

CHUBB®

PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES

MODALIDAD COLECTIVA (TODOS LOS CANALES)

30/06/2021-1305-P-31-CLACHUBB20210004-DRCI

27/10/2020-1305-NT-31-A&HNTCHUBBSEGO11

COMPAÑÍA ASEGURADORA:

ESTE SEGURO ES OTORGADO POR 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).

CONDICIÓN PRIMERA

¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO EN SU AMPARO BÁSICO?

LA COMPAÑÍA ASUME EL RIESGO DE OCURRENCIA DE UN ACCIDENTE QUE CAUSE LA MUERTE DEL ASEGURADO.

EL SEGURO TAMBIÉN PROTEGE AL 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 Y DESLIZAMIENTOS DE TIERRA.**
- 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.**

¿EN QUÉ CONDICIONES SE CUBRE EL RIESGO?

SOLO SE PAGARÁ EL SEGURO SI LA MUERTE ES CONSECUENCIA EXCLUSIVA Y DIRECTA DE UN ACCIDENTE SÚBITO, REPENTINO E IMPREVISTO, ENTENDIDO COMO EL HECHO EXTERNO QUE NO SE GENERE POR CULPA GRAVE O DOLO, NI POR POTESTAD DEL ASEGURADO O SUS BENEFICIARIOS NI POR ESTAR EL ASEGURADO COMETIENDO UN DELITO, QUE OCURRA DENTRO DE LA VIGENCIA INDIVIDUAL DE LA COBERTURA Y QUE LA MUERTE OCURRA DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES AL ACCIDENTE.

TODO ACCIDENTE DEBE TENER UNA CAUSA EXTERNA AL ASEGURADO COMO UN HECHO DE LA NATURALEZA, EL HECHO DE UN TERCERO, EL

HECHO DE UNA MAQUINARIA O DE UN ANIMAL (EXCEPTUANDO INFECCIONES DERIVADAS DE PICADURAS).

¿ESTE SEGURO PUEDE TENER AMPAROS ADICIONALES?

SÍ, BAJO ESTA PÓLIZA SE PUEDEN TENER LOS AMPAROS ADICIONALES EXPRESAMENTE SEÑALADOS EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, CUYA DESCRIPCIÓN, COBERTURAS Y EXCLUSIONES ESPECÍFICAS SON ESTIPULADAS EN LOS RESPECTIVOS ANEXOS. DEL MISMO MODO Y EN LO PERTINENTE, TAMBIÉN LES SERÁN APLICABLES LAS EXCLUSIONES CONTENIDAS EN ESTAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

CONDICIÓN SEGUNDA – EXCLUSIONES

¿QUÉ NO CUBRE O QUÉ EXCLUYE ESTE SEGURO?

NO TIENE COBERTURA NINGUNA RECLAMACIÓN PARA OBTENER LA SUMA ASEGURADA DEL SEGURO CUANDO SE PRESENTE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

- A. ACCIDENTE AÉREO EN EL QUE EL ASEGURADO ESTUVIERE EJERCIENDO COMO PILOTO O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN O EL ASEGURADO VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AERONAVE QUE NO PERTENEZCA A UNA LÍNEA COMERCIAL PARA TRANSPORTE DE PASAJEROS (VUELOS NO COMERCIALES DE PASAJEROS).**
- B. 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, VOLAR EN PLANEADORES, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, CARRERAS DE AUTOS O QUE SE DEDIQUE PROFESIONALMENTE A ALGÚN DEPORTE.**
- C. MUERTE O LESIONES CAUSADAS AL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE ACCIONES DE TERCERAS PERSONAS, SALVO QUE SE TRATE DE UN HECHO ACCIDENTAL; TERRORISMO, ACTOS TERRORISTAS, GUERRA O CUALQUIER ACTO DE GUERRA, INVASIÓN, ENEMIGO EXTRANJERO, GUERRA CIVIL, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, PODERÍO MILITAR O USURPADO.**
- D. SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO, LESIONES AUTO INFLIGIDAS, BIEN QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ALGÚN ESTADO DE DEMENCIA O ENAJENACIÓN MENTAL.**
- E. ENCONTRARSE EL ASEGURADO EN SERVICIO ACTIVO Y EN EJERCICIO DE SUS FUNCIONES COMO MILITAR, POLICÍA, MIEMBRO DE ORGANISMO DE SEGURIDAD, DE VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA O DE INTELIGENCIA, ESCOLTA, GUARDAESPALDAS O VIGILANTE DE CUALQUIER PAÍS, EMPRESA O AUTORIDAD.**
- F. HABER INGERIDO EL ASEGURADO DROGAS TÓXICAS, ALUCINÓGENOS O ESTUPEFACIENTES O CUANDO LA PERSONA ASEGURADA CONDUZCA CUALQUIER CLASE DE VEHÍCULO DESPUÉS DE HABER CONSUMIDO ALCOHOL ETÍLICO O LICOR.**
- G. TODA LESIÓN O ENFERMEDAD Y TODO TRATAMIENTO, INTERVENCIÓN, CLÁUSULA O SITUACIÓN MÉDICA QUE NO SEA DERIVADA DE UN ACCIDENTE.**
- H. TODO EVENTO QUE SE PRESENTE EN LA SALUD DEL ASEGURADO, AUNQUE TENGA MÉDICAMENTE LA DENOMINACIÓN DE ACCIDENTE, COMO LOS ACCIDENTES CEREBROVASCULARES Y LOS ACCIDENTES CARDIACOS.**
- I. ENCONTRARSE EL ASEGURADO EN EJERCICIO DE SUS FUNCIONES O ACTIVIDADES COMO MINERO, ELECTRICISTA, FABRICACIÓN O MANIPULACIÓN DE PÓLVORA O EXPLOSIVOS, BOMBERO, TAXISTA, CONDUCTOR DE CAMIÓN, CONSTRUCCIÓN, TRABAJO EN ALTURAS Y SIMILARES DE ALTO RIESGO.**

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

CHUBB PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE SUMAS ASEGURADAS.

CLÁUSULA TERCERA – EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Las edades de ingreso y permanencia tanto para el amparo básico como para los amparos adicionales estarán establecidas en el certificado individual de seguro.

CLÁUSULA CUARTA - RECLAMACIÓN Y PAGO DEL SEGURO

¿QUÉ SE DEBE HACER EN CASO DE SINIESTRO?

El Asegurado y/o Beneficiario según corresponda, deberán dar aviso a LA COMPAÑÍA en el menor tiempo posible para que pueda acceder a los beneficios del seguro.

¿QUÉ DOCUMENTOS SE DEBE PRESENTAR PARA RECLAMAR ESTE SEGURO?

El beneficiario del seguro deberá aportar las pruebas que permitan demostrar la ocurrencia del siniestro, para el amparo básico se sugiere presentar los siguientes documentos:

- Carta formal de reclamación firmada por los beneficiarios.
- Copia auténtica del Registro Civil de Defunción del asegurado.
- Copia de la cédula de ciudadanía de cada uno de los beneficiarios mayores de edad.
- Copia de los Registros Civiles de Nacimiento de los beneficiarios (independientemente de la edad para acreditar la calidad de beneficiarios)
- Informe policial de accidente de tránsito (en los casos en que aplique).
- Acta de levantamiento del cadáver.
- Declaración, certificación o constancia sobre las circunstancias de tiempo, modo y lugar bajo las cuales se produjo el accidente que causó la muerte del asegurado.

Previo al pago de la suma asegurada, LA COMPAÑÍA podrá dentro del término legal para decidir la reclamación, exigir al beneficiario pruebas fehacientes y satisfactorias sobre la ocurrencia del siniestro. Para el caso de los amparos adicionales los documentos sugeridos estarán expresamente en las condiciones de cada uno ellos.

¿EN CUÁNTO TIEMPO SE PAGA EL SEGURO?

La COMPAÑÍA analizará la reclamación y de ser procedente pagará al Asegurado o a los beneficiarios, según sea el caso, la suma asegurada 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, la calidad de beneficiario(s) y se entregue la documentación pertinente al pago (como el formulario de conocimiento del cliente y la certificación bancaria).

¿CUÁL ES EL VALOR A RECIBIR POR EL SINIESTRO?

Los seguros no pueden ser fuente de enriquecimiento. La suma asegurada contratada para cada uno de los amparos será la establecida en el certificado individual de seguro.

Para aquellos amparos que tienen carácter indemnizatorio, es decir que operan bajo reembolso, el monto de la indemnización no podrá superar el valor de la pérdida ni la suma asegurada contratada.

Para aquellos que no son indemnizatorios, el pago corresponderá a la suma asegurada contratada para el amparo o al valor resultante de aplicar a la suma asegurada, porcentajes, deducibles, etc., del amparo que así lo tenga definido en sus condiciones o en el certificado individual.

CONDICIÓN QUINTA – SEGURO COLECTIVO, TOMADOR, COLECTIVO ASEGURADO

¿CUÁL ES LA MODALIDAD DE SEGURO EN ESTA PÓLIZA?

El seguro objeto de esta póliza es colectivo en los términos del artículo 1064 del Código de Comercio. Lo establecido en este contrato se entenderá aplicable 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.

¿QUIÉN ES EL TOMADOR DE ESTA PÓLIZA?

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

¿QUÉ ES EL COLECTIVO ASEGURADO?

Se entiende por colectivo asegurado el conformado por las personas que tienen el carácter de asegurables y se encuentran amparados por la presente póliza en las condiciones del plan contratado.

CONDICIÓN SEXTA - ¿CUÁLES SON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD DE ESTE SEGURO?

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 certificado individual.

CONDICIÓN SÉPTIMA – VIGENCIA, SUMA ASEGURADA, PRIMAS Y AJUSTE DE PRIMAS.

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.

La suma asegurada y el valor de la prima del amparo básico y de los amparos adicionales, son los establecidos en el certificado individual de seguro.

En pólizas No Contributivas el Tomador es responsable del pago de la totalidad de las primas según se estipula en la caratula de la póliza. En pólizas Contributivas 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 en el plazo establecido:

- i) Si llegase a ocurrir algún siniestro antes del vencimiento del plazo para el pago de la prima, la COMPAÑÍA pagará la suma asegurada 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.

El valor de la prima se reajustará según lo establecido en el certificado individual de seguro.

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 OCTAVA - ¿QUIÉN DESIGNA A LOS BENEFICIARIOS DEL SEGURO?

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, compañero o compañera permanente 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 NOVENA - ¿ESTE CONTRATO SE PUEDE REVOCAR?

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, según corresponda a pólizas No Contributivas o 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 o a su correo electrónico, 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 - 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 mora de pago de la prima
- C.** Por 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 suma asegurada por la afectación de uno o varios amparos que agoten la suma máxima del seguro.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA – 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 DÉCIMA SEGUNDA – 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 DÉCIMA TERCERA – 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 DÉCIMA CUARTA – DOMICILIO Y NOTIFICACIONES.

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de la COMPAÑÍA, la ciudad de Bogotá.

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 o la constancia de envío de notificación por correo electrónico.

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. NIT 860.026.518-6

DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO – Chubb Seguros Colombia S.A.

Ustáriz & Abogados. Estudio Jurídico. Bogotá D.C., Colombia.

Carrera 11A # 96 – 51. Oficina 203 – Edificio Oficity. PBX: (571) 6108161 / (571) 6108164 Fax: (571) 6108164

e-mail: defensoriachubb@ustarizabogados.com Página Web: <https://www.ustarizabogados.com>

Horario de Atención: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. A 6:00 p.m.

CHUBB®

AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

ANEXO A LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES

MODALIDAD COLECTIVA (TODOS LOS CANALES)

30/06/2021-1305-P-31-CLACHUBB20210004-DRCI

30/06/2021-1305 A 31 ANEXCHUBB2021002-DRCI

28/10/2020-1305-NT-31-A&HNTCHUBBSEG010

COMPAÑÍA ASEGURADORA:

ESTE SEGURO ES OTORGADO POR 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).

CONDICIÓN PRIMERA

¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO EN ESTE AMPARO ADICIONAL?

LA COMPAÑÍA ASUME EL RIESGO QUE OCURRA UN ACCIDENTE QUE CAUSE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO GENERANDO LA INVALIDEZ IGUAL O SUPERIOR AL CINCUENTA POR CIENTO (50%).

SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE, TAMBIÉN SE CONSIDERARÁ 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**

¿EN QUÉ CONDICIONES SE CUBRE EL RIESGO?

PARA QUE EL SEGURO TENGA COBERTURA:

- EL ACCIDENTE AMPARADO Y NO EXCLUIDO POR LA PÓLIZA DEBE OCURRIR DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO.**
- EL ACCIDENTE DEBE SER EXTERNO, SÚBITO, REPENTINO E IMPREVISTO, QUE NO SE GENERE POR CULPA GRAVE O DOLO, NI POR POTESTAD DEL ASEGURADO O SUS BENEFICIARIOS NI POR ESTAR EL ASEGURADO COMETIENDO UN DELITO.**

- LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEBE SER CALIFICADA POR CUALQUIERA DE LAS JUNTAS DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE LAS QUE TRATA LA LEY 100 DE 1993, O POR UNA EPS, UNA AFP, UNA ARL, UNA ASEGURADORA DE RIESGOS PREVISIONALES O UN MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL Y DEBERÁ ESTAR FUNDAMENTADA EN LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS EN EL MANUAL ÚNICO PARA LA CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL ESTABLECIDOS EN EL DECRETO 1507 DE 2014, NORMATIVA QUE DETERMINA EL RIESGO COMÚN PARA TODOS LOS ASEGURADOS QUE SON OBJETO DE COBERTURA.
- LA CALIFICACIÓN DEBE INDICAR EL PORCENTAJE DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INVALIDEZ. EN CUALQUIER CASO, EL PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL DEBE REFERIRSE A LESIONES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE SU AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE Y LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL CON OCASIÓN DE DICHAS LESIONES DEBE SER SUPERIOR AL CINCUENTA POR CIENTO (50%) PARA QUE CONFIGURE SINIESTRO.
- LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INVALIDEZ DEBE ESTAR DENTRO DE LOS 180 DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE.

CONDICIÓN SEGUNDA – EXCLUSIONES

¿QUÉ NO CUBRE O QUÉ EXCLUYE ESTE AMPARO ADICIONAL?

NO TIENE COBERTURA NINGUNA RECLAMACIÓN PARA OBTENER LA SUMA ASEGURADA DE ESTE AMPARO CUANDO SE PRESENTE CUALQUIERA DE LAS SITUACIONES EXCLUIDAS EN LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE.

EN ADICIÓN, NO SE AMPARA LA INVALIDEZ POR AGRAVACIÓN DE LESIONES FÍSICAS ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES ANTERIORES A LA FECHA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE, LESIONES O CONDICIONES QUE HAN SIDO DIAGNOSTICADAS O TRATADAS CON FECHA ANTERIOR A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL AMPARO DEL ASEGURADO O LESIÓN QUE APARENTE A SIMPLE VISTA O QUE POR SUS SÍNTOMAS O SIGNOS SON ANTERIORES AL ACCIDENTE O AL INICIO DE VIGENCIA INDIVIDUAL.

SALVO CONDICIÓN PARTICULAR EN CONTRARIO, NO ES OBJETO DE COBERTURA LA INVALIDEZ O LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, SUPERIOR AL 50% O NO, QUE SE CONFIGURE CON BASE EN NORMATIVIDAD DISTINTA AL MANUAL ÚNICO PARA LA CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL ESTABLECIDO EN EL DECRETO 1507 DE 2014, COMO AQUELLA QUE PARA EFECTOS PENSIONALES APLICA DE MANERA EXCEPCIONAL A FAVOR DE DOCENTES AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO, MIEMBROS DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL, TRABAJADORES DE ECOPETROL Y TODOS LOS DEMÁS RÉGIMENES PENSIONALES ESPECIALES.

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 CHUBB PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE SUMAS ASEGURADAS.

CLÁUSULA 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.

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.

CLÁUSULA CUARTA – EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Las edades de ingreso y permanencia para el anexo estarán establecidas en el certificado individual de seguro

CLÁUSULA QUINTA - RECLAMACIÓN Y PAGO DEL ANEXO

¿QUÉ SE DEBE HACER EN CASO DE SINIESTRO?

El Asegurado deberá dar aviso a LA COMPAÑÍA en el menor tiempo posible para que pueda acceder al beneficio del anexo.

¿QUÉ DOCUMENTOS SE SUGIERE PRESENTAR PARA RECLAMAR ESTE SEGURO?

El asegurado del seguro deberá aportar las pruebas que permitan demostrar la ocurrencia del siniestro, para el anexo se sugiere presentar los siguientes documentos:

- Carta formal de reclamación.
- Historia clínica de atención al momento del accidente.
- Dictamen de pérdida de capacidad laboral, emitida por cualquiera de las Juntas de Calificación de Invalidez de las que trata la ley 100 de 1993, o por una EPS, una AFP, una ARL, una Aseguradora de Riesgos Previsionales o un médico especialista en Salud Ocupacional y fundamentada en los criterios establecidos en el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional establecidos en el Decreto 1507 de 2014, normativa que determina el riesgo común para todos los asegurados que son objeto de cobertura.

Previo al pago de la suma asegurada 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.

¿EN CUÁNTO TIEMPO SE PAGA EL SEGURO?

La COMPAÑÍA analizará la reclamación y de ser procedente pagará al Asegurado la suma asegurada a que está obligada por el amparo dentro del término legal de un mes contado a partir de la fecha en que se acredite la ocurrencia del siniestro y se entregue la documentación pertinente al pago (como el formulario de conocimiento del cliente y la certificación bancaria).

¿CUÁL ES EL VALOR A RECIBIR POR EL SINIESTRO?

La suma asegurada será la establecida en el certificado individual de seguro, se pagará al asegurado la suma asegurada después de aplicar las deducciones que a continuación se establecen.

¿ES LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE EXCLUYENTE CON OTRA COBERTURA?

Sí, el amparo de Incapacidad Total y Permanente por Accidente no es acumulable al amparo básico del seguro de Accidentes Personales (muerte accidental) o al amparo de Desmembración Accidental, y por lo tanto una vez pagada la suma asegurada por la Incapacidad Total y Permanente se termina el Seguro para dicho Asegurado. En caso de haberse pagado algún valor por al amparo de Desmembración Accidental, este valor será deducido de la suma asegurada de Incapacidad Total y Permanente.

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

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

- A.** Por haber cumplido el asegurado la edad máxima de permanencia pactada en la póliza para el amparo.
- B.** Cuando LA COMPAÑÍA pague la indemnización por la afectación de uno o varios amparos que agoten el valor máximo del seguro.

EN LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES, SE APLICARÁN AL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO, ASÍ COMO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO. ASÍ MISMO SE REGISTRAN POR LAS REGLAS, MANDATOS O NORMAS ESTIPULADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. NIT 860.026.518-6

DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO – Chubb Seguros Colombia S.A.

Ustáriz & Abogados. Estudio Jurídico. Bogotá D.C., Colombia.

Carrera 11A # 96 – 51. Oficina 203 – Edificio Oficity. PBX: (571) 6108161 / (571) 6108164 Fax: (571) 6108164

e-mail: defensoriachubb@ustarizabogados.com Página Web: <https://www.ustarizabogados.com>

Horario de Atención: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. A 6:00 p.m.

CHUBB®

**AMPARO ADICIONAL DE DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE
ANEXO A LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES
MODALIDAD INDIVIDUAL**

29/09/2021-1305-P-31- CLACHUBB20210014-DRCI
29/09/2021-1305-A-31-ANEXCHUBB2021017-DRCI
27/10/2020-1305-NT-31-A&HNTCHUBBSEGO09

COMPAÑÍA ASEGURADORA:

ESTE SEGURO ES OTORGADO POR 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).

CONDICIÓN PRIMERA

¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO EN ESTE AMPARO ADICIONAL?

CHUBB ASUME EL RIESGO DE ACCIDENTE QUE OCASIONE DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL DEL ASEGURADO DEFINIDA, PARA ESTE AMPARO, COMO LA AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA, QUIRÚRGICA Y DEFINITIVA DEL ÓRGANO LESIONADO POR ACCIDENTE.

TAMBIÉN ESTÁ ASEGURADO:

A. RIESGO DE INHABILIDAD FUNCIONAL TOTAL Y DEFINITIVA DEFINIDA, PARA ESTE AMPARO, COMO LA DEFICIENCIA IGUAL O MAYOR AL 75% DE LA ESTRUCTURA DE CUALQUIERA DE LOS ÓRGANOS DEL ASEGURADO SEÑALADOS A CONTINUACIÓN:

- **PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN: IMPOSIBILIDAD TOTAL DE PERCIBIR LA LUZ.**
- **PÉRDIDA TOTAL DE LA AUDICIÓN: IMPOSIBILIDAD TOTAL DE PERCIBIR SONIDOS A TRAVÉS DEL ÓRGANO DE LA AUDICIÓN.**
- **PÉRDIDA TOTAL DEL HABLA: AUSENCIA DE LA FACULTAD DE HABLAR.**

B. RIESGO PARÁLISIS CORPORAL: PÉRDIDA O DISMINUCIÓN DE LA FUNCIÓN MOTORA QUE PRODUCE INCAPACIDAD PARA MOVER UNO O MÁS GRUPOS MUSCULARES (PARÁLISIS) ASÍ:

- **HEMIPLEJIA: PARÁLISIS DE UN LADO DEL CUERPO (MIEMBRO SUPERIOR E INFERIOR DE UN MISMO LADO DEL CUERPO HUMANO)**
- **PARAPLEJIA: PARÁLISIS DE LAS PIERNAS Y DE LA PARTE INFERIOR DEL CUERPO; PARÁLISIS BILATERAL QUE AFECTA AMBOS LADOS DEL CUERPO HUMANO.**

¿EN QUÉ CONDICIONES SE CUBRE EL RIESGO?

SÓLO SE PAGARÁ EL SEGURO SI:

- **LOS EVENTOS ANTERIORMENTE DESCRITOS SON CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA Y NO EXCLUIDO POR ELLA Y QUE SE PRODUZCAN DE MANERA INSTANTÁNEA O DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A SU OCURRENCIA.**
- **PARA EL RIESGO DE INHABILIDAD FUNCIONAL TOTAL Y DEFINITIVA, LA CALIFICACIÓN DEBE SER REALIZADA CON BASE EN EL DECRETO NO.1507 DE 2014 O NORMA QUE LOS MODIFIQUE, SUSTITUYA O ADICIONE.**
- **EL ACCIDENTE DEBE OCURRIR DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO. NO SE AMPARAN LAS LESIONES FÍSICAS ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES PREEXISTENTES A LA FECHA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE.**
- **EL ACCIDENTE DEBE SER EXTERNO, SÚBITO, REPENTINO E IMPREVISTO, QUE NO SE GENERE POR CULPA GRAVE O DOLO, NI POR POTESTAD DEL ASEGURADO O SUS BENEFICIARIOS NI POR ESTAR EL ASEGURADO COMETIENDO UN DELITO.**

CONDICIÓN SEGUNDA – EXCLUSIONES

¿QUÉ NO CUBRE O QUÉ EXCLUYE ESTE AMPARO ADICIONAL?

NO TIENE COBERTURA NINGUNA RECLAMACIÓN PARA OBTENER EL PAGO DE LA SUMA ASEGURADA DE ESTE AMPARO CUANDO SE PRESENTE CUALQUIERA DE LAS SITUACIONES EXCLUIDAS EN LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE.

EN ADICIÓN, NO SE AMPARA:

- A. LA MONOPLEJÍA DEFINIDA COMO LA PARÁLISIS DE UN MIEMBRO O DE UN SOLO GRUPO MUSCULAR.**
- B. LAS LESIONES FÍSICAS ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES ANTERIORES A LA FECHA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE, LESIONES O CONDICIONES QUE HAN SIDO DIAGNOSTICADAS O TRATADAS CON FECHA ANTERIOR A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL AMPARO DEL ASEGURADO O LESIÓN QUE APARENTE A SIMPLE VISTA O QUE POR SUS SÍNTOMAS O SIGNOS SON ANTERIORES AL ACCIDENTE O AL INICIO DE VIGENCIA INDIVIDUAL.**

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 CHUBB PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE SUMAS ASEGURADAS.

CLÁUSULA TERCERA – EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Las edades de ingreso y permanencia para el anexo estarán establecidas en la carátula de la póliza individual de seguro.

CLÁUSULA CUARTA - RECLAMACIÓN Y PAGO DEL ANEXO

¿QUÉ SE DEBE HACER EN CASO DE SINIESTRO?

El asegurado deberá dar aviso a CHUBB en el menor tiempo posible para que pueda acceder al beneficio del anexo.

¿QUÉ DOCUMENTOS SE SUGIEREN PRESENTAR PARA RECLAMAR ESTE SEGURO?

El asegurado deberá aportar las pruebas que permitan demostrar la ocurrencia del siniestro, para el anexo se sugiere presentar los siguientes documentos:

- Carta formal de reclamación.
- Resumen de la historia clínica, indicando claramente el nivel de amputación del miembro afectado

Previo al pago del valor asegurado que corresponda bajo el presente amparo adicional, CHUBB podrá dentro del término legal para decidir la reclamación, exigir al Asegurado pruebas fehacientes y satisfactorias sobre la existencia de la desmembración.

¿EN CUÁNTO TIEMPO SE PAGA EL SEGURO?

CHUBB analizará la reclamación y de ser procedente pagará al Asegurado la suma asegurada a que está obligada por el amparo adicional, dentro del término legal de un mes contado a partir de la fecha en que se acredite la ocurrencia del siniestro y se entregue la documentación pertinente al pago (como el formulario de conocimiento del cliente y la certificación bancaria).

¿CUÁL ES EL VALOR A RECIBIR POR EL SINIESTRO?

El valor a pagar al asegurado, previa comprobación del hecho será el valor resultante, acorde a la lesión sufrida, de aplicar el porcentaje correspondiente de la tabla siguiente, sobre la suma asegurada establecida en la carátula de la póliza individual:

POR PÉRDIDA TOTAL DE LA VISTA EN AMBOS OJOS	100%
POR PÉRDIDA TOTAL DE LA VISTA EN UN OJO	50%
POR PÉRDIDA TOTAL PERMANENTE DE LA AUDICIÓN EN TODAS LAS FRECUENCIAS EN LOS DOS OÍDOS	100%
POR PÉRDIDA TOTAL PERMANENTE DE LA AUDICIÓN EN TODAS LAS FRECUENCIAS EN UN OÍDO	50%
POR PÉRDIDA TOTAL DEL HABLA	100%
POR PARÁLISIS CORPORAL E IRREMEDIABLE (Hemiplejía, Paraplejía y tetraplejía únicamente)	100%
POR AMPUTACIÓN O INHABILIDAD TOTAL O FUNCIONAL DE DOS O MÁS 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:	DERECHO 50% IZQUIERDO 50%
POR AMPUTACIÓN TOTAL DE UNA MANO O EL ANTEBRAZO	DERECHO 60% IZQUIERDO 40%
POR AMPUTACIÓN DEL PULGAR	DERECHO 20% IZQUIERDO 15%.
POR AMPUTACIÓN DE DOS FALANGES PULGAR	DERECHO 20% IZQUIERDO 15%
POR AMPUTACIÓN DE UNA FALANGE DEL PULGAR	DERECHO 20% IZQUIERDO 15%
POR AMPUTACIÓN DE TRES FALANGES DE CUALQUIER OTRO DEDO DE LA MANO	DERECHA 10% IZQUIERDA 7%

POR AMPUTACIÓN DE DOS FALANGES DE CUALQUIER OTRO DEDO DE LA MANO	DERECHA 8% IZQUIERDA 6%
POR AMPUTACIÓN DE UNA FALANGE DE CUALQUIER OTRO DEDO DE LA MANO	DERECHA 5% IZQUIERDA 3%

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

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

¿ES ESTE AMPARO EXCLUYENTE CON OTRO AMPARO DE LA PÓLIZA?

Sí, el amparo de 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 la suma asegurada de la tabla de porcentajes se deducirá dicho valor pagado del valor asegurado del amparo básico de la póliza de Accidentes Personales o del amparo de Incapacidad Total y Permanente.

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

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

El anexo terminará para cualquier asegurado al presentarse alguna de las siguientes causas:

- A.** Por haber cumplido el asegurado la edad máxima de permanencia pactada en la póliza para el amparo.
- B.** Cuando CHUBB paga el valor asegurado por la afectación de uno o varios amparos que agoten el valor máximo del seguro.

EN LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES, SE APLICARÁN AL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO, ASÍ COMO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO. ASÍ MISMO SE REGIRÁN POR LAS REGLAS, MANDATOS O NORMAS ESTIPULADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. NIT 860.026.518-6

DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO – Chubb Seguros Colombia S.A.

Ustáriz & Abogados. Estudio Jurídico. Bogotá D.C., Colombia.

Carrera 11A # 96 – 51. Oficina 203 – Edificio Oficity. PBX: (571) 6108161 / (571) 6108164 Fax: (571) 6108164

e-mail: defensoriachubb@ustarizabogados.com Página Web: <https://www.ustarizabogados.com>

Horario de Atención: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. A 6:00 p.m.