTE EL USO DE FUERZA O VIOLENCIA CONTRA EL ASEGURADO, EN ESTADO DE INDEFENSIÓN O BAJO EL EFECTO DE DROGAS TÓXICAS O ALUCINÓGENOS.

ESTE AMPARO CUBRE LA SUSTRACCIÓN, BAJO LAS CONDICIONES ANTES DEFINIDAS, CUANDO EL DINERO SEA RETIRADO DEL CAJERO AUTOMÁTICO POR TERCEROS QUE HAYAN OBLIGADO AL ASEGURADO –MEDIANTE EL USO DE FUERZA O VIOLENCIA O BAJO ESTADO DE INDEFENSIÓN O SUMINISTRÁN-DOLE ALUCINÓGENOS O DROGAS TÓXICAS– A ENTREGAR LA TARJETA Y SU CORRESPONDIENTE CLAVE. PARA LOS EFECTOS DE ESTE AMPARO SE ENTIENDE QUE SE EJERCE FUERZA O VIOLENCIA AL ASEGURADO CUANDO LOS TERCEROS LO RETIENEN BAJO LA AMENAZA DE HACERLE DAÑO A ÉL O A UN TERCERO.

2. AMPARO POR PÉRDIDAS ORIGINADAS EN MANIPULACIÓN DE CAJEROS ELECTRÓNICOS

BAJO ESTA COBERTURA SE AMPARA EL DAÑO PATRIMONIAL QUE SUFRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE MANIPULACIÓN INDEBIDA DE CAJEROS ELECTRÓNICOS, POR PARTE DE TERCEROS MEDIANTE LA COLOCACIÓN DE OBJETOS EXTRAÑOS EN LA LECTORA DE LAS TARJETAS O EN EL DISPENSADOR DE DINERO DE LOS CAJEROS ELECTRÓNICOS DE CUALQUIER RED, CON EL OBJETO DE APROPIARSE DE DINEROS DEL ASEGURADO TITULAR DE LA TARJETA DE CRÉDITO O DÉBITO AMPARADA, DE TAL MANERA QUE EL TARJETAHABIENTE NO PUEDA COMPLETAR SU TRANSACCIÓN, SIENDO ESTA FINALIZADA POR UN TERCERO, DEBITANDO O CARGANDO LOS DINEROS QUE EL ASEGURADO PRETENDÍA RETIRAR, CUANDO TAL TRANSACCIÓN NO SEA RESPONSABILIDAD DEL BANCO O DE LA RED DE CAJEROS ELECTRÓNICOS.

3. AMPARO POR SUSTRACCIÓN DE BIENES O MERCANCÍAS ADQUIRIDAS MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE TARJETAS DE CRÉDITO O DÉBITO AMPARADAS

BAJO ESTA COBERTURA SE AMPARA EL DAÑO PATRIMONIAL QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO LE SEAN SUSTRÁIDOS BIENES O MERCANCÍAS ADQUIRIDOS MEDIANTE EL USO DE UNA TARJETA DE CRÉDITO O DÉBITO AMPARADA SIEMPRE QUE: (i) SEAN COMPRADAS POR EL ASEGURADO EN CUALQUIER ESTABLECIMIENTO COMERCIAL HABILITADO PARA TAL EFECTO, CON DATÁFONO O EQUIPO TRANSMISOR DE DATOS ELECTRÓNICOS; (ii) LA SUSTRACCIÓN OCURRA DENTRO DE LAS DOS (2) HORAS SIGUIENTES A LA COMPRA; Y (iii) QUE LA SUSTRACCIÓN SEA COMETIDA MEDIANTE EL USO DE FUERZA O VIOLENCIA CONTRA EL ASEGURADO, EN ESTADO DE INDEFENSIÓN O BAJO EL EFECTO DE DROGAS TÓXICAS O ALUCINÓGENOS.

4. AMPARO POR DAÑOS MATERIALES ACCIDENTALES:

BAJO ESTA COBERTURA SE AMPARA EL DAÑO PATRIMONIAL QUE SUFRA EL ASEGURADO, COMO CONSECUENCIA DE DAÑOS MATERIALES ACCIDENTALES SUFRIDOS POR LOS BIENES O MERCANCÍAS ADQUIRIDAS MEDIANTE EL USO DE UNA TARJETA DÉBITO Y/O CRÉDITO AMPARADA, SIEMPRE QUE:

(i) SE TRATE DE UN BIEN MUEBLE ADQUIRIDO POR EL ASEGURADO EN CUALQUIER ESTABLECIMIENTO COMERCIAL HABILITADO PARA TAL EFECTO, CON DATÁFONO O EQUIPO TRANSMISOR DE DATOS ELECTRÓNICOS, Y (ii) EL DAÑO ACCIDENTAL TENGA LUGAR DENTRO DE LOS TRES (3) MESES CALENDARIO A PARTIR DE LA FECHA DE ADQUISICIÓN DEL BIEN.

POR DAÑO ACCIDENTAL SE ENTIENDE AQUEL PROVENIENTE DE SUCESOS EVENTUALES, SÚBITOS E IMPREVISTOS, O DE ACCIONES U OMISIONES INVOLUNTARIAS, QUE RESULTEN LESIVAS A LOS BIENES ASEGURADOS.

5. AMPARO POR EXTRAVÍO O SUSTRACCIÓN DE TARJETA

BAJO ESTA COBERTURA SE AMPARA EL DAÑO PATRIMONIAL QUE SUFRA EL ASEGURADO, POR EL USO INDEBIDO O FRAUDULENTO POR PARTE DE UN TERCERO, PERSONA DISTINTA AL TITULAR DE LA TARJETA O TARJETAS DÉBITO Y/O CRÉDITO AMPARADAS, CUANDO DICHAS TARJETAS LE HAYAN SIDO SUSTRÁIDAS AL ASEGURADO O SE LE HUBIEREN EXTRAVIADO A ÉSTE. PARA QUE ESTA COBERTURA OPERE SE REQUIERE QUE EL USO INDEBIDO O FRAUDULENTO SE HAYA EFECTUADO DENTRO DE LAS CUARENTA Y OCHO (48) HORAS ANTERIORES A LA NOTIFICACIÓN A LA ASEGURADORA DE LA SUSTRACCIÓN O EXTRAVÍO, SIN EXCEDER EL LÍMITE ASEGURADO ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y EN CADA CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO. LA COBERTURA ANTES DESCRITA SE EXTIENDE, BAJO LAS MISMAS CONDICIONES DE ESTE AMPARO, A LOS ACTOS INDEBIDOS O FRAUDULENTOS A PARTIR DE LOS CUALES SE ADQUIERAN O ARRIENDEN BIENES O SERVICIOS A TRAVÉS DE LA RED MUNDIAL O INTERNET.

6. AMPARO POR ADULTERACIÓN O CLONACIÓN DE LAS TARJETAS DÉBITO Y/O CRÉDITO AMPARADAS.

BAJO ESTA COBERTURA SE AMPARA EL DAÑO PATRIMONIAL QUE SUFRA EL ASEGURADO, COMO CONSECUENCIA DE ADULTERACIÓN O CLONACIÓN DE UNA TARJETA DÉBITO O CRÉDITO AMPARADA, A TRAVÉS DE LA CONFECCIÓN FÍSICA DE UNA TARJETA QUE HA SIDO ESTAMPADA EN RELIEVE O IMPRESO PARA DAR A ENTENDER QUE ES LA TARJETA DE CRÉDITO Y/O DÉBITO AMPARADA, SIN SERLO, BIEN PORQUE EL ASEGURADO NO AUTORIZÓ EL IMPRESO EN RELIEVE DE DICHA TARJETA O QUE HA SIDO EMITIDA VÁLIDAMENTE POR EL EMISOR, PERO POSTERIORMENTE HA SIDO ALTERADA O MODIFICADA DE ALGUNA MANERA SIN EL CONSENTIMIENTO DEL ASEGURADO.

PARA EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO, NO SE CONSIDERARÁ ADULTERACIÓN FÍSICA DE LA TARJETA, EL USO QUE SE HAGA DE LA NUMERACIÓN DE LA MISMA A TRAVÉS DE INTERNET.

7. AMPARO POR ADULTERACIÓN DE LA BANDA MAGNÉTICA DE LAS TARJETAS DÉBITO Y/O CRÉDITO AMPARADAS:

BAJO ESTA COBERTURA SE AMPARA EL DAÑO PATRIMONIAL QUE SUFRA EL ASEGURADO, EN EL EVENTO DE QUE UN TERCERO REALICE LA ADULTERACIÓN, MODIFICACIÓN O COPIA DE LA BANDA MAGNÉTICA DE LA TARJETA DE CRÉDITO Y/O DÉBITO AMPARADA, Y QUE, CONCOMITANTEMENTE A ELLO, LLEVE A CABO TRANSACCIONES FRAUDULENTAS A TRAVÉS DE LOS MEDIOS DE AUTORIZACIÓN Y/O CAPTURA ELECTRÓNICA CON CARGO A LA TARJETA DÉBITO Y/O CRÉDITO.

8. AMPARO DE EXTRAVÍO DE DOCUMENTOS PERSONALES

BAJO ESTA COBERTURA SE AMPARA EL DAÑO PATRIMONIAL QUE SUFRA EL ASEGURADO EN EL EVENTO QUE, COMO CONSECUENCIA DEL EVENTO ACAECIDO, EL HURTO CALIFICADO, PÉRDIDA O EXTRAVÍO DE DOCUMENTOS COMO LA LICENCIA DE CONDUCCIÓN, LA CÉDULA DE CIUDADANÍA O LA LIBRETA MILITAR. LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ EL MONTO DE LA PÉRDIDA HASTA EL LÍMITE ESTABLECIDO EN EL PLAN CONTRATADO.

CONDICIÓN SEGUNDA. EXCLUSIONES: NO SON OBJETO DE COBERTURA LAS PÉRDIDAS:

1. QUE EL ASEGURADO PUEDA COBRAR U OBTENER REEMBOLSO DE CUALQUIER PERSONA QUE HAYA ACORDADO ACEPTAR COMO MEDIO DE PAGO LAS TARJETAS DE CRÉDITO O DÉBITO AMPARADAS O DE CUALQUIER INSTITUCIÓN FINANCIERA, ASOCIACIÓN DE EMISORES DE TARJETAS O CÁMARA DE COMPENSACIÓN QUE REPRESENTA AL TOMADOR O ASEGURADO.
2. ORIGINADAS EN INTERESES O PÉRDIDAS FINANCIERAS CORRESPONDIENTES A DESCUENTOS DE CUALQUIER PERSONA, ENTIDAD O CORPORACIÓN QUE HAYA ACORDADO ACEPTAR COMO MEDIO DE PAGO, LAS TARJETAS DE CRÉDITO O DÉBITO AMPARADAS.
3. CUANDO EL CÓNYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE O CUALQUIER PARIENTE DEL ASEGURADO DENTRO DEL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO DE AFINIDAD O ÚNICO CIVIL O CUALQUIER

- EMPLEADO O AMIGO DEL ASEGURADO, SEA AUTOR O CÓMPICE DEL HECHO QUE DA ORIGEN A LA PÉRDIDA.
4. CUANDO EL HECHO QUE DA ORIGEN A LA PÉRDIDA SEA EJECUTADO AL AMPARO DE SITUACIONES CREADAS POR:
 - a. INCENDIO, EXPLOSIÓN, TERREMOTO, TEMBLOR, ERUPCIÓN VOLCÁNICA, TIFÓN, HURACÁN, TORNADO, CICLÓN, FUEGO SUBTERRÁNEO, INUNDACIÓN, RAYO U OTRA CONVULSIÓN DE LA NATURALEZA.
 - b. GUERRA INTERNACIONAL, CIVIL O ACTOS PERPETRADOS POR MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS O FUERZAS EXTRANJERAS, AMIT, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS, REBELIÓN, SEDICIÓN, USURPACIÓN Y RETENCIÓN ILEGAL DE MANDO.
 - c. ASONADA, MOTÍN O CONMOCIÓN CIVIL O POPULAR, HUELGA, CONFLICTOS COLECTIVOS DE TRABAJO O SUSPENSIÓN DE LABORES Y DISTURBIOS.
 5. PROVENIENTES DE LA MALA FE DE LOS EMPLEADOS DEL TOMADOR, YA SEA SOLOS O EN ASOCIACIÓN CON TERCEROS.
 6. DERIVADAS DE ACTOS FRAUDULENTOS DE LAS ENTIDADES EMISORAS DE TARJETAS DE CRÉDITO O DÉBITO AMPARADAS, SUS EMPLEADOS O DEPENDIENTES O DE SUS TARJETAHABIENTES, RESPECTO DE SUS TARJETAS O DE PERSONAS AUTORIZADAS.
 7. CONSECUENCIALES, INCLUIDA PERO NO LIMITADA A INTERRUPCIÓN DE NEGOCIOS, DEMORA, LUCRO CESANTE, RETRASOS, PÉRDIDA DE MERCADO O SIMILARES.
 8. RELACIONADAS CON CONSIGNACIÓN DE COMPROBANTES O PAGARÉS DE VENTA CON DEMORA SUPERIOR AL PLAZO ASIGNADO AL ESTABLECIMIENTO. DICHO PLAZO EN NINGÚN CASO PODRÁ SER SUPERIOR A TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE LA TRANSACCIÓN.
 9. POR DOLO Y/O CULPA GRAVE DEL ASEGURADO.
 10. RELACIONADAS CON COMPROBANTES O PAGARÉS DE VENTA EN LOS QUE EL CÓDIGO DEL ESTABLECIMIENTO O LOS DATOS DEL USUARIO NO ESTÉN GRABADOS CON IMPRINTER.
 11. RELACIONADAS CON CASOS EN LOS CUALES UN TARJETA-HABIENTE REALIZA UNA COMPRA DE CUALQUIER MERCANCÍA Y/O SERVICIO, QUE POR CUALQUIER RAZÓN ESTOS NO LE HAYAN SIDO ENTREGADOS O SUMINISTRADOS.
 12. RELACIONADAS CON TARJETAS ASIGNADAS QUE NO HAYAN SIDO DISTRIBUIDAS A SU RESPECTIVO TARJETAHABIENTE.
 13. POR SUPLANTACIÓN DE PERSONALIDAD, LA CUAL CONSISTE EN LA PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN FALSA O LA SUPLANTACIÓN DEL ASEGURADO ANTE ESTABLECIMIENTOS O ENTIDADES EMISORAS DE TARJETAS DE CRÉDITO O DÉBITO AMPARADAS, PARA LA CONCESIÓN O RENOVACIÓN DE ÉSTAS.
 14. POR FRAUDE O CLONACIÓN GENERADA POR EL USO INDEBIDO DE BASES DE DATOS QUE CONTENGAN INFORMACIÓN CREDITICIA DEL TARJETAHABIENTE O DE LA TARJETA EMITIDA POR LA ENTIDAD FINANCIERA LEGALMENTE CONSTITUIDA EN COLOMBIA.
 15. PROVENIENTES DE LA DESHONESTIDAD DE LOS EMPLEADOS DEL TOMADOR Y/O DE LA ENTIDAD FINANCIERA EMISORA DE LAS TARJETAS, YA SEA SOLOS O EN ASOCIACIÓN CON TERCEROS.
 16. POR ACTOS FRAUDULENTOS DE LAS ENTIDADES FINANCIERAS EMISORAS DE LAS TARJETAS, SUS EMPLEADOS, PERSONAS AUTORIZADAS POR ÉSTAS, SUS DEPENDIENTES O DE SUS TARJETAHABIENTES, RESPECTO A SUS TARJETAS EMITIDAS.
 17. CUANDO EL ASEGURADO INCUMPLA LAS NORMAS ESTABLECIDAS POR EL BANCO EN MATERIA DE USO DE PRODUCTOS FINANCIEROS, TALES COMO LA OBLIGACIÓN DE HACER USO DE MANERA ERICTAMENTE PERSONAL DE LAS TARJETAS DE CRÉDITO, DÉBITO Y/O CHEQUERAS, ENTRE OTRAS.
 18. PARA EL AMPARO DE DAÑOS MATERIALES ACCIDENTALES , APLICAN ADICIONALMENTE LAS SIGUIENTES

EXCLUSIONES; NO SE CUBREN LOS DAÑOS QUE SEAN CONSECUENCIA DE:

- a. USO NORMAL Y DESGASTE NATURAL.
- b. CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.
- c. DAÑOS PROVENIENTES DE VICIOS PROPIOS DEL BIEN ASEGURADO, QUE DERIVEN O NO DE UNA DEFECTUOSA FABRICACIÓN, O QUE GENEREN LA RESPONSABILIDAD DE GARANTÍA DEL FABRICANTE Y/O VENDEDOR.
- d. DAÑOS CAUSADOS POR USO INAPROPIADO DEL BIEN ADQUIRIDO.
- e. DAÑOS CAUSADOS POR LA FALTA DE MANTENIMIENTO O UN MANTENIMIENTO INADECUADO.
- f. INUNDACIÓN Y TERREMOTO.
- g. DAÑOS MATERIALES DIRECTOS OCASIONADOS A LOS BIENES ADQUIRIDOS ILÍCITAMENTE.

Y NO SERÁN CONSIDERADOS COMO BIENES ASEGURADOS PARA DAÑOS ACCIDENTALES Y SUSTRACCIÓN DE BIENES, EN NINGÚN CASO:

- h. ÚTILES ESCOLARES, JUGUETES, PARTES O ACCESORIOS DE LOS MISMOS.
- i. LOS ANIMALES Y PLANTAS NATURALES O SINTÉTICAS.
- j. LAS JOYAS, ALHAJAS, PIEDRAS PRECIOSAS, GEMAS, RELOJES, ANTIGÜEDADES, OBRAS DE ARTE, VELAS Y LENTES DE CONTACTO.
- k. EL DINERO EN EFECTIVO O EN CUALQUIERA DE SUS FORMAS, LOS CHEQUES DE VIAJE, BILLETES Y PASAJES.
- l. BIENES PERECEDEROS TALES COMO: ALIMENTOS, BEBIDAS, IMPLEMENTOS DE ASEO (MAQUILLAJE), LICORES,

PERFUMES, CREMAS, LOCIONES Y MEDICAMENTOS.

- m. LLANTAS Y AUTOPARTES.
 - n. EQUIPOS ESPECIALIZADOS COMO EQUIPOS MÉDICOS, DE INGENIERÍA, ETC.
 - o. EQUIPOS DE USO INDUSTRIAL TALES COMO EQUIPO DE FERRETERÍA, DE CONSTRUCCIÓN, ETC.
18. ESTE SEGURO NO SE APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES NOS PROHÍBAN PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES. TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA NO SE MODIFICAN.

CONDICIÓN TERCERA. DEFINICIONES:

PARA EFECTOS DE LAS COBERTURAS ESTABLECIDAS EN ESTA PÓLIZA, SE TENDRÁN EN CUENTA LAS SIGUIENTES DEFINICIONES:

EVENTO: EL HURTO CALIFICADO CUBIERTO POR LA PRESENTE PÓLIZA DARÁ ORIGEN A UN EVENTO, SIN EXCEDER EL TOTAL DEL VALOR ASEGURADO, PERO SI VARIOS DE ELLOS OCURREN Y AFECTAN A LA MISMA TARJETA, DENTRO DE CUALQUIER PERÍODO DE 72 HORAS CONSECUTIVAS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SE TENDRÁ COMO UN SOLO EVENTO Y EL HURTO CALIFICADO QUE SE CAUSE DEBERÁ ESTAR COMPRENDIDO EN UNA SÓLA RECLAMACIÓN SIN EXCEDER EL TOTAL DE LA SUMA ASEGURADA ESTABLECIDA.

TARJETA DE CRÉDITO O DÉBITO AMPARADA: AQUELLA(S) TARJETA(S) DE CRÉDITO O DÉBITO, REFERIDA(S) TANTO EN LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE SEGURO COMO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

DAÑO ACCIDENTAL: SE ENTIENDE COMO TAL AQUEL PROVENIENTE DE SUCESOS EVENTUALES, SÚBITOS E IMPREVISTOS, O DE ACCIONES U OMISIONES INVOLUNTARIAS, QUE RESULTEN LESIVAS A LOS BIENES ASEGURADOS.

CONDICIÓN CUARTA. LÍMITE ASEGURADO:

LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA NO EXCEDERÁ, EN NINGÚN CASO, DE LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN SUS ANEXOS. ESTE SEGURO ES DE MERA INDEMNIZACIÓN Y JAMÁS PODRÁ CONSTITUIR FUENTE DE ENRIQUECIMIENTO PARA EL ASEGURADO.

CONDICIÓN QUINTA. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO:

En caso de siniestro el asegurado tiene las siguientes obligaciones.

1. Formular denuncia penal ante la autoridad competente.
2. Dar aviso de la ocurrencia del siniestro a la Compañía.
3. Ocurrido el siniestro, el asegurado estará obligado a evitar su extensión y propagación, en los términos del artículo 1074 del código de comercio.
4. Suministrar a la compañía los documentos que tengan relación con el siniestro y que acrediten su ocurrencia y la cuantía de la pérdida.

Cuando el asegurado no cumpla con estas obligaciones se aplicarán las sanciones previstas en la ley.

CONDICIÓN SEXTA. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN:

El derecho del asegurado a la indemnización se perderá en los siguientes casos:

1. Si se presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o apoyada en pruebas falsas.
2. Si al dar noticia del siniestro se omite maliciosamente informar acerca de los seguros coexistentes sobre los mismos bienes asegurados.

CONDICIÓN SÉPTIMA. GARANTÍA ESPECÍFICA:

Queda expresamente declarado y convenido que este seguro se acuerda en virtud del compromiso que adquiere el asegurado de que durante su vigencia las tarjetas de crédito y débito amparadas deben estar debidamente firmadas por el titular de las mismas.

El incumplimiento de esta garantía dará lugar a las sanciones que establece el artículo 1061 del código de comercio.

CONDICIÓN OCTAVA. PAGO DEL SINIESTRO:

La compañía efectuará el pago de la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que el tomador o el asegurado acrediten la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, conforme a lo establecido en el artículo 1077 del código de comercio.

Dentro de los límites de la suma asegurada y de acuerdo con las normas que regulan el importe de la indemnización, ésta no excederá en ningún caso la suma asegurada señalada en la carátula de la póliza ni el monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por

el asegurado. En todos los casos, la compañía pagará la indemnización en dinero.

CONDICIÓN NOVENA. DEDUCIBLE:

Es el monto o el porcentaje de la indemnización, estipulado en la carátula de la póliza o en sus anexos, que invariablemente se deduce de ésta y que, por tanto, siempre queda a cargo del asegurado.

CONDICIÓN DÉCIMA. REVOCACIÓN DEL SEGURO:

La compañía podrá revocar esta póliza en cualquier tiempo, con una anticipación de 30 días. Además devolverá al asegurado la parte proporcional de la prima que corresponda al tiempo que falte para el vencimiento de la vigencia de la cobertura.

El asegurado podrá revocar su cobertura individual de seguro en cualquier momento, mediante aviso escrito al asegurador, caso en el cual el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

CONDICIÓN UNDÉCIMA: PAGO DE LAS PRIMAS:

El valor de la prima determinada en el certificado individual de seguro se pagará a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de entrega de la póliza.

La mora en el pago de la prima de la póliza, o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

CONDICIÓN DUODÉCIMA. NOTIFICACIONES:

Cualquier declaración que deba hacer cualquiera de las partes en desarrollo de este contrato deberá realizarse por escrito y ser enviada a la última dirección registrada de la otra parte, sin perjuicio de lo dicho en el numeral 5.2, para el aviso del siniestro.

Aún en ausencia de notificación escrita, y en atención a lo previsto en el artículo 1075 del código de comercio, y en relación con la obligación del asegurado de dar noticia de la ocurrencia del siniestro, el asegurador no podrá alegar el retardo o la omisión si interviniese en las operaciones de salvamento o comprobación del mismo.

La dirección de notificación de los asegurados será la última que hayan registrado en Chubb.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA. MODIFICACIONES:

Toda modificación a las condiciones generales del seguro, así como a las condiciones adicionales o a los anexos, deberá depositarlas Chubb ante la superintendencia financiera de Colombia. Tales modificaciones se considerarán automáticamente incorporadas a esta póliza al momento de la renovación de la cobertura.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA. DOMICILIO:

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá, D.C., República de Colombia.

