

PÓLIZA - VIDA GRUPO

26/01/2024-1305-P-34-CLACHUBB20230008-DRCI
08/10/2020-1305-NT-34-LIFNTCHUBBSEGo72

CHUBB®

ESTE SEGURO ES OTORGADO POR CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ "LA COMPAÑÍA" O "CHUBB", CON SUJECIÓN A LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO QUE SE EXPIDA.

CONDICIÓN PRIMERA. ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

LA COMPAÑÍA AMPARA LA MUERTE DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER CAUSA NO PREEXISTENTE, INCLUYENDO LA MUERTE PRESUNTA Y LA MUERTE POR SUICIDIO. LA MUERTE DEL ASEGURADO DEBE OCURRIR DURANTE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DEL SEGURO.

CONDICIÓN SEGUNDA. ¿ESTE SEGURO PUEDE TENER AMPAROS ADICIONALES?

SÍ, SIEMPRE Y CUANDO ESTÉN EXPRESAMENTE SEÑALADOS EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, CUYA DESCRIPCIÓN, COBERTURAS Y EXCLUSIONES ESPECIFICAS 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 TERCERA. ¿QUÉ NO CUBRE O QUÉ EXCLUYE ESTE SEGURO?

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:

- ENFERMEDAD CUYO ORIGEN SE ENCUENTRE EN UNA FECHA ANTERIOR A LA DE INICIACIÓN DE VIGENCIA DEL SEGURO.
- EL SUICIDIO OCURRIDO CON ANTERIORIDAD A LAS DOCE (12) PRIMERAS RENOVACIONES MENSUALES CONSECUTIVAS DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.
- EL ESTADO DE SALUD DEL ASEGURADO Y EL DE SU GRUPO FAMILIAR DEBE SER NORMAL, ES DECIR QUE NO PADECE O HA PADECIDO ENFERMEDADES TALES COMO CARDIOVASCULARES, CEREBROVASCULARES, TRASTORNOS RENALES, CONGÉNITOS, TENSIÓN ALTA ARTERIAL, DERRAME CEREBRAL, CÁNCER, TUMORES, DIABETES, TRASTORNOS INMUNOLÓGICOS, IMPEDIMENTOS MENTALES, VIH O SIDA.
- EL ASEGURADO Y SU GRUPO FAMILIAR NO SE DEBEN ENCONTRAR EN SERVICIO ACTIVO, NI EN SERVICIO DE FUNCIONES COMO MILITARES, POLICÍAS, MIEMBROS DE ORGANISMOS DE SEGURIDAD, DE INTELIGENCIA, GUARDAESPALDAS O VIGILANTE DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD Y NO DEBEN PORTAR ARMAS EN EL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES.

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. ¿CUÁLES SON LAS DEFINICIONES QUE DEBE TENER EN CUENTA?

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 las doce (12) primeras renovaciones mensuales consecutivas del certificado individual 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. ¿CUÁLES SON LAS EDADES DE INGRESO Y DE PERMANENCIA?

La edad de ingreso del asegurado va desde los 18 años hasta los 72 años más 364 días. La edad máxima de permanencia es hasta los 75 años más 364 días.

CONDICIÓN SEXTA. ¿CUÁLES SON LAS SUMAS ASEGURADAS, PRIMAS Y CÓMO OPERA EL AJUSTE DE PRIMAS?

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. 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 SÉPTIMA. ¿QUÉ DEBE HACER EN CASO DE SINIESTRO?

El Beneficiario deberán dar aviso del siniestro a LA COMPAÑÍA en el menor tiempo posible. Previo al pago de la suma asegurada, LA COMPAÑÍA podrá para decidir la reclamación, exigir al beneficiario pruebas fehacientes y satisfactorias sobre la ocurrencia del siniestro.

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.

El proceso para la atención de siniestros podrá ser consultado en la página web de LA COMPAÑÍA.

CONDICIÓN OCTAVA. ¿CUÁL ES EL VALOR A RECIBIR POR EL SINIESTRO?

El pago corresponderá a la suma asegurada contratada para el amparo de acuerdo con lo establecido en el certificado individual de seguro.

CONDICIÓN NOVENA. ¿ESTE CONTRATO SE PUEDE REVOCAR?

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.

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. ¿CUÁLES SON LOS EFECTOS DE UNA 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 PRIMERA. ¿EN QUÉ CASOS OCURRE LA 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 mora en el pago de la prima.
- B. Al vencimiento de la póliza si esta no se renueva, por decisión expresa de alguna de las partes.
- C. Cuando el Tomador revoque la póliza por escrito.
- D. Tratándose 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.
- E. Cuando el Asegurado deje de pertenecer al grupo asegurado.
- F. Al cumplirse la edad máxima de permanencia de la póliza.
- G. Cuando LA COMPAÑÍA pague la indemnización de uno o varios amparos que agoten el valor asegurado.

CONDICIÓN OCTAVA. ¿QUÉ OTRAS CONDICIONES APLICAN A ESTE SEGURO?

I. CONVERTIBILIDAD.

Los asegurados menores de 65 años (o la edad que se indique en las condiciones particulares) que se separen del grupo asegurado después de permanecer en el por lo menos durante doce (12) renovaciones mensuales, 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.

II. 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 disposición será aplicable a todos los anexos que accedan la presente póliza.

I. 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 esta.

II. 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.

III. 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.

IV. 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.

DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO

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 SEGUROS COLOMBIA S.A. NIT 860.026.518-6

CHUBB®

PÓLIZA – VIDA GRUPO
AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR
ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE

26/01/2024-1305-P-34-CLACHUBB20230008-DRCI
26/01/2024-1305- A -34- ANEXCHUBB2023005-DRCI
08/10/2020-1305-NT-34-LIFNTCHUBBSEGo72

ESTE AMPARO ADICIONAL ES OTORGADO POR CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ "LA COMPAÑÍA" O "CHUBB", CON SUJECCIÓN A LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO QUE SE EXPIDA.

CONDICIÓN PRIMERA. ¿QUÉ CUBRE ESTE AMPARO ADICIONAL?

LA COMPAÑÍA AMPARA LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO QUE SEA CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE Y QUE HAYA GENERADO LA CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE IGUAL O SUPERIOR AL CINCUENTA POR CIENTO (50%).

SE ENTENDERÁ POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE LA SUFRIDA POR EL ASEGURADO, QUE HAYA SIDO OCASIONADA Y SE ESTRUCTURE DENTRO DEL PERÍODO DE VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA COMO CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE, QUE PRODUZCA LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES INCURABLES, QUE LE IMPIDAN AL ASEGURADO DESEMPEÑAR CUALQUIER TRABAJO REMUNERADO ACORDE CON SU FORMACIÓN PERSONAL U OCUPACIONAL HABITUAL.

¿EN QUÉ CONDICIONES SE CUBRE EL RIESGO?

PARA QUE EL SEGURO TENGA COBERTURA:

- 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.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

- LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INVALIDEZ DEBE ESTAR DENTRO DE LOS 180 DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DEL DESCUBRIMIENTO DE LA ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE.

CONDICIÓN SEGUNDA. ¿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 SI:

- LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE ES ANTERIOR AL INICIO DE VIGENCIA DEL SEGURO O POSTERIOR A SU TERMINACIÓN.
- LA ENFERMEDAD GENERADORA DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE SUFRIÓ POR EL ASEGURADO CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DE SEGURO.
- CUANDO LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (INVALIDEZ), SEA CAUSADA POR EL MISMO ASEGURADO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- CUANDO LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (INVALIDEZ) OCURRA DESPUES QUE EL ASEGURADO CUMPLA LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA DEFINIDA PARA EL AMPARO.

NO ES OBJETO DE COBERTURA LA INVALIDEZ O LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, SUPERIOR AL 50% 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.

CONDICIÓN TERCERA. ¿CUÁLES DEFINICIONES DEBE TENER EN CUENTA?

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.

CONDICIÓN CUARTA. ¿CUÁLES SON LAS EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DE ESTE AMPARO ADICIONAL?

La edad de ingreso del asegurado va desde los 18 años hasta los 72 años más 364 días. La edad máxima de permanencia es hasta los 75 años más 364 días.

CONDICIÓN QUINTA. ¿QUÉ SE DEBE HACER EN CASO DE SINIESTRO?

El Asegurado deberá dar aviso del siniestro a LA COMPAÑÍA en el menor tiempo posible. Previo al pago de la suma asegurada, LA COMPAÑÍA podrá para decidir la reclamación, exigir al beneficiario pruebas fehacientes y satisfactorias sobre la ocurrencia del siniestro. El proceso para la atención de siniestros podrá ser consultado en la página web de LA COMPAÑÍA.

¿CUÁL ES EL VALOR A RECIBIR POR EL SINIESTRO?

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

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

Sí, el amparo de Incapacidad Total y Permanente no es acumulable con el amparo básico del seguro de Vida Grupo, y por lo tanto una vez pagada la suma asegurada por la Incapacidad Total y Permanente se termina el Seguro para dicho Asegurado.

CONDICIÓN SEXTA. ¿CUÁNDO TERMINA EL AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE?

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

- Por haber cumplido el asegurado la edad máxima de permanencia establecida en este Anexo.
- Cuando LA COMPAÑÍA paga 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 REGIRÁN POR LAS REGLAS, MANDATOS O NORMAS ESTIPULADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO

Ustariz & 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 SEGUROS COLOMBIA S.A. NIT 860.026.518-6

CHUBB®

PÓLIZA – VIDA GRUPO
AMPARO ADICIONAL DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD

26/01/2024-1305-P-34-CLACHUBB20230008-DRCI
26/01/2024-1305- A -34- ANEXCHUBB2023006-DRCI
28/10/2020-1305-NT-31-A&HNTCHUBBSEG024

ESTE AMPARO ADICIONAL ES OTORGADO POR CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ "LA COMPAÑÍA" O "CHUBB", CON SUJECCIÓN A LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO QUE SE EXPIDA.

CONDICIÓN PRIMERA. ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO EN ESTE AMPARO ADICIONAL?

LA COMPAÑÍA PAGARÁ LA SUMA DIARIA ASEGURADA ESTABLECIDA EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, POR CADA DÍA DE HOSPITALIZACIÓN Y HASTA POR EL NÚMERO DE DIAS ESTABLECIDOS EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO ADICIONAL POR CAUSA DE UNA ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE EL ASEGURADO REQUIERE HOSPITALIZACIÓN

¿EN QUÉ CONDICIONES SE CUBRE EL RIESGO?

- EL PRESENTE AMPARO HACE PARTE INTEGRAL DE LA PÓLIZA VIDA GRUPO, SIEMPRE Y CUANDO ESTE SE HAYA INCLUIDO EXPRESAMENTE EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

- LA ENFERMEDAD GENERADORA DE LA HOSPITALIZACIÓN ES DIAGNOSTICADA DENTRO DE LA VIGENCIA INDIVIDUAL DE LA COBERTURA.

ADICIONALMENTE, EN EL EVENTO EN QUE EL ASEGURADO SEA REMITIDO A HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA POST HOSPITALARIA POR LA MISMA ENFERMEDAD, LA COMPAÑÍA PAGARÁ UN AUXILIO CORRESPONDIENTE AL VALOR ASEGURADO ESTABLECIDO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

CONDICIÓN SEGUNDA. ¿QUÉ NO CUBRE O QUÉ EXCLUYE ESTE AMPARO ADICIONAL?

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

ADICIONALMENTE NO SE AMPARA LO SIGUIENTE:

A.CONDICIONES MÉDICAS PREEXISTENTES.

B.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.

- C. HOSPITALIZACIÓN PARA CHEQUEOS MÉDICOS DE RUTINA U OTROS EXÁMENES PREVIOS A LOS CUALES NO EXISTA INDICACIONES DE TRASTORNOS DE SALUD.
- D. LA ORIGINADA POR HOSPITALIZACIÓN POR CHEQUEOS DE CONTROL O COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y COMPLICACIONES DE POSTPARTO.
- E. NINGÚN EVENTO ORIGINADO EN EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO Y CONSULTAS MÉDICAS, FERTILIZACIÓN, TRATAMIENTOS DE BELLEZA O CIRUGÍAS CON FINES ESTÉTICOS O DE EMBELLECIMIENTO.
- F. TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS ASOCIACIONES MÉDICO CIENTÍFICAS A NIVEL MUNDIAL O AQUELLOS DE CARÁCTER EXPERIMENTAL.
- G. 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, CIRUGÍAS 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 CHUBB PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE SUMAS ASEGURADAS.

CONDICIÓN TERCERA. ¿CUÁLES SON LAS EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA EN ESTE AMPARO ADICIONAL?

La edad de ingreso del asegurado va desde los 18 años hasta los 72 años más 364 días. La edad máxima de permanencia es hasta los 75 años más 364 días.

CONDICIÓN CUARTA. ¿CUÁLES SON LAS DEFINICIONES APLICABLES A ESTE AMPARO?

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:

- **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.
- **DIAGNÓSTICO:** Es toda identificación de una enfermedad, fundándose en los síntomas manifestados por el enfermo y confirmados por evidencias clínicas y para clínicas.
- **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 QUINTA. ¿QUÉ SE DEBE HACER EN CASO DE SINIESTRO?

El Asegurado deberá dar aviso del siniestro a LA COMPAÑÍA en el menor tiempo posible. Previo al pago de la suma asegurada, LA COMPAÑÍA podrá para decidir la reclamación, exigir al beneficiario pruebas fehacientes y satisfactorias sobre la ocurrencia del siniestro.

El proceso para la atención de siniestros podrá ser consultado en la página web de LA COMPAÑÍA.

¿CUÁL ES EL VALOR A RECIBIR POR EL SINIESTRO?

La suma asegurada se considerará de acuerdo con la forma indicada en el certificado individual de seguro, según corresponda.

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 la suma asegurada 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 estipulado y el máximo beneficio pagadero por el amparo.

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 estipulado, ni como un mismo evento o siniestro, y cada una generará a favor del asegurado el máximo beneficio pagadero bajo este plan.

¿ESTE AMPARO TIENE DEDUCCIONES?

Sí, para el pago del Amparo de Renta Diaria por Hospitalización por enfermedad, se descontarán 3 días como deducible y se pagará la renta diaria mencionada hasta por el número de días de hospitalización sin que exceda el número de días máximo estipulado en el certificado individual de seguro.

CONDICIÓN SEXTA - ¿CUÁNDO TERMINA ESTE AMPARO ADICIONAL DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD?

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

- Por haber cumplido el asegurado la edad máxima de permanencia establecida en este Anexo.
- Cuando CHUBB paga la suma asegurada por la afectación de uno o varios eventos que agoten el valor máximo del seguro.

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 terminación de vigencia.

En tal caso podrá disfrutar de la cobertura 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, 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 REGIRÁN POR LAS REGLAS, MANDATOS O NORMAS ESTIPULADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO

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 SEGUROS COLOMBIA S.A. NIT 860.026.518-6

CHUBB®

PÓLIZA – VIDA GRUPO

AMPARO ADICIONAL AUXILIO CANASTA POR MUERTE POR CUALQUIER CAUSA NO PREEXISTENTE

26/01/2024-1305-P-34-CLACHUBB20230008-DRCI
26/01/2024-1305- A -34- ANEXCHUBB2023007-DRCI
08/10/2020-1305-NT-34-LIFNTCHUBBSEGo72

ESTE AMPARO ADICIONAL ES OTORGADO POR CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ "LA COMPAÑÍA" O "CHUBB", CON SUJECCIÓN A LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO QUE SE EXPIDA.

CONDICIÓN PRIMERA. ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO EN ESTE AMPARO ADICIONAL?

LA COMPAÑÍA PAGARÁ LA SUMA ESTABLECIDA EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO COMO AUXILIO PARA CANASTA FAMILIAR, EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO POR CUALQUIER CAUSA NO PREEXISTENTE.

CONDICIÓN SEGUNDA. ¿QUÉ NO CUBRE O QUÉ EXCLUYE ESTE AMPARO ADICIONAL?

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

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.

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 REGIRÁN POR LAS REGLAS, MANDATOS O NORMAS ESTIPULADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

CONDICIÓN TERCERA. ¿CUÁLES SON LAS EDADES DE INGRESO Y DE PERMANENCIA?

La edad de ingreso del asegurado va desde los 18 años hasta los 72 años más 364 días. La edad máxima de permanencia es hasta los 75 años más 364 días.

DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO

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 SEGUROS COLOMBIA S.A. NIT 860.026.518-6