

VIDA GRUPO AMPARO BÁSICO

01/01/2021-1305-P-34-CLACHUBB20160070 D00I
03/09/2020- 1305-NT-34-LIFNTCHUBBSEG029

CHUBB®

CONDICIONES GENERALES.

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ "LA COMPAÑIA" 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 COMPAÑIA 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 ANTERIODAD 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 posteridad 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 más 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".
- 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 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.

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®

PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES

MODALIDAD COLECTIVA

01/01/2021-1305-P-31-CLACHUBB20160071-D00I

27/10/2020-1305-NT-31-A&HNTCHUBBSEGo11

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 desaparición 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, presentaran 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.
- 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 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 TERCER - 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.

CHUBB®

ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES COMO ANTICIPO

01/01/2021-1305-P-34-CLACHUBB20160070 DooI
01/01/2021-1305-A-34-ANEXCHUBB2016081-DooI
29/09/2020-1305-NT-34-LIFNTCHUBBSEG037

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: CANCER, INFARTO AL MIOCARDIO, ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR O APOPLEJÍA, TRASPLANTE DE ORGANOS VITALES E INSUFICIENCIA RENAL TAL COMO SE DEFINEN MÁS ADELANTE EN LA CONDICIÓN TERCERA

PARAGRAFO 1. PERIODO DE CARENANCIA.

LA COBERTURA OPERA SIEMPRE Y CUANDO LAS ENFERMEDADES DE CANCER, INFARTO AL MIOCARDIO, ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR O APOPLEJÍA, TRASPALNTE DE ORGANOS 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 ACONTINUACIÓN 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:

CANCER: 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 cardiaco. 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, embólica, oclusiva y/o hemorrágica, 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
- 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 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 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

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 ENFERMADES.

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 APLICARAN AL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO. ASI MISMO SE REGIRAN POR LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CODIGO DE COMERCIO.

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®

PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES
MODALIDAD COLECTIVA

AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE.

01/01/2021-1305-P-31-CLACHUBB20160071-D00I
01/01/2021 1305 A 31 ANEXCHUBB2016074 D00I
27/10/2020-1305-NT-31-A&HNTCHUBBSEGO10

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 APLICARAN AL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO. ASI MISMO SE REGIRAN POR LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CODIGO DE COMERCIO.

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®

PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES
MODALIDAD COLECTIVA

ANEXO RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

01/01/2021-1305-P-31-CLACHUBB20160071-D00I
01/01/2021-1305-A-31-ANEXCHUBB20160077 D00I
28/10/2020-1305-NT-31-A&HNTCHUBBSEG024

EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL DE **RENDA 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 EXAMENES 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.**

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.

DIA: 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 años a 65 años más 364 días	Hasta los 69 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 – 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 APLICARAN AL PRESENTE AMPARO, LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO. ASI MISMO SE REGIRAN POR LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CODIGO DE COMERCIO

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.

PÓLIZA ESTANDAR DE TARJETA PROTEGIDA

30/06/2021-1305-P-09- CLACHUBB20210009-DRCI
25/08/2020 -1305-NT-09-PLSNTCHUBBSEG004

CHUBB®

COMPAÑÍA ASEGURADORA:

ESTE SEGURO ES OTORGADO POR CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ "LA COMPAÑÍA" O "CHUBB".

CLÁUSULA PRIMERA – ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

CON SUJECIÓN A LO EXPRESADO EN LA PÓLIZA O CERTIFICADO DE SEGURO, CADA ASEGURADO PODRÁ TENER UNO O MÁS DE LOS SIGUIENTES AMPAROS:

1. HURTO CALIFICADO DE DINEROS RETIRADOS EN CAJEROS ELECTRÓNICOS O VENTANILLAS DE ENTIDAD FINANCIERA.

CHUBB AMPARALA PÉRDIDA PATRIMONIAL QUE SUFRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DEL HURTO CALIFICADO RESPECTO DEL DINERO EN EFECTIVO QUE SEA RETIRADO DE UN CAJERO AUTOMÁTICO O VENTANILLA DE UNA ENTIDAD FINANCIERA.

¿CÓMO OPERA ESTE AMPARO?

ESTE SEGURO OPERA SIEMPRE Y CUANDO LA OPERACIÓN SEA REALIZADA POR EL ASEGURADO COMO TITULAR DEL PRODUCTO FINANCIERO ASEGURADO EN LA PÓLIZA O CERTIFICADO DE SEGURO, Y EL HURTO CALIFICADO OCURRA DENTRO DE LAS DOS (2) HORAS SIGUIENTES A LA FECHA Y HORA DE DICHO RETIRO.

¿CUÁL ES EL VALOR ASEGURADO?

EL MÁXIMO VALOR ASEGURADO NO PODRA SUPERAR EL LÍMITE AGREGADO Y/O EL NÚMERO DE EVENTOS ESTABLECIDO EN LA PÓLIZA O CERTIFICADO DE SEGURO.

2. SECUESTRO EXTORSIVO EN LA MODALIDAD DE "PASEO MILLONARIO":

CHUBB AMPARA LA PÉRDIDA PATRIMONIAL QUE SUFRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DEL RETIRO FORZADO DE DINERO DE UN CAJERO AUTOMÁTICO.

¿CÓMO OPERA ESTE AMPARO?

EL SEGURO OPERA SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO SEA EL TITULAR DEL PRODUCTO FINANCIERO CUBIERTO EN LA PÓLIZA O CERTIFICADO DE SEGURO Y HAYA SIDO OBLIGADO CONTRA SU VOLUNTAD POR TERCEROS A EFECTUAR LA TRANSACCIÓN MEDIANTE EL USO DE FUERZA O VIOLENCIA, O BAJO ESTADO DE INDEFENSIÓN O SUMINISTRÁNDOLE ALUCINÓGENOS O DROGAS TÓXICAS.

¿CUÁL ES EL VALOR ASEGURADO?

EL MÁXIMO VALOR ASEGURADO NO PODRÁ SUPERAR EL LÍMITE AGREGADO Y/O EL NÚMERO DE EVENTOS ESTABLECIDOS EN LA PÓLIZA O CERTIFICADO DE SEGURO.

3. MANIPULACIÓN DE CAJEROS ELECTRÓNICOS

CHUBB AMPARA LA PÉRDIDA PATRIMONIAL QUE SUFRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DEL HURTO RESPECTO DE UNA OPERACIÓN DE RETIRO DE DINERO DE UN CAJERO AUTOMÁTICO QUE HA SIDO MANIPULADO FRAUDULENTAMENTE Y NO PERMITA LA ENTREGA DEL EFECTIVO.

¿CÓMO OPERA ESTE AMPARO?

EL SEGURO OPERA, SIEMPRE Y CUANDO LA OPERACIÓN SEA REALIZADA POR EL ASEGURADO COMO TITULAR DEL PRODUCTO FINANCIERO CUBIERTO EN LA PÓLIZA O CERTIFICADO DE SEGURO, Y EN LOS SISTEMAS DE LA ENTIDAD FINANCIERA DICHA OPERACIÓN HAYA GENERADO EL DÉBITO O CARGO CORRESPONDIENTE.

¿CUÁL ES EL VALOR ASEGURADO?

EL MÁXIMO VALOR ASEGURADO NO PODRÁ SUPERAR EL LÍMITE AGREGADO Y/O EL NÚMERO DE EVENTOS ESTABLECIDOS EN LA PÓLIZA O CERTIFICADO DE SEGURO.

4. HURTO CALIFICADO DE COMPRAS

CHUBB AMPARA LA PÉRDIDA PATRIMONIAL QUE SUFRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DEL HURTO CALIFICADO DEL QUE SEA VÍCTIMA RESPECTO DE LOS SIGUIENTES ARTÍCULOS NUEVOS: MUEBLES, VESTUARIO, UTENSILIOS DE HOGAR, ACCESORIOS DEL HOGAR, ELECTRODOMÉSTICOS, ARTÍCULOS ELECTRÓNICOS NO MÓVILES

Y/O LAS DEMÁS CATEGORÍAS DE ARTÍCULOS QUE SE DEFINAN EN LA PÓLIZA O CERTIFICADO DE SEGURO.

¿CÓMO OPERA ESTE AMPARO?

EL SEGURO OPERA SIEMPRE Y CUANDO EL PAGO DE LAS COMPRAS SE HAYA REALIZADO DIRECTAMENTE POR EL ASEGURADO CON TARJETA DE CRÉDITO, DÉBITO O CUALQUIER OTRO INSTRUMENTO DE PAGO ELECTRÓNICO DEFINIDO EN LA PÓLIZA O CERTIFICADO DE SEGURO Y EL HURTO CALIFICADO OCURRA DENTRO DE LAS DOS (2) HORAS SIGUIENTES A LA COMPRA Y/O FECHA EFECTIVA DE ENTREGA A SATISFACCIÓN POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO.

¿CUÁL ES EL VALOR ASEGURADO?

EL LÍMITE MÁXIMO DE VALOR ASEGURADO SERÁ EL EXPRESADO EN LA PÓLIZA O CERTIFICADO DE SEGURO SIN SUPERAR EL LÍMITE AGREGADO Y/O EL NÚMERO DE EVENTOS PACTADOS.

5. DAÑO TOTAL ACCIDENTAL DE COMPRAS

CHUBB AMPARA LA PÉRDIDA PATRIMONIAL QUE SUFRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DEL DAÑO TOTAL ACCIDENTAL RESPECTO DE LOS SIGUIENTES ARTÍCULOS NUEVOS: MUEBLES, VESTUARIO, UTENSILIOS DE HOGAR, ACCESORIOS DEL HOGAR, ELECTRODOMÉSTICOS, ARTÍCULOS ELECTRÓNICOS NO MÓVILES Y/O LAS DEMÁS CATEGORÍAS DE ARTÍCULOS QUE SE DEFINAN EN LA PÓLIZA O CERTIFICADO DE SEGURO.

¿CÓMO OPERA ESTE AMPARO?

ESTE SEGURO OPERA SIEMPRE Y CUANDO EL PAGO DE LAS COMPRAS SE HAYA REALIZADO DIRECTAMENTE POR EL ASEGURADO CON TARJETA DE CRÉDITO, DÉBITO O CUALQUIER OTRO INSTRUMENTO DE PAGO ELECTRÓNICO DEFINIDO EN LA PÓLIZA O CERTIFICADO DE SEGURO Y EL DAÑO ACCIDENTAL OCURRA DENTRO DE LOS TRES (3) MESES CALENDARIO A PARTIR DE LA FECHA DE LA COMPRA Y/O FECHA EFECTIVA DE ENTREGA A SATISFACCIÓN POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO.

¿CUÁL ES EL VALOR ASEGURADO?

EL LÍMITE MÁXIMO DE VALOR ASEGURADO SERÁ EL EXPRESADO EN LA PÓLIZA O CERTIFICADO DE SEGURO SIN SUPERAR EL LÍMITE AGREGADO Y/O EL NÚMERO DE EVENTOS PACTADO.

6. HURTO O EXTRAVÍO DE TARJETAS.

CHUBB AMPARA LA PÉRDIDA PATRIMONIAL QUE SUFRA EL ASEGURADO, POR EL HURTO O EXTRAVÍO DE SUS TARJETA(S) DÉBITO O CRÉDITO ASEGURADAS EN LA PÓLIZA O CERTIFICADO DE SEGURO, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- TRANSACCIONES FRAUDULENTAS EFECTUADAS CON CARGO A SU(S) TARJETA(S).**
- TRANSACCIONES FRAUDULENTAS REALIZADAS A TRAVÉS DE INTERNET.**

¿CÓMO OPERA ESTE AMPARO?

EL SEGURO SOLO AMPARA LAS PERDIDAS MENCIONADAS QUE HAYAN OCURRIDO DENTRO DE LAS CUARENTA Y OCHO (48) HORAS ANTERIORES AL AVISO DE BLOQUEO A LA ENTIDAD FINANCIERA EMISORA DE LAS TARJETAS.

¿CUÁL ES EL VALOR ASEGURADO?

EL LÍMITE MÁXIMO DE VALOR ASEGURADO SERÁ EL EXPRESADO EN LA PÓLIZA O CERTIFICADO DE SEGURO SIN SUPERAR EL LÍMITE AGREGADO Y/O EL NÚMERO DE EVENTOS PACTADO.

7. ADULTERACIÓN O CLONACIÓN DE TARJETAS.

CHUBB AMPARA LA PÉRDIDA PATRIMONIAL QUE SUFRA EL ASEGURADO POR LAS TRANSACCIONES FRAUDULENTAS EFECTUADAS MEDIANTE LA UTILIZACIÓN FÍSICA DE SU(S) TARJETA(S) DÉBITO O CRÉDITO ASEGURADAS EN LA PÓLIZA O CERTIFICADO DE SEGURO, QUE HAN SIDO PREVIAMENTE FALSIFICADAS, MODIFICADAS, ADULTERADAS O CLONADAS EN SU BANDA MAGNÉTICA, CHIP O PLÁSTICO.

¿CUÁL ES EL VALOR ASEGURADO?

EL MÁXIMO VALOR ASEGURADO NO PODRÁ SUPERAR EL LÍMITE AGREGADO Y/O EL NÚMERO DE EVENTOS ESTABLECIDOS EN LA PÓLIZA O CERTIFICADO DE SEGURO.

8. COMPRAS FRAUDULENTAS POR INTERNET.

CHUBB AMPARA LA PÉRDIDA PATRIMONIAL QUE SUFRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE TRANSACCIONES FRAUDULENTAS EFECTUADAS MEDIANTE LA UTILIZACIÓN POR INTERNET DE SU(S) TARJETA(S) DÉBITO O CRÉDITO ASEGURADAS EN LA PÓLIZA O CERTIFICADO DE SEGURO, SIN QUE LAS MISMAS HAYAN SIDO PREVIAMENTE HURTADAS O EXTRAVIADAS.

¿CÓMO OPERA ESTE AMPARO?

- **EL SEGURO SOLO AMPARA LAS PERDIDAS FRAUDULENTAS QUE HAYAN OCURRIDO DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO ANTERIORES A LA FECHA LÍMITE DE PAGO DEL ESTADO DE CUENTA DE SU TARJETA EN EL CUAL DESCUBRA EL USO FRAUDULENTO SIEMPRE Y CUANDO EFECTUÉ EL BLOQUEO DE LA TARJETA(S) CON LA ENTIDAD EMISORA.**
- **NO SE INCLUYE DENTRO DE LA COBERTURA LAS TRANSACCIONES FRAUDULENTAS REALIZADAS POR INTERNET QUE REQUIERAN EL USO DE PIN, TOKEN, CLAVE PERSONAL DE SEGURIDAD.**

¿CUÁL ES EL VALOR ASEGURADO?

EL MÁXIMO VALOR ASEGURADO NO PODRÁ SUPERAR EL LÍMITE AGREGADO Y/O EL NÚMERO DE EVENTOS ESTABLECIDOS EN LA PÓLIZA O CERTIFICADO DE SEGURO.

1.9. HURTO O EXTRAVÍO DE DOCUMENTOS.

CHUBB AMPARA LA PÉRDIDA PATRIMONIAL QUE SUFRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE HURTO O EXTRAVÍO DE LA CEDULA DE CIUDADANÍA JUNTO CON CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- **LICENCIA DE CONDUCCIÓN.**
- **PASAPORTE.**
- **TARJETA DE PROPIEDAD DE VEHÍCULO PROPIO.**
- **LIBRETA MILITAR.**
- **CARNET DE LA EPS.**

- CARNET DE CAJA DE COMPENSACIÓN.
- CARNET ESTUDIANTIL.
- CARNET LABORAL.
- PLASTICOS DE TARJETAS DEBITO O CREDITO.
- CUALQUIER OTRO DOCUMENTO EXPRESAMENTE SEÑALADO EN LA PÓLIZA O CERTIFICADO DE SEGURO.

¿CUÁL ES EL VALOR ASEGURADO?

EL VALOR ASEGURADO CORRESPONDE A LOS COSTOS DE REPOSICION Y/O REEXPEDICION DE TALES DOCUMENTOS. EN TODO CASO EL MÁXIMO VALOR ASEGURADO NO PODRÁSUPERAR EL LÍMITE AGREGADO Y/O EL NÚMERO DE EVENTOS ESTABLECIDO EN LA PÓLIZA O CERTIFICADO DE SEGURO.

¿ESTE SEGURO PUEDE INCLUIR COBERTURAS ADICIONALES?

SÍ, SIEMPRE Y CUANDO ESTÉN EXPRESAMENTE ESTIPULADAS EN LA PÓLIZA O CERTIFICADO DE SEGURO. EN CASO DE OTORGARSE COBERTURAS ADICIONALES EL ASEGURADO RECIBIRÁ LAS CONDICIONES DEL RESPECTIVO ANEXO.

CLÁUSULA SEGUNDA. ¿QUÉ NO CUBRE ESTE SEGURO?

- a) **PERDIDAS EN LAS QUE EL ASEGURADO PUEDA OBTENER REEMBOLSO DE CUALQUIER ENTIDAD FINANCIERA O ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD DE ESTOS POR UN EVENTO CUBIERTO EN LA PÓLIZA O CERTIFICADO DE SEGURO.**
- b) **PÉRDIDAS OCASIONADAS POR DOLO O CULPA GRAVE DEL ASEGURADO O 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 CÓMPlice DEL HECHO QUE DA ORIGEN A LA PÉRDIDA.**
- c) **PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACTOS FRAUDULENTOS DE EMPLEADOS, CONTRATISTAS O DEPENDIENTES DE LA ENTIDAD EMISORA DE LOS PRODUCTOS FINANCIEROS ASEGURADOS Y/O DERIVADAS DEL USO INDEBIDO DE BASES DE DATOS QUE CONTENGAN INFORMACIÓN CREDITICIA DEL ASEGURADO O PRODUCTO FINANCIERO.**
- d) **DAÑOS CAUSADOS POR USO, ABUSO, DETERIORO GRADUAL, VICIO PROPIO, OXIDACIÓN, HERRUMBRE, CORROSIÓN, HUMEDAD ATMOSFÉRICA, DEFECTOS PROPIOS QUE GENEREN RESPONSABILIDAD DE GARANTÍA DEL FABRICANTE / VENDEDOR, DAÑOS MECÁNICOS Y ESTÉTICOS QUE NO COMPROMETAN LA FUNCIONALIDAD DEL BIEN ASEGURADO.**
- e) **NINGÚN EVENTO OCURRIDO A CUALQUIER ARTÍCULO NO DESCRITO COMO CUBIERTO EN LAS PRESENTES CONDICIONES GENERALES O EN LA PÓLIZA O CERTIFICADO DE SEGURO DE SEGURO.**

- f) **HURTO SIMPLE, PERDIDA O DESAPARICION MISTERIOSA DE LAS COMPRAS.**
- g) **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.**

CLÁUSULA TERCERA. DEFINICIONES

Para todos los efectos de este seguro y cuando ello sea necesario, por no estar definido en la póliza, se acudirá a las definiciones del diccionario de la real academia de la lengua española y/o a las definiciones establecidas en la legislación colombiana, según corresponda. sin perjuicio de lo anterior, desde ahora se establecen las siguientes definiciones:

3.1. ARTÍCULOS ELECTRÓNICOS NO MÓVILES: Son los dispositivos electrónicos que necesitan suministro de energía continuo de tomacorriente para su funcionamiento, los cuales no pueden ser movilizables sin ser apagados y desconectados previamente de la energía eléctrica. dichos dispositivos carecen de pilas o dispositivos que permitan su funcionamiento y utilización sin conexión permanente a tomacorriente.

3.2. DAÑO TOTAL ACCIDENTAL: Se entiende por daño accidental la destrucción total del bien asegurado que provenga de un hecho súbito, imprevisible e irresistible, y cuya causación no sea atribuible al asegurado y que genere la pérdida de su funcionalidad. para efectos del seguro también se considera daño total accidental aquellos daños cuya reparación según dictamen técnico especializado requieran de un presupuesto superior al porcentaje establecido en la póliza de seguro respecto del valor comercial incluido iva del bien asegurado al momento de la compra.

3.3. HURTO CALIFICADO: Se entiende por hurto calificado todo aquel que se cometiere bajo las condiciones previstas en los numerales 1 y 2 del artículo 240 de la ley penal colombiana.

3.4. SECUESTRO EXTORSIVO EN MODALIDAD DE “PASEO MILLONARIO”: Se entiende por secuestro extorsivo en modalidad de paseo millonario el ejercicio de fuerza o violencia por parte de terceros en la cual se retiene a la víctima bajo amenaza de hacerle daño a ella o a un tercero por un lapso necesario mientras es obligado a realizar retiros de dinero en cajeros automáticos.

3.5. LÍMITE AGREGADO: Corresponde al límite máximo de responsabilidad de la compañía por la ocurrencia de siniestros indemnizados durante un periodo de doce meses. el límite máximo de responsabilidad se restablecerá por cada doce meses consecutivos de cobertura del seguro. el límite agregado será el estipulado en la póliza.

CLÁUSULA CUARTA. PROCEDIMIENTO SIMPLIFICADO DE RECLAMACIÓN E INDEMNIZACIÓN.

4.1. ¿QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO?

Corresponde al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, para lo cual podrá utilizar los medios probatorios pertinentes, no obstante, y con el fin de facilitar la reclamación y dependiendo del amparo que pretende reclamar podrá adjuntar:

- Formulario de reclamación totalmente diligenciado.

- Fotocopia legible del documento de identidad.
- Carta formal de reclamación, en la que se describan las circunstancias de tiempo, modo y lugar de ocurrencia del evento, así como el monto reclamado, actividad que se estaba desarrollando, etc.
- Copia del denuncia formulado ante la autoridad competente.
- Certificación de bloqueo de la tarjeta o producto financiero.
- Estado de cuenta en virtud del cual se logre acreditar el débito o cargo a los productos financieros o bienes objeto de la cobertura
- Certificación del banco en donde se confirme, que no le realizarán ningún reintegro de los valores reclamados.
- Recibo de pago de reexpedición de documentos reclamados.
- Original o copia de la factura, recibo, tiquete o comprobante de pago en virtud del cual se logre acreditar la compra del bien asegurado.
- El asegurado deberá llevar el bien asegurado afectado por daño material accidental al lugar que le indique la compañía para su respectivo diagnóstico.
- En caso de un posible evento de daño accidental, el diagnóstico del servicio técnico especializado en donde conste el grado de afectación del bien, las causas de este y el valor de la reparación (en caso de ser reparable), no obstante, la compañía se reserva el derecho de verificar el estado del bien afectado.

4.2. ¿CUÁNDO SE PIERDE EL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN?

Si hubiese, en los hechos que configuran el siniestro o en la reclamación, dolo o mala fe del asegurado, beneficiarios, causahabientes o apoderados, según lo previsto en el artículo 1078 del código de comercio.

4.3. ¿CÓMO SE PAGA EL SINIESTRO POR LA COMPAÑÍA?

CHUBB una vez analizado el siniestro, y si hay lugar al reconocimiento de una indemnización, la misma será pagadera en dinero, o mediante la reposición, reparación o reconstrucción de la cosa asegurada, a opción del asegurador, en todo caso sin exceder el valor asegurado.

la compañía definirá la solicitud de indemnización, máximo dentro de los 15 días siguientes a la fecha en que el asegurado acredite la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida.

la compañía efectuará el pago máximo dentro de los 5 días siguientes a fecha en la que el asegurado aporte la información para tal propósito

PARÁGRAFO PRIMERO: En el caso de daño total accidental sobre el bien asegurado en los términos de la presente PÓLIZA O CERTIFICADO DE SEGURO, el asegurado tiene la obligación de proveer al salvamento del(los) bien(es) asegurado(s), por lo tanto, el(los) bien(es) deberá(n) ser entregado(s) a la compañía en caso de que ésta así se lo exija al asegurado. los gastos de transporte y envío del bien asegurado al lugar indicado por la compañía serán asumidos en su totalidad por la compañía.

CLÁUSULA QUINTA. ¿ESTE CONTRATO SE PUEDE REVOCAR?

El contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes de conformidad con lo previsto en el artículo 1071 del Código de Comercio. En consecuencia, LA COMPAÑÍA queda facultada para revocar esta póliza en cualquier tiempo, pero deberá dar aviso al asegurado por escrito sobre esta determinación, con una anticipación de 10 días, por medio de carta certificada dirigida a la última dirección registrada. Además, devolverá al asegurado la proporción de prima correspondiente al tiempo que falte para el vencimiento de la póliza liquidada a prorrata.

El contrato de seguro también podrá ser revocado en cualquier momento por el asegurado 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.

En caso de disminución del riesgo, el asegurador deberá reducir la prima estipulada, según la tarifa correspondiente, por el tiempo no corrido del seguro, excepto en los seguros a que se refiere el artículo 1060, inciso final.

CLÁUSULA 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 falta de pago de la prima o de cualquier cuota, si la prima anual ha sido fraccionada.
- B. Por vencimiento y no renovación de la póliza y/o el certificado de seguro individual de seguro.
- C. 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.
- D. Por revocación del seguro por la COMPAÑÍA.
- E. Cuando LA COMPAÑÍA paga la indemnización por la afectación de uno o varios amparos que agoten el valor máximo del seguro.

CLÁUSULA SÉPTIMA. NOTIFICACIONES Y DOMICILIO:

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.

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de la CHUBB, el establecido en la cámara de comercio y la legislación aplicable será de la república de Colombia.

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](https://www.ustarizabogados.com)

HORARIO DE ATENCIÓN: LUNES A VIERNES DE 8:00 A.M. A 6:00 P.M.

CHUBB®

PÓLIZA ESTANDAR DE HOGAR Y CONTENIDOS

28/07/2021-1305-P-25-CLACHUBB20210006-DRCI
25/08/2020-1305-NT-07-PLSNTCHUBBSEG003

CONDICIONES GENERALES

ESTE SEGURO ES OTORGADO POR CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ “LA COMPAÑÍA” O “CHUBB”.

CONDICIÓN PRIMERA: AMPAROS. ¿QUE CUBRE ESTE SEGURO?

CHUBB ASUME LOS SIGUIENTES RIESGOS DEL HOGAR, SI ESTÁN SEÑALADOS EN EL CERTIFICADO DE SEGURO, QUE SE MATERIALICEN DE MANERA SÚBITA, ACCIDENTAL O IMPREVISTA QUE IMPLIQUEN LA RECONSTRUCCIÓN O REPOSICIÓN DE LOS BIENES ASEGURABLES ASEGURADOS Y QUE SEAN CONSECUENCIA DE:

- INCENDIO Y/O IMPACTO DIRECTO DE RAYO
- EXPLOSIÓN
- HUMO QUE NO PROVENGA DEL INMUEBLE ASEGURADO O SU CHIMENEA
- HURACÁN, TIFÓN, TORNADO, CICLÓN, GRANIZO, VIENTOS FUERTES
- IMPACTO DE AERONAVES Y VEHÍCULOS TERRESTRES
- ANEGACIÓN, DAÑOS POR AGUA
- ACTOS DE AUTORIDAD
- AVERÍA DE CALENTADORES POR ACCIDENTE SÚBITO E IMPREVISTO QUE NO SEAN CONSECUENCIA DE FALTA DE MANTENIMIENTO
- ROTURA DE VIDRIOS PERMANENTES Y DE PORCELANA SANITARIA Y TUBERÍAS.

¿CÓMO OPERA ESTE SEGURO?

- LOS RIESGOS ASEGURADOS TENDRÁN COBERTURA SIEMPRE Y CUANDO NO SEAN CAUSADOS INTENCIONALMENTE O POR NEGLIGENCIA DEL ASEGURADO, SU CÓNYUGE, COMPAÑERO (A) PERMANENTE, O CUALQUIER PERSONA QUE CONVIVA EN EL INMUEBLE AMPARADO.

¿CUÁL ES EL VALOR ASEGURADO?

EL VALOR ASEGURADO SERÁ EL INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN EL CERTIFICADO DE SEGURO, Y CORRESPONDE AL LÍMITE ASEGURADO PARA EL EDIFICIO Y/O CONTENIDO, ENTENDIÉNDOSE COMO LA MÁXIMA RESPONSABILIDAD DE CHUBB POR CADA SINIESTRO AMPARADO.

CORRESPONDE AL ASEGURADO MANTENER ACTUALIZADA LA SUMA ASEGURADA. LA DEL INMUEBLE CORRESPONDERÁ AL VALOR DE SU RECONSTRUCCIÓN. EN TODO CASO, APLICARÁN LAS FIGURAS DE INFRASEGURO O SOBRESEGURO.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

¿ESTE SEGURO PUEDE INCLUIR AMPAROS ADICIONALES?

SÍ, RESPECTO DEL INMUEBLE ASEGURADO, SIEMPRE Y CUANDO ESTÉN EXPRESAMENTE ESTIPULADOS EN LA PÓLIZA O CERTIFICADO DE SEGURO. ESTOS PUEDEN SER:

- A. ARRENDAMIENTO DEJADO DE PERCIBIR O ARRENDAMIENTO EN QUE SE INCURRA TEMPORALMENTE CUANDO SEA IMPOSIBLE HABITAR EL INMUEBLE DURANTE SU REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN, PÉRDIDA DE ALIMENTOS REFRIGERADOS, GASTOS DE EXTINCIÓN DEL SINIESTRO, REMOCIÓN DE ESCOMBROS, HONORARIOS PROFESIONALES DE ARQUITECTOS, INGENIEROS, INTERVENTORES Y CONSULTORES, GASTOS PARA LA PRESERVACIÓN DE BIENES, GASTOS DE REPOSICIÓN DE DOCUMENTOS Y DAÑOS A PROPIEDADES DE INVITADOS, HUÉSPEDES O VISITANTES.
- B. EL INCENDIO, LA EXPLOSIÓN Y LAS PÉRDIDAS O LOS DAÑOS MATERIALES QUE SEAN CONSECUENCIA DE HUELGA, ASONADA, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL O POPULAR Y ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS, INCLUYENDO MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS.
- C. LOS DAÑOS O PÉRDIDAS MATERIALES CAUSADOS POR TERREMOTO, TEMBLOR, ERUPCIÓN VOLCÁNICA, MAREMOTO, MAREJADA Y TSUNAMI, ADICIONALMENTE CHUBB ASUME EL VALOR ASEGURADO REPORTADO POR EL ASEGURADO CORRESPONDIENTE A LA ADECUACIÓN DE LAS NORMAS DE SISMO RESISTENCIA.
- D. LAS PÉRDIDAS O DAÑOS DE LOS CONTENIDOS QUE SE ENCUENTREN DENTRO DEL INMUEBLE AMPARADO QUE SEAN CONSECUENCIA DE ESTAFA, HURTO SIMPLE Y HURTO CALIFICADO, INCLUYENDO INFIDELIDAD DE EMPLEADOS DOMÉSTICOS.
- E. LOS DAÑOS FÍSICOS OCURRIDOS A EQUIPOS ELÉCTRICOS, ELECTRÓNICOS Y GASODOMÉSTICOS QUE SE GENEREN DE FORMA SÚBITA E IMPREVISTA COMO CONSECUENCIA DE CORTO CIRCUITO, SOBRE VOLTAJE, FALLA DE AISLAMIENTO, ARCO VOLTAICO, FENÓMENOS ELECTROMAGNÉTICOS Y ELECTROSTÁTICOS, ACCIÓN DIRECTA DE LA ELECTRICIDAD ATMOSFÉRICA, IMPERICIA, NEGLIGENCIA, DESCUIDO Y MANEJO INADECUADO.
- F. LOS DAÑOS FÍSICOS CAUSADOS POR LA ROTURA REPENTINA Y ACCIDENTAL DE LA MAQUINARIA DEL INMUEBLE ASEGURADO Y QUE NO PROVENGAN DE EVENTOS QUE SEAN ATRIBUIBLES AL FABRICANTE O PROVEEDOR O CAUSADOS POR DESGASTE POR USO, DETERIORO NORMAL, FALTA DE MANTENIMIENTO U OPERACIÓN DE LA MAQUINA BAJO CONDICIONES ANORMALES O POR ENCIMA DE LA CAPACIDAD DE DISEÑO.
- G. LAS PÉRDIDAS O DAÑOS A BIENES MUEBLES Y PORTÁTILES DE USO PERSONAL, DESCRITOS A CONTINUACION Y QUE POR SU NATURALEZA SE PUEDEN ENCONTRAR DENTRO O FUERA DEL INMUEBLE ASEGURADO: JOYAS, RELOJES PERSONALES, CÁMARAS DE VIDEO Y FOTOGRÁFICAS, COMPUTADORES PORTÁTILES Y ARTÍCULOS DEPORTIVOS. LA COBERTURA ES NACIONAL E INTERNACIONAL.
- H. LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES QUE EL ASEGURADO CAUSE A TERCERAS PERSONAS Y POR LOS CUALES SEA LEGALMENTE RESPONSABLE, RELACIONADOS CON EL INMUEBLE ASEGURADO Y SU HOGAR, SIN INCLUIR RIESGOS LABORALES.

CONDICIÓN SEGUNDA: EXCLUSIONES ¿QUÉ NO CUBRE ESTE SEGURO?

APLICAN A ESTE SEGURO LAS EXCLUSIONES LEGALES (ARTÍCULOS 1054, 1055, 1104, 1105 Y 1115 DEL CÓDIGO DE COMERCIO), LAS EXCLUSIONES GENERALES REFERIDAS A LA TOTALIDAD DEL CONTRATO DE

SEGURO Y LAS EXCLUSIONES PARTICULARES REFERIDAS A CADA UNO DE LOS AMPAROS, ESTABLECIDAS EN ESTA POLIZA.

2.1. ¿QUÉ NO SE CUBRE EN EL AMPARO BÁSICO Y LOS AMPAROS ADICIONALES?

SE EXCLUYEN DAÑOS Y PÉRDIDAS CAUSADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR:

- A. DOLO O CULPA GRAVE DEL ASEGURADO O CÓNYUGE, O CUALQUIER PARIENTE DEL ASEGURADO DENTRO DEL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO DE AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL.
- B. INVASIÓN, HOSTILIDAD, OPERACIONES ARBITRARIAS Y ACTOS BÉLICOS DE FUERZAS MILITARES, PARAMILITARES, SUBVERSIVAS O DE GOBIERNOS EXTRANJEROS.
- C. DEFECTOS EXISTENTES EN LOS BIENES ASEGURADOS ANTES DE INICIARSE EL SEGURO.
- D. PERJUICIOS Y/O DAÑOS CAUSADOS POR POLUCIÓN O CONTAMINACIÓN.
- E. LUCRO CESANTE.
- F. DERRUMBAMIENTO DEL EDIFICIO ASEGURADO, SALVO CUANDO SEA RESULTADO DE UN EVENTO AMPARADO BAJO LA PRESENTE PÓLIZA.
- G. HUNDIMIENTOS, DESPLAZAMIENTOS, AGRIETAMIENTOS, DESPLOME Y ASENTAMIENTO DE MUROS, PISOS, TECHOS, PAVIMENTOS O CIMIENTOS POR VICIOS INHERENTES AL SUELO O A SU CONSTRUCCIÓN.
- H. FERMENTACIÓN, DEFECTOS INHERENTES A LOS BIENES ASEGURADOS, DESCOMPOSICIÓN NATURAL, HUMEDAD PROLONGADA O POR GOTERAS, FILTRACIONES DE AGUA, MERMAS, FUGAS, EVAPORACIÓN, PÉRDIDA DE PESO, PÉRDIDA ESTÉTICA, ARAÑAZOS, RASPADURAS, DERRUMBES, INCRUSTACIONES, MOHO O SEQUEDAD DE LA ATMÓSFERA, PÉRDIDA DE VALOR O APROVECHAMIENTO DE LAS EXISTENCIAS ORIGINADAS POR: EXPOSICIÓN A LA LUZ, CAMBIOS DE COLOR, SABOR, OLORES, TEXTURA, ACABADO, ACCIÓN DE ROEDORES, INSECTOS O PLAGAS, SALVO QUE DICHOS DAÑOS SEAN PRODUCIDOS POR UN SINIESTRO DERIVADO EN LA PRESENTE PÓLIZA.
- I. DAÑOS EN LOS OBJETOS ASEGURADOS DURANTE CUALQUIER PROCESO DE REPARACIÓN, RESTAURACIÓN, MANTENIMIENTO O RENOVACIÓN, ASÍ COMO LOS COSTOS DE ESTOS PROCESOS Y LAS PÉRDIDAS QUE PUEDAN CAUSAR.
- J. MANIPULACIÓN DE HARDWARE Y SOFTWARE Y LA IMPOSIBILIDAD DE ACCEDER A DATOS O INFORMACIÓN CONTENIDA EN MEDIOS ELECTRÓNICOS, ÓPTICOS O SIMILARES, UNIDADES DE ALMACENAMIENTO DE DATOS, INTERNET, PROGRAMAS, APLICACIONES MÓVILES Y CORREO ELECTRÓNICO, ESPECIALMENTE CUALQUIER MODIFICACIÓN DESFAVORABLE DE DATOS, MALFUNCIONAMIENTO DE SOFTWARE O NO DISPONIBILIDAD DE PROGRAMAS INFORMÁTICOS A CONSECUENCIA DE HURTO, BORRADO, DESTRUCCIÓN O DESFIGURACIÓN DE LA ESTRUCTURA ORIGINAL.

PARÁGRAFO: EN TODO CASO, ESTE SEGURO NO SE 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 SINIESTROS.

2.2. ¿QUÉ NO SE CUBRE EN EL AMPARO BÁSICO DE INCENDIO?

SE EXCLUYEN LOS DAÑOS AL BIEN ASEGURADO QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

- A. EL INCENDIO CAUSADO COMO CONSECUENCIA DE ACTOS TERRORISTAS O DE MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS

- B. IMPACTO DE VEHÍCULOS TERRESTRES CUYO PROPIETARIO O CONDUCTOR SEA EL ASEGURADO, ARRENDATARIO O TENEDOR DEL INMUEBLE ASEGURADO Y/O CUALQUIER PARIENTE DEL ASEGURADO DENTRO DEL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO DE AFINIDAD O ÚNICO CIVIL.
- C. LA CAÍDA DE ÁRBOLES Y RAMAS QUE SE HAYA CAUSADO POR TALAS O PODAS DE ÁRBOLES O CORTES EN SUS RAMAS EFECTUADAS POR EL ASEGURADO.
- D. CUALQUIERA DE LOS RIESGOS QUE PUEDAN SER ASEGURADOS BAJO UN AMPARO ADICIONAL DE ESTA PÓLIZA.

2.3. ¿QUÉ NO SE CUBRE EN EL AMPARO DE HUELGA, ASONADA, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL O POPULAR Y ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS?

LA PÉRDIDA, DAÑO, COSTO O GASTO CAUSADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR CUALQUIER INTERRUPTIÓN NO ACCIDENTAL DE SERVICIOS PÚBLICOS (ENERGÍA, GAS, ACUEDUCTO, DISPOSICIÓN DE BASURAS, COMUNICACIONES Y CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD CONSIDERADA SERVICIO PÚBLICO).

2.4. ¿QUÉ NO SE CUBRE EN EL AMPARO DE TERREMOTO, TEMBLOR, ERUPCIÓN VOLCÁNICA, MAREMOTO, MAREJADA Y TSUNAMI?

A. LA PÉRDIDA O DAÑO DE TERRENOS, NACIMIENTOS E INFRAESTRUCTURA PARA MANEJO DE AGUAS, COSTOS DE ACONDICIONAMIENTOS O MODIFICACIONES DEL TERRENO, JARDINES, CÉSPEDES, PLANTAS, ARBUSTOS, ÁRBOLES, BOSQUES O COSECHAS EN PIE, EXCEPTO CUANDO SE TRATA DE EXISTENCIAS O CONTENIDOS AMPARADOS POR LA PÓLIZA ORIGINAL.

B. CUALQUIER CLASE DE FRESCOS O MURALES QUE, COMO MOTIVO DE DECORACIÓN O DE ORNAMENTACIÓN, ESTÉN PINTADOS O FORMEN PARTE DE LA EDIFICACIÓN AMPARADA POR EL PRESENTE ANEXO.

2.5. ¿QUÉ NO SE CUBRE EN LOS AMPAROS DE HURTO SIMPLE Y HURTO CALIFICADO?

CUANDO LOS BIENES SE ENCUENTREN EN LUGARES EXTERIORES A LA RESIDENCIA O EXPUESTOS A LA INTEMPERIE, O EN ZONAS COMUNES DEL EDIFICIO, COMO ZONA DE PARQUEO, DONDE SE ENCUENTRE UBICADO EL INMUEBLE, SALVO LOS BIENES DEJADOS EN DEPÓSITOS QUE ESTÉN DEBIDAMENTE ASEGURADOS Y BAJO LLAVE.

2.6. ¿QUÉ NO SE CUBRE EN EL AMPARO DE EQUIPOS PORTÁTILES Y JOYAS?

SE EXCLUYEN LOS EQUIPOS ELECTRÓNICOS DE BOLSILLO COMO CALCULADORAS, AGENDAS DIGITALES, ORGANIZADORES, PC POCKET, TELÉFONOS CELULARES, BOLÍGRAFOS, ESTILÓGRAFOS, GAFAS, MP3, MP4, IPOD, AURICULARES Y EQUIPOS DE BOLSILLO.

¿QUÉ NO SE CUBRE EN EL AMPARO DE DAÑO EN EQUIPO ELÉCTRICO, ELECTRÓNICO Y GASODOMÉSTICOS?

GASTOS POR CONCEPTO DE REPOSICIÓN DE PORTADORES EXTERNOS DE DATOS Y RECONSTRUCCIÓN DE LA INFORMACIÓN ALLÍ CONTENIDA.

2.7. ¿QUÉ NO SE CUBRE EN EL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL?

A. LAS ACTIVIDADES COMERCIALES DEL ASEGURADO, LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O LA OMISIÓN EN EL SUMINISTRO DE ELLOS.

- B. USO DE VEHÍCULOS AUTOMOTORES, MOTOCICLETAS, AERONAVES O EMBARCACIONES DE PROPIEDAD DEL ASEGURADO O DE TERCEROS, TRANSITORIA O PERMANENTE AL SERVICIO DE ESTE, ASÍ COMO POR LOS OBJETOS EN ESTOS TRANSPORTADOS.
- C. EVENTOS CAUSADOS EN VIOLACIÓN A NORMATIVIDAD VIGENTE O TRAS CONSUMIR BEBIDAS EMBRIAGANTES, ESTUPEFACIENTES, ALUCINÓGENOS, DROGAS TOXICAS O DROGAS HEROICAS.
- D. DAÑOS A PROPIEDADES DE TERCEROS DEBIDO A VIBRACIONES, REMOCIÓN O DEBILITAMIENTO DE LOS APOYOS DE TALES PROPIEDADES, POR EXCAVACIONES U OTRAS OBRAS QUE REALICE EL ASEGURADO.
- E. PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES.

CONDICIÓN TERCERA: ¿QUÉ BIENES NO SON ASEGURABLES EN ESTE SEGURO?

Así sean de propiedad del asegurado o de los huéspedes y visitantes, no son asegurables los siguientes bienes:

- Bienes que se mantengan bajo cuidado, control o custodia, sin ser propietario.
- Bienes destinados a uso comercial, profesional o industrial dentro del predio asegurado.
- Muestrario para venta o para entrega después de la venta.
- Animales vivos.
- Árboles, plantas, recursos madereros y cultivos en pie.
- Vehículos motorizados y artefactos o instrumentos para ser conectados a estos.
- Aeronaves.
- Títulos valores, bonos, escrituras y dinero en efectivo.
- Documentos de cualquier clase, facturas, comprobantes, y libros de contabilidad, libros poco comunes, informes confidenciales, archivos y libros de comercio.
- Manuscritos, planos, croquis, dibujos, patrones, moldes o modelos.
- Software (programas), así como las licencias para utilizar los mismos. En ningún caso ampara la información y/o programas almacenados en medios magnéticos ni su costo de reconstrucción.
- Celulares, equipos de bolsillo, bolígrafos, estilógrafos, música en cualquier presentación, video juegos, licores, libros, maquillaje, gafas, perfumería.
- Metales o piedras preciosas.
- Explosivos y armas de fuego.
- Mejoras locativas, si no se encuentra asegurado el edificio.
- Inmuebles en proceso de construcción o reconstrucción.
- Viviendas construidas con techos de paja, palma o paredes de bahareque o tapia, o cualquier fibra vegetal, ni los artículos contenidos en ellos.

Parágrafo: La presente póliza ampara exclusivamente la parte del edificio de propiedad privada del asegurado, en consecuencia las pérdidas ocurridas en aquellas partes de la construcción que sean del servicio común y por consiguiente de propiedad colectiva, en una propiedad horizontal, quedarán amparadas únicamente en proporción al derecho que sobre ellas tenga el asegurado, en exceso de los seguros de copropiedad existentes.

CONDICIÓN TERCERA: RECLAMACIÓN, INDEMNIZACIÓN Y PAGO DEL SINIESTRO.

¿QUÉ OBLIGACIONES TIENE EL ASEGURADO CASO DE SINIESTRO?

Usted como asegurado tiene las siguientes obligaciones:

- Evitar la extensión y propagación del siniestro, y proveer el salvamento de los bienes asegurados.
- Dar noticia a CHUBB de la ocurrencia del siniestro, dentro de los tres (3) días siguientes a la fecha en que lo haya conocido.
- Declarar a CHUBB al dar noticia del siniestro, los seguros coexistentes, con la indicación del asegurador y de la suma asegurada.

- Demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida.
- Facilitar a CHUBB todos los detalles, libros, recibos, facturas, documentos justificativos, actas y cualquier informe que CHUBB le exija con referencia a la reclamación, al origen y a la causa del siniestro y a las circunstancias bajo las cuales las pérdidas o daños se han producido o que tengan relación con la responsabilidad de CHUBB o con el importe de la indemnización.
- **Inspección del daño:** Antes de que una persona autorizada por CHUBB haya inspeccionado el daño, el asegurado no podrá reparar el bien dañado o alterar el aspecto del siniestro más allá de lo que sea absolutamente indispensable para su seguridad y conservación. El asegurado no podrá hacer cambios que de alguna manera modifiquen el estado en que se encontraban los bienes asegurados después del siniestro. Si la inspección no se efectúa en un período de diez (10) días hábiles siguientes a la fecha en que CHUBB haya sido avisada del siniestro, el asegurado estará autorizado para hacer las reparaciones o cambios necesarios. El asegurado tendrá la obligación de notificar a CHUBB cualquier reparación provisional, indicando todos los detalles.

¿CÓMO SE PAGA EL SINIESTRO?

Con limitación en la suma asegurada y dando aplicación al deducible y a la regla proporcional en caso de infraseguro, que establecen los artículos 1079, 1102 y 1103 del Código de Comercio, la indemnización a que tiene derecho el asegurado, procederá de la siguiente manera:

- **Pérdidas parciales:** Si los daños en los bienes asegurados son reparables, CHUBB pagará todos los gastos necesarios para dejarlos en condiciones de funcionamiento similares a las que tenían inmediatamente antes de ocurrir el siniestro. No se harán deducciones por concepto de depreciación respecto a las partes repuestas.
- **Pérdidas totales:**
 - **Para edificios:** Se tomará el valor de reconstrucción entendiéndose por tal la cantidad de dinero que se necesitaría para que la edificación asegurada sea reconstruida con técnicas y materiales similares a los utilizados en su construcción inicial, sin reducción alguna por depreciación, demérito, uso o vetustez. Para determinar los valores anteriores, se debe tener en cuenta la oferta de bienes existentes en el mercado, que cuenten con similares características.
 - **Para contenidos:** Se tomará el valor de reposición, entendiéndose por tal la cantidad de dinero que se necesitaría para la adquisición de un bien nuevo de las mismas características (naturaleza, clase y capacidad) que aquellas del bien asegurado. La indemnización será pagadera en dinero, o mediante la reposición, reparación o reconstrucción de la cosa asegurada, a opción del asegurador, como lo establece el artículo 1110 del Código de Comercio.

Parágrafo: Si con ocasión de la reposición o reparación de los bienes afectados por un siniestro, el asegurado hiciera algún cambio o reforma en las instalaciones, o reemplazare los bienes afectados por otros de diferente naturaleza o tipo, de mayor capacidad, los mayores costos que dichos cambios ocasionen, serán de cargo del asegurado.

¿SE PUEDE PERDER EL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN?

El asegurado perderá el derecho de la indemnización en los siguientes casos:

- Si las pérdidas o los daños han sido causados intencionalmente por él, su cónyuge o cualquier pariente suyo dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o único civil. Si el asegurado es una persona jurídica, la intencionalidad se predica de sus representantes legales o sus administradores, o si los daños se han causado con la complicidad de cualquiera de ellos.
- Cuando la reclamación fuere de cualquier manera fraudulenta o si se sustentara en declaraciones falsas o si se emplean otros medios o documentos engaños o dolosos.
- Cuando al dar noticia del siniestro se omite maliciosamente informar los seguros coexistentes sobre los mismos intereses asegurados.
- Si renuncia a sus derechos contra terceros responsables del siniestro.

CONDICIÓN QUINTA: DEFINICIONES.

EDIFICIO: Es el conjunto de estructuras fijas con todas sus adiciones, cerramientos, muros, techos, cubiertas, puertas, ventanas, caminos, cimentaciones y construcciones adosadas al suelo, plantas y jardines fijos e instalaciones sanitarias e hidráulicas (no subterráneas), así como las eléctricas, telefónicas de antenas y de aire acondicionado (subterráneas o no), de gas, telecomunicaciones, y demás elementos que formen parte integrante del inmueble, destinadas principalmente a la vivienda.

Las cimentaciones se entienden como conjunto de elementos estructurales que sean utilizados para soportar las cargas de la edificación o elementos apoyados en el suelo, tales como: zapatas, vigas de fundación, losas de fundación, pilas, pilotes entre otros.

Se consideran parte de la vivienda otras construcciones completamente fijas que se encuentren ubicadas dentro del predio asegurado, tales como garajes, sótanos, parqueaderos, cocinas integrales, pisos de madera, depósitos y anexos, cuartos útiles, piscinas, jacuzzi, baños turcos, kioscos, cercas de mampostería o metálicas, las obras e instalaciones de mejora y la decoración fija.

En caso de propiedad horizontal, el término edificio comprende además la proporción que le corresponda al asegurado sobre la parte indivisa de las áreas y elementos comunes fijos de la copropiedad. De resultar insuficiente o no existir contrato de seguro para tales áreas y elementos comunes e indivisos, las pérdidas ocurridas en aquellas áreas o elementos comunes quedarán amparadas únicamente en proporción al derecho que sobre ellas tenga el asegurado.

CONTENIDOS: El conjunto de bienes muebles, como muebles pesados, enseres, equipos eléctricos, electrónicos y gasodomésticos cuya suma asegurada total se indica en las condiciones particulares de la póliza, que se hallen dentro del predio asegurado indicado en la misma (salvo que se trate de bienes portátiles) y que sean propiedad del asegurado, sus familiares o personas que con él convivan, además de su personal doméstico, excluyendo, salvo pacto en contrario, los Vehículos, motos, remolques, embarcaciones y accesorios de todos ellos.

MUEBLES PESADOS: Se consideran muebles pesados los siguientes bienes: mesas, sillas, sillones, sofás, bibliotecas, archivadores, escritorios, camas, cómodas, somieres, armarios, pianos, órganos no portátiles, colchones y lámparas colgantes.

ENSERES: Se consideran enseres los siguientes bienes: prendas de uso personal, tales como artículos de cuero, calzado, pieles y prendas de vestir, así como elementos de uso doméstico, tales como herramientas, artículos deportivos, espejos, tapetes, cuadros, adornos, juguetes, lámparas no colgantes, baterías de cocina, cubiertos, vajillas, lencería, cortinas, ropa blanca y artículos de decoración.

EQUIPOS ELÉCTRICOS: Se consideran equipos eléctricos los siguientes bienes: estufas, neveras, lavadoras, secadoras, aspiradoras, brilladoras, licuadoras, procesadores de alimentos, lavaplatos, hornos, ventiladores y demás equipos eléctricos propios del hogar y para su uso exclusivo dentro de él.

EQUIPOS ELECTRÓNICOS: Se consideran equipos electrónicos los siguientes bienes: impresoras, reguladores de voltaje, televisores, equipos de sonido, grabadoras, teléfonos inalámbricos, video láser, consolas de juegos, decodificadores y demás equipos electrónicos propios del hogar y para su uso exclusivo dentro de él.

EQUIPOS GASODOMÉSTICOS: Se consideran equipos gasodomésticos los siguientes bienes: calentadores, hornos, estufas y neveras que funcionen con gas y demás equipos gasodomésticos propios del hogar y para su uso exclusivo dentro de él.

MAQUINARIA: Se consideran maquinaria los siguientes bienes: bombas, motobombas, transformadores, plantas eléctricas, equipos de calefacción central, cuartos de máquinas (cuando hay piscinas) y ascensores.

VALOR DE RECONSTRUCCIÓN: Es la cantidad de dinero que exigiría la reconstrucción de un inmueble nuevo igual al inmueble asegurado, con iguales áreas construidas y privadas, terminados y acabados, diseños, estructuras y ubicación.

VALOR DE REPOSICIÓN O VALOR A NUEVO: Corresponde a la cantidad de dinero requerida para reponer los bienes de igual clase y características a los objetos asegurados.

DEDUCIBLE: Es la primera parte de la pérdida que invariablemente se deduce de la indemnización y que, por lo tanto, siempre queda a cargo del asegurado. Puede establecerse como un porcentaje (deducible) o como una suma fija (franquicia) y se estipulan en el cuadro de declaraciones de la solicitud del seguro o en el certificado de seguro.

ASONADA: Los que en forma tumultuaria exigieren violentamente de la autoridad la ejecución u omisión de algún acto propio de sus funciones.

CONMOCIÓN CIVIL O POPULAR: Es el enfrentamiento entre un grupo específico de la población en contra del régimen de gobierno establecido con el fin de deponerlo. Es tumultuoso y sedicioso.

ANEGACION: entrada de agua proveniente del exterior de la edificación provenientes de aguaceros, trombas de agua o lluvia, creciente o agua proveniente de ruptura de cañerías o tanques exteriores, canales o diques y los efectos causados por este como avalancha o deslizamiento de terreno.

DAÑOS POR AGUA: originados al interior de la vivienda por desbordamiento de piscinas o tanques, ruptura de tuberías o inundación accidental.

CONDICIÓN SEXTA: DECLARACIÓN Y CONSERVACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, de haber sido conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a establecer condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del contrato.

Así mismo el asegurado está obligado a mantener el estado del riesgo. En caso de agravación deberá informarlo al asegurador.

Estas figuras jurídicas se regularán por lo establecido en los artículos 1058 y 1060 del Código de Comercio.

CONDICIÓN SÉPTIMA: GARANTÍAS.

Queda expresamente convenido que este seguro se realiza en virtud de la garantía dada por el asegurado de que durante su vigencia se compromete a:

6.1. No mantener en el inmueble elementos azarosos, inflamables o explosivos, excluyendo el gas de uso doméstico.

6.2. No efectuar transacciones, acuerdos o asumir obligaciones con terceros damnificados sin la autorización escrita de CHUBB.

6.3. El asegurado no contratará cobertura o límites adicionales que operen en exceso de los límites propuestos para la cobertura de asonada, motín o conmoción civil.

Cuando la garantía se refiera a un hecho posterior a la celebración del contrato de seguro, su incumplimiento permitirá a CHUBB darlo por terminado desde el momento de la infracción; en caso contrario, si se refiere a un hecho anterior a su perfeccionamiento, el contrato será anulable. Esta figura jurídica se regulará por lo establecido en el artículo 1061 del Código de Comercio.

CONDICIÓN OCTAVA: PRIMA Y PLAZO PARA SU PAGO.

El tomador y/o asegurado, según corresponda, está obligado al pago de la prima por la cuantía y dentro del plazo que se establezcan en la solicitud de seguro o en el certificado de seguro.

CONDICIÓN NOVENA: AMPARO AUTOMÁTICO DE NUEVOS BIENES.

Los bienes nuevos que adquiera el asegurado, de la misma naturaleza de los descritos en la presente póliza, que ingresen a los predios señalados en la misma, estarán amparados automáticamente durante un mes, sin exceder del valor máximo indicado específicamente en la carátula de la póliza, contra pérdidas o daños causados por cualquiera de los eventos cubiertos, con exclusión de los que sufran en su transporte, en los mismos términos que los demás bienes amparados y con las limitaciones previstas en esta póliza.

Para que los nuevos bienes ingresados continúen asegurados después del mes de amparo automático, el asegurado tiene la carga de comunicar por escrito dentro de dicho lapso a CHUBB la inclusión respectiva, especificando el tipo de bien y su valor, obligándose a pagar la prima adicional correspondiente.

CONDICIÓN DÉCIMA: SEGURO INSUFICIENTE O INFRASEGURO.

No hallándose asegurado el íntegro valor del interés, CHUBB sólo estará obligado a indemnizar el daño a prorrata entre la cantidad asegurada y la que no lo esté.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA: SEGURO A PRIMERA PÉRDIDA ABSOLUTA.

No obstante lo establecido en la condición anterior, si el tomador o asegurado, con pleno conocimiento del valor total del interés asegurable solicita por escrito tomar el seguro por un valor asegurado inferior, y ello es expresamente aceptado por CHUBB mediante la emisión del certificado de seguro a primera pérdida absoluta correspondiente, en caso de siniestro se indemnizará hasta el valor asegurado estipulado en las condiciones particulares de la póliza, sin aplicación de la regla proporcional del infraseguro, entendiéndose que además del deducible que le corresponda asumir, el asegurado no asumirá parte alguna de las pérdidas o daños sufridos, salvo cuando el monto de las pérdidas o daños exceda de la suma asegurada, caso en el cual entrará el asegurado a soportar el valor de la pérdida o daño sufrido que sobrepase la suma asegurada. De cualquier forma, la indemnización no excederá en ningún caso el valor a nuevo, de reconstrucción, reposición o reemplazo, del interés asegurado en el momento del siniestro.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA: RESTABLECIMIENTO DE VALORES ASEGURADOS POR REPARACIÓN.

En caso que el asegurado repare los bienes afectados por un siniestro, el valor asegurado que se haya rebajado por concepto de la indemnización se restablecerá automáticamente a su valor inicial, obligándose el asegurado a pagar la prima correspondiente para lo cual se compromete a informar por escrito a CHUBB sobre la reparación efectuada dentro del mes siguiente a su instalación en el inmueble.

Este restablecimiento no operará respecto de bienes portátiles, como joyas y equipos electrónicos, ni para los amparos de responsabilidad civil extracontractual, actos mal intencionados de terceros ni huelga, motín, conmoción civil o popular y asonada.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA: REPARACIÓN PROVISIONAL.

Si después de sufrir un daño un bien asegurado se repara por el asegurado en forma provisional y continúa funcionando, CHUBB no será responsable en caso alguno por cualquier daño que éste sufra posteriormente, mientras que la reparación no se haga definitiva.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA: DERECHO SOBRE SALVAMENTO.

Cuando el asegurado sea indemnizado, los bienes salvados o recuperados quedarán de propiedad de CHUBB. Sin embargo, el asegurado no podrá hacer abandono de éstos. El asegurado participará proporcionalmente en el valor de la venta del salvamento neto, teniendo en cuenta la parte que haya asumido de la pérdida total. Se entiende por salvamento neto, el valor resultante de descontar del valor de la venta del mismo, los gastos realizados por CHUBB para tal propósito.

CONDICIÓN DECIMA QUINTA: SUBROGACIÓN.

En virtud del pago de la indemnización, CHUBB se subroga en todos los derechos del asegurado contra las personas responsables del siniestro. Esta figura jurídica se regulará por lo establecido en el artículo 1096 del Código de Comercio. El asegurado no podrá renunciar en ningún momento a sus derechos contra terceros responsables del siniestro. Tal renuncia le acarrearán la pérdida del derecho a la indemnización. El asegurado deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle a CHUBB el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación y será responsable de los perjuicios que le acarree a CHUBB su falta de diligencia en el cumplimiento de esta obligación. En todo caso, si su conducta proviene de mala fe, perderá el derecho a la indemnización.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA: RENOVACIÓN.

La presente póliza es renovable a voluntad de las partes contratantes. Si así se pacta o autoriza en la solicitud de seguro, la renovación será automática.

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA ¿ESTE CONTRATO SE PUEDE REVOCAR?

El contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes de conformidad con lo previsto en el artículo 1071 del Código de Comercio. En consecuencia, LA COMPAÑÍA queda facultada para revocar esta póliza en cualquier tiempo, pero deberá dar aviso al asegurado por escrito sobre esta determinación, con una anticipación de 10 días, por medio de carta certificada dirigida a la última dirección registrada. Además, devolverá al asegurado la proporción de prima correspondiente al tiempo que falte para el vencimiento de la póliza liquidada a prorrata.

El contrato de seguro también podrá ser revocado en cualquier momento por el asegurado 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.

En caso de disminución del riesgo, el asegurador deberá reducir la prima estipulada, según la tarifa correspondiente, por el tiempo no corrido del seguro, excepto en los seguros a que se refiere el artículo 1060, inciso final.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA: PRESCRIPCIÓN.

La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

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

Esta figura jurídica se regulará por lo establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA: MODIFICACIONES EN BENEFICIO DEL ASEGURADO.

Si durante la vigencia de este seguro se presentan modificaciones a las condiciones generales de la póliza, que representen un beneficio en favor del asegurado, sin que impliquen un aumento a la prima originalmente pactada, tales modificaciones se considerarán automáticamente incorporadas al contrato.

CONDICIÓN VIGÉSIMA. 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 falta de pago de la prima o de cualquier cuota, si la prima anual ha sido fraccionada.
- B. Por vencimiento y no renovación de la póliza y/o el certificado de seguro individual de seguro.
- C. 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.
- D. Por revocación del seguro por la COMPAÑÍA.
- E. Cuando LA COMPAÑÍA paga la indemnización por la afectación de uno o varios amparos que agoten el valor máximo del seguro.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA: PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS.

De conformidad con lo establecido por la Superintendencia Financiera de Colombia, el asegurado se obliga con CHUBB a diligenciar con datos ciertos y reales el formulario que para tal menester se le 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.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA. NOTIFICACIONES Y DOMICILIO:

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.

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de la CHUBB, el establecido en la cámara de comercio y la legislación aplicable será de la república de Colombia.

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.

ANEXO SERVICIOS DE ASISTENCIA DOMICILIARIA

	COBERTURA	SUBLIMTE
1	Plomería	30 SMLD por evento.
2	Desinundación de Alfombras:	30 SMLD por evento.
3	Electricidad	30 SMLD por evento.
4	Cerrajería	30 SMLD por evento.
5	Sustitución de los vidrios.	30 SMLD por evento.
6	Instalaciones de gas	30 SMLD por evento.
7	Servicio de Celaduría	40 SMLD por vigencia anual
8	Gastos de Hotel por inhabilitación del inmueble asegurado	4 habitantes, máx. 5 días, límite de 260 SMDLV por Vigencia Anual
9	Gastos de mudanzas	Traslado 30 SMLD por evento. Custodia 30 SMLD
10	Interrupción del viaje del asegurado como consecuencia de un siniestro en el inmueble asegurado.	600 SMLD por evento.
11	Gastos de alquiler de televisor, video reproductor o DVD:	máximo de 5 días,
12	Jardinería	40 SMLD por vigencia anual
13	Traslados médicos de emergencia:	(1) evento por vigencia anual
14	Consultas médicas domiciliarias:	(1) evento por vigencia anual
15	Orientación Jurídica telefónica:	Sin límite de eventos
16	Asistencia Jurídica por Responsabilidad Civil Extracontractual	30 SMLD por vigencia anual
17	Gastos de reparación de propiedades vecinas de terceros derivadas de una Responsabilidad Civil Extracontractual	30 SMLD por vigencia anual
18	Reposición de cesta básica de alimentos	30 SMLD por vigencia anual
19	Servicio informativo sobre animales domésticos	Sin límite de eventos
20	Conexión con profesionales	Sin límite de eventos
21	Transmisión de mensajes urgentes:	Sin límite de eventos

PRELIMINAR – DEFINICIONES

Siempre que se utilice con la primera letra mayúscula en el presente documento, los términos definidos a continuación tendrán el significado que se le atribuye en la siguiente condición:

1. Accidente: Todo acontecimiento que provoque daños corporales a un Beneficiario, causado única y directamente por una causa externa, fortuita y evidente (excluyendo la Enfermedad) que ocurra durante el Período de vigencia y dentro del Ámbito de territorialidad definido para el Programa de asistencia al hogar.

2. Ámbito de territorialidad: El derecho a las prestaciones del Programa de asistencia al hogar se extiende a nivel nacional, en Colombia.

3. Avería: Todo daño, rotura y/o deterioro fortuito, que impida el funcionamiento autónomo en alguna parte de la Vivienda.

- 4. Beneficiarios:** se entenderá que "Beneficiario" es toda aquella persona natural a quien se le extienden los Servicios de asistencia, tomador de una póliza.
- 5. Ciudad de residencia:** La ciudad de domicilio habitual y permanente de un Beneficiario que en este caso debe ser en Colombia.
- 6. Enfermedad:** Cualquier Enfermedad contraída por un Beneficiario que ocurra en el Período de vigencia y dentro del Ámbito de territorialidad definido para el Programa de asistencia al hogar.
- 7. Equipo médico:** El personal médico y asistencial apropiado que esté prestando el Servicio de asistencia a un Beneficiario, quien en este caso debe encontrarse en Colombia.
- 8. Equipo técnico:** El personal técnico y asistencial apropiado que esté prestando el Servicio de asistencia a un Beneficiario, quien en este caso debe encontrarse en Colombia.
- 9. Evento:** Acontecimiento o suceso que implique una emergencia o urgencia y responda a los términos, características y limitaciones establecidas en el presente Programa de asistencia al hogar y que den derecho a la prestación de los Servicios de asistencia.
- 10. Familiares en primer grado de consanguinidad:** Padres, hijos y cónyuge del Beneficiario.
- 11. Fuerza mayor:** El imprevisto que no es posible resistir, como los hechos de la naturaleza, actos de autoridad competente, el apoderamiento de enemigos, etc., conforme con lo expuesto en las normas colombianas.
- 12. Período de vigencia del servicio:** Período durante el cual un Beneficiario tiene derecho a los Servicios de asistencia y que está indicado en su póliza.
- 13. Servicios de asistencia:** Los servicios asistenciales que presta el tercero contratado por Chubb a los Beneficiarios en los términos y condiciones del presente documento.
- 14. Situación de asistencia:** Cualquier suceso, situación o hecho de los descritos en el presente documento, consecuencia directa de una emergencia que dé derecho al Beneficiario a recibir los Servicios de asistencia, siempre que los mismos hayan tenido lugar durante el Período de vigencia y en el Ámbito de territorialidad.
- 15. Vivienda:** Inmueble habitual del Beneficiario, el cual debe estar ubicado en la Colombia.

ARTÍCULO I – SERVICIOS DE ASISTENCIA DOMICILIARIA

1.- Amparo de Plomería:

La Compañía enviará al inmueble asegurado, previo acuerdo con el beneficiario, un técnico especializado que adelantará las labores para efectuar la reparación de los daños súbitos e imprevistos que sufran las instalaciones hidráulicas internas del inmueble asegurado exclusivamente en los siguientes casos:

- a) Cuando se trate de reparación y/o sustitución de tubos de conducción de agua potable. Se incluyen las labores de búsqueda o exploración de las instalaciones hidráulicas para detectar el daño, así como los gastos generados en las labores de demolición, instalación, resane, enchape y acabado.
- b) Cuando se trate de reparación y/o sustitución de tubos de conducción de aguas negras o residuales. Se incluyen las labores de búsqueda o exploración de las instalaciones hidráulicas para detectar el daño, así como los gastos generados en las labores de demolición, instalación, resane, enchape y acabado.
- c) Cuando se trate de reparación y/o sustitución de los siguientes elementos accesorios: acoples, sifones, grifos, codos, uniones, yees, tees, adaptadores, tapones, bujes y/o abrazaderas.
- d) Cuando se trate de destaponamiento de sifones internos de la vivienda que no den a la intemperie, siempre que no involucre cajas de inspección y/o trampagrasas.

Parágrafo: Se deja expresa constancia que la Compañía no será responsable por las labores de compra, instalación, resane, enchape y acabado de materiales que no estén a la venta en Colombia, o que hayan sido descontinuados o aquellos que hayan sido fabricados con diseño exclusivo. El valor asegurado para esta cobertura es de 30 SMLD por evento. El valor anterior incluye el costo de los materiales y la mano de obra.

Exclusiones a la cobertura de Plomería:

Además de las exclusiones generales señaladas en el presente anexo, no habrá cobertura de plomería, y por tanto no habrá lugar a la prestación del servicio, en los siguientes casos:

- a) Cuando el daño provenga de canales y bajantes de aguas lluvias estén o no combinadas tuberías de aguas negras o residuales
- b) Cuando se trate de reparación de goteras, o de reparación de tejas, techos, cubiertas y/o de cielos rasos.

- c) Cuando el daño se ocasione por problemas o falta de impermeabilización o protección de la cubierta o paredes exteriores del inmueble, por humedades o filtraciones.
- d) Cuando el daño se produzca en los siguientes elementos: cisternas, inodoros, depósitos de agua, calentadores de agua junto con sus acoples, tanques hidroneumáticos, bombas hidráulicas, y en general cualquier elemento ajeno a las conducciones de agua propias del inmueble asegurado.
- e) Cuando el daño se presente en tuberías de hierro galvanizado, y/o de hierro fundido, y/o de asbesto cemento y/o de cerámica.
- f) Cuando el daño se presente en el mobiliario del inmueble asegurado, incluyendo pero no limitándose a muebles de cocinas, de baños, patio de ropas, divisiones, espejos, alfombras, tapetes.
- g) Cuando el daño sea resultado de errores en diseño, en construcción, en acabados, en emboquillamientos.
- h) Cuando el daño se presente en tuberías, que no obstante se encuentren dentro del inmueble, hagan parte de áreas comunes según el reglamento de propiedad horizontal.
- i) Cuando el daño se genere por problemas de las empresas suministradoras del servicio público de acueducto y alcantarillado.

2.- Amparo de Desinundación de Alfombras:

En caso de que la alfombra de pared a pared, resulte afectada por una inundación a causa de un daño de plomería amparado en el presente anexo, La Compañía enviará al inmueble asegurado, previo acuerdo con el beneficiario, un técnico especializado que adelantará las labores para efectuar la desinundación de la alfombra.

Parágrafo: La Compañía no se responsabiliza bajo este amparo, del lavado, secado y/o reposición de las alfombras. El valor asegurado para esta cobertura es de 30 SMLD por evento. El valor anterior incluye el costo de los materiales y la mano de obra.

3.- Cobertura de Electricidad:

La Compañía enviará al inmueble asegurado, previo acuerdo con el beneficiario, un técnico especializado que adelantará las labores para efectuar la reparación de los daños súbitos e imprevistos que sufran las instalaciones eléctricas del inmueble asegurado exclusivamente en los siguientes casos:

- a) Cuando se trate de reparación y/o sustitución de cables y/o alambres eléctricos. Se incluyen las labores de búsqueda o exploración de las instalaciones eléctricas para detectar el daño, así como los gastos generados en las labores de instalación.
- b) Cuando se trate de reparación y/o sustitución de los siguientes elementos accesorios: tomas, interruptores, rosetas, tacos. En el caso de hornillas de estufa eléctrica, La Compañía cubrirá solamente la mano de obra.

Parágrafo: Se deja expresa constancia que La Compañía no será responsable por las labores de compra y de instalación de materiales que no estén a la venta en Colombia, o que hayan sido descontinuados o aquellos que hayan sido fabricados con diseño exclusivo. El valor asegurado para esta cobertura es de 30 SMLD por evento. El valor anterior incluye el costo de los materiales y la mano de obra. Exclusiones a la cobertura de electricidad: Además de las exclusiones generales señaladas en el presente anexo, no habrá cobertura de electricidad, y por tanto no habrá lugar a la prestación del servicio, en los siguientes casos:

- a) Cuando el daño se presente en los elementos de iluminación tales como lámparas, bombillas, halógenos, balastos, sockets y/o fluorescentes.
- b) Cuando el daño se presente en electrodomésticos tales como: estufas, hornos, calentadores, lavadoras, secadoras, neveras y en general cualquier aparato que funcione por suministro eléctrico. 5
- c) Cuando el daño sea resultado de errores en diseño, en construcción, en acabados, en emboquillamientos.
- d) Cuando el daño se presente en instalaciones eléctricas, que no obstante se encuentren dentro del inmueble, hagan parte de áreas comunes según el reglamento de propiedad horizontal.
- e) Cuando el daño se genere por problemas de las empresas suministradoras del servicio público de energía.

4.- Amparo de cerrajería.

Cuando a consecuencia de cualquier hecho accidental, como pérdida, extravío o hurto de las llaves o inutilización de la cerradura por intento de hurto u otra causa que impida la apertura de alguna de las puertas exteriores del inmueble asegurado, o de alguna de las puertas de las alcobas de la misma, por el presente anexo, La Compañía enviará al inmueble asegurado, previo acuerdo con el beneficiario, un técnico especializado que realizará las labores para permitir el acceso por

dicha puerta y arreglar o en caso necesario sustituir la cerradura de la misma por una de características similares.

Parágrafo: Se deja expresa constancia que La Compañía no será responsable por las labores de compra y de instalación de materiales que no estén a la venta en Colombia, o que hayan sido descontinuados o aquellos que hayan sido fabricados con diseño exclusivo. El valor asegurado para esta cobertura es de 30 SMLD por evento. El valor anterior incluye el costo de los materiales y la mano de obra. Exclusiones a la cobertura de cerrajería. Además de las exclusiones generales señaladas en el presente anexo, no habrá cobertura de cerrajería, y por tanto no habrá lugar a la prestación del servicio, cuando se trate de reparación y/o reposición de cerraduras que impidan el acceso a partes internas del inmueble a través de puertas interiores distintas de las alcobas, así como tampoco la apertura o reparación de cerraduras de guardarropas y alacenas. Igualmente se excluye el arreglo y/o reposición de las puertas mismas (incluyendo hojas y marcos).

5.- Cobertura de Vidrios.

Cuando a consecuencia de un hecho súbito e imprevisto se produzca la rotura de los vidrios de las ventanas o de cualquier otra superficie de cristal que dé al exterior del inmueble asegurado, por el presente anexo, La Compañía enviará al inmueble asegurado, previo acuerdo con el beneficiario, un técnico especializado para iniciar las labores de sustitución de los vidrios.

Parágrafo: Se deja expresa constancia que La Compañía no será responsable por las labores de compra y de instalación de materiales que no estén a la venta en Colombia, o que hayan sido descontinuados o aquellos que hayan sido fabricados con diseño exclusivo. El valor asegurado para esta cobertura es de 30 SMLD por evento. El valor anterior incluye el costo de los materiales y la mano de obra. Exclusiones a la cobertura de vidrios. Quedan excluidas de la presente cobertura:

- a) Todo tipo de vidrios que a pesar de hacer parte de la edificación, en caso de una rotura no comprometa el cerramiento de la vivienda.
- b) Cualquier clase de espejos.

6.- Amparo de Instalaciones de gas

Por el presente anexo, La Compañía enviará al inmueble asegurado, previo acuerdo con el beneficiario, un técnico especializado que adelantará las labores para efectuar la reparación de los daños súbitos e imprevistos que sufran las instalaciones de gas (natural o propano) del inmueble asegurado exclusivamente en los siguientes casos:

- a) Cuando se trate de reparación y/o sustitución de tubos de conducción de gas natural o propano. Se incluyen las labores de búsqueda o exploración de las instalaciones de gas para detectar el año, así como los gastos generados en las labores de demolición, instalación, resane, enchape y acabado.
- b) Cuando se trate de reparación y/o sustitución de los siguientes elementos accesorios: acoples, rejillas, válvulas, adaptadores, registros, uniones, niples, yees, tees, tapones y/o codos.

Parágrafo: Se deja expresa constancia que La Compañía no será responsable por las labores de compra y de instalación de materiales que no estén a la venta en Colombia, o que hayan sido descontinuados o aquellos que hayan sido fabricados con diseño exclusivo. El valor asegurado para esta cobertura es de 30 SMLD por evento. El valor anterior incluye el costo de los materiales y la mano de obra. Exclusiones a la cobertura de instalaciones de gas: Además de las exclusiones generales señaladas en el presente anexo, no habrá cobertura de gasfitería, y por tanto no habrá lugar a la prestación del servicio, en los siguientes casos:

- a) Cuando el daño se presente en gasodomésticos tales como: estufas, hornos, calentadores, lavadoras, secadoras, neveras y en general cualquier aparato que funcione por gas.
- b) Cuando el daño se presente en instalaciones de gas, que no obstante se encuentren dentro del inmueble, hagan parte de áreas comunes según el reglamento de propiedad horizontal.
- c) Cuando el daño se genere por problemas de las empresas suministradoras del servicio de gas (natural o propano).
- d) Cuando el daño se presente en los tanques de almacenamiento de gas, en las pipetas o cualquier otro recipiente empleado para su almacenamiento.
- e) Cuando el daño se presente en instalaciones que no cumplan las especificaciones técnicas vigentes reguladas por la Comisión Reguladora de Energía y Gas (CREG) y/o por las normas del Instituto Colombiano de Normas Técnicas (ICONTEC).

7.- Cobertura de Celaduría.

Se prestará el servicio de celaduría cuando a consecuencia de uno cualquiera de los siguientes eventos: Incendio y/o rayo, humo generado por incendio, Explosión, Inundación o Anegación, caída de aeronaves o partes que se desprendan o caigan de ellas, impacto de vehículos terrestres no causados por el beneficiario, su grupo familiar o por el arrendatario, o rotura de vidrios; se produzca un daño en el inmueble asegurado que comprometa considerablemente la seguridad del mismo. Para estos casos se enviará un vigilante con la mayor brevedad, que cuidará del inmueble procurando la seguridad del mismo. Este servicio de emergencia cubre hasta un límite de 40 SMLD por vigencia anual de la póliza.

8.- Gastos de Hotel por inhabilitación del inmueble asegurado

Cuando a consecuencia de uno cualquiera de los siguientes eventos: Incendio y/o rayo, humo generado por incendio, Explosión, Inundación o Anegación, caída de aeronaves o partes que se desprendan o caigan de ellas e impacto de vehículos terrestres no causados por el beneficiario, su grupo familiar o por el arrendatario; el inmueble asegurado no quede en condiciones de habitabilidad, La Compañía cubrirá los gastos de hotel para un máximo de cuatro (4) habitantes permanentes del inmueble asegurado, y solo por el tiempo que duren las reparaciones con un máximo de cinco (5) días continuos. Este servicio de emergencia cubre hasta un límite total de doscientos sesenta (260) SMLD por vigencia anual de la póliza.

9.- Gastos de mudanzas

Cuando a consecuencia de uno cualquiera de los siguientes eventos: Incendio y/o rayo, humo generado por incendio, Explosión, Inundación o Anegación, caída de aeronaves o partes que se desprendan o caigan de ellas e impacto de vehículos terrestres no causados por el beneficiario, su grupo familiar o por el arrendatario, el inmueble asegurado quede en tal condición que no se pueda garantizar la seguridad y bienestar de los bienes en él contenidos, La Compañía, a solicitud del beneficiario, se encargará de:

- a) Garantizar los gastos de traslado de tales bienes hasta el sitio designado por el beneficiario, dentro de la misma ciudad, y de regreso hasta el inmueble asegurado cuando hayan culminado las reparaciones. Esta cobertura tendrá un límite máximo por evento de 30 SMLD. La Compañía no se hace responsable de los bienes transportados.
- b) Garantizar los gastos de depósito y custodia de los bienes trasladados, en una bodega elegida por el beneficiario, hasta un límite de 30 SMLD. La Compañía no se hace responsable de los bienes dejados en depósito y custodia.

10.- Interrupción del viaje del asegurado como consecuencia de un siniestro en el inmueble asegurado.

Cuando a consecuencia de uno cualquiera de los siguientes eventos: Incendio y/o rayo, humo generado por incendio, Explosión, Inundación o Anegación, caída de aeronaves o partes que se desprendan o caigan de ellas e impacto de vehículos terrestres no causados por el beneficiario, su grupo familiar o por el arrendatario; y siempre que el asegurado propietario del inmueble asegurado se encuentre de viaje y ninguna otra persona pueda sustituirle, haciéndose necesaria su presencia en el inmueble asegurado, La Compañía sufragará los mayores gastos en que él incurra para realizar su desplazamiento de regreso. Esta cobertura tendrá un límite de 600 SMLD por evento.

11.- Gastos de alquiler de televisor, video reproductor o DVD:

La Compañía sufragará los gastos de alquiler de un televisor y/o video reproductor VHS y/o DVD, durante un máximo de 5 días, cuando a consecuencia de un cortocircuito se produzca un daño en los mismos que imposibilite su utilización. Los derechos bajo esta cobertura se suscribirán exclusivamente a las ciudades donde existan los servicios profesionales de alquiler de tales aparatos, y por tanto La Compañía no será responsable de la prestación de esta cobertura en otras ciudades, perdiéndose el derecho sobre este beneficio.

12.- Cobertura de Jardinería Cuando a consecuencia de un daño material con ocasión de uno cualquiera de los siguientes eventos:

Incendio y/o rayo, humo generado por incendio, Explosión, Inundación o Anegación, caída de aeronaves o partes que se desprendan o caigan de ellas e impacto de vehículos terrestres no causados por el beneficiario, su grupo familiar o por el arrendatario, las plantas de los jardines se vean afectadas, se enviará un especialista para adelantar los trabajos de jardinería y rehabilitar la zona afectada. La cobertura para este servicio se limita a la mano de obra hasta un monto de 40 SMLD por vigencia anual de la póliza.

13.- Traslados médicos de emergencia:

Si como resultado de un accidente acaecido en el inmueble asegurado o a causa de una enfermedad, el beneficiario requiere manejo hospitalario, La Compañía se encargará de poner a su disposición una ambulancia para trasladarlo a un centro hospitalario cercano al inmueble asegurado y acorde con su situación clínica. La ambulancia podrá ser de baja, media o alta complejidad según las circunstancias de tiempo y lugar. Esta cobertura se limita a un (1) evento por vigencia anual de la póliza. El beneficiario conoce y acepta que la cobertura aquí brindada es de medio y no de resultado.

14.- Consultas médicas domiciliarias:

Cuando el beneficiario requiera una consulta médica domiciliaria como consecuencia del accidente o enfermedad general, La Compañía pondrá a su disposición un médico para que adelante la consulta en el inmueble asegurado. Esta cobertura se limita a un (1) evento por vigencia anual de la póliza. El beneficiario conoce y acepta que la cobertura aquí brindada es de medio y no de resultado.

15.- Orientación Jurídica telefónica:

La Compañía realizará mediante una conferencia telefónica una orientación jurídica en aspectos relativos a derecho civil, derecho penal, derecho administrativo y tributario, derecho mercantil y laboral, cuando el asegurado en el giro normal requiera adelantar una consulta básica en tales aspectos.

De cualquier manera, La Compañía deja expresa constancia que esta cobertura es de medio y no de resultado, por lo cual el asegurado acepta que La Compañía no es responsable del éxito o del fracaso de las acciones emprendidas, omitidas o dejadas de adelantar, como tampoco por los honorarios de abogados generados por demandas en que participe el asegurado.

16.- Cobertura de Asistencia Jurídica por Responsabilidad Civil Extracontractual

Bajo esta cobertura, La Compañía designará y pagará los honorarios de un abogado que represente los intereses del asegurado en procedimientos judiciales o conciliatorios, cuando los mismos sean necesarios por la reclamación de daños y perjuicios sufridos por un tercero, con ocasión de incendio, explosión o derrames accidentales o imprevistos de agua, surgidos en el inmueble asegurado. De cualquier manera La Compañía deja expresa constancia que esta cobertura es de medio y no de resultado, por lo cual el asegurado acepta que La Compañía no es responsable del éxito o del fracaso de las acciones emprendidas, omitidas o dejadas de adelantar por el profesional asignado. Esta cobertura tiene un límite de 30 SMLD por vigencia anual de la póliza.

17.- Gastos de reparación de propiedades vecinas de terceros derivadas de una Responsabilidad Civil Extracontractual

Bajo este anexo, La Compañía sufragará, mediante el envío de un técnico especializado, los gastos de reparación por los daños materiales causados a las propiedades vecinas de terceras personas, con ocasión de un incendio, explosión o derrames accidentales o imprevistos de agua, surgidos en el inmueble asegurado. La cobertura solo operará si la indemnización es aceptada mediante la prestación del servicio y siempre que medie una conciliación. En caso de aceptarse solo mediante el pago de sumas de dinero, se perderá el derecho a esta prestación. Esta cobertura tiene un límite de 30 SMLD por vigencia anual de la póliza.

18.- Reposición de cesta básica de alimentos

Cuando a consecuencia de uno cualquiera de los siguientes eventos: Incendio y/o rayo, humo generado por incendio, Explosión, Inundación o Anegación, caída de aeronaves o partes que se desprendan o caigan de ellas e impacto de vehículos terrestres no causados por el beneficiario, su grupo familiar o por el arrendatario; se produzca un daño en la nevera y/o en el congelador y/o en la alacena, La Compañía garantizará el suministro de una cesta básica, que contendrá alimentos, hasta por un monto de 30 SMLD por vigencia anual de la póliza.

19.- Servicio informativo sobre animales domésticos

A solicitud del beneficiario, le proporcionará información relacionada con direcciones y teléfonos de veterinarios, de clínicas veterinarias, de guarderías de animales domésticos, y le informará requisitos de aerolíneas comerciales para viajes

con mascotas.

20.- Conexión con profesionales

La Compañía, a solicitud del beneficiario, podrá informar los nombres y teléfonos de pintores, albañiles, carpinteros, ornamentistas, decoradores, arquitectos e ingenieros civiles, que sean requeridos por él. Este servicio es solo de información, por lo que La Compañía no se hace responsable de las condiciones, precios y calidad de los trabajos que puedan llegar a ejecutar tales profesionales en un posible acuerdo con el beneficiario.

21.- Transmisión de mensajes urgentes:

La Compañía se encargará de transmitir los mensajes urgentes o justificados del beneficiario, relativa a cualquier de los eventos cubiertos.

ARTÍCULO III – PROCEDIMIENTOS

3.1. SOLICITUD DE ASISTENCIA

En caso de presentarse una Situación de asistencia y antes de iniciar cualquier acción o cualquier pago, el Beneficiario deberá ponerse en contacto con la Central de Alarma del tercero contratado por Chubb prevista, con servicio las veinticuatro (24) horas del día, y proporcionará los siguientes datos:

- ✓ Su nombre y número de cédula.
- ✓ Dirección del inmueble Beneficiario.
- ✓ El lugar donde se encuentra y el número de teléfono donde el tercero contratado por Chubb podrá contactar al Beneficiario.
- ✓ Descripción del problema y del tipo de ayuda que necesita.

Antes de prestar los Servicios de asistencia, el tercero contratado por Chubb podrá comprobar la veracidad de los anteriores datos. El Equipo técnico y médico del tercero contratado por Chubb tendrá libre acceso a la Vivienda y/o historia clínica para enterarse de su condición. Si no hubiere justificación razonable del Beneficiario para negar al tercero contratado por Chubb el acceso necesario para dicha comprobación, se entenderá que el Beneficiario renuncia a su derecho de recibir asistencia.

En los casos en que el tercero contratado por Chubb no tenga disponibilidad de proveedores en el Ámbito de territorialidad definido para el servicio, el Beneficiario podrá, después de autorización previa por parte del tercero contratado por Chubb, contratar y pagar los servicios respectivos y solicitar el reembolso de los gastos cubiertos hasta los topes establecidos en las coberturas de los servicios del Programa de asistencia al hogar. Se establece que para los Servicios de asistencia en que implique traslados de personas o cosas, el Ámbito de territorialidad estará limitado a la existencia de carretera transitable y lugares de zona roja.

3.2. FALTA DE NOTIFICACIÓN POR PARTE DEL BENEFICIARIO A LA COMPAÑÍA

3.2.1. SITUACIÓN DE PELIGRO DE LA VIDA

No obstante, cualquier otra disposición de esta condición general o del Programa de asistencia Hogar, en caso que peligre su vida, el Beneficiario deberá siempre procurar tomar las medidas necesarias para ser transferido de emergencia a un hospital cercano al lugar de los acontecimientos, y a través de los medios más inmediatos.

3.2.2. FALTA DE NOTIFICACIÓN POR PARTE DEL BENEFICIARIO A LA COMPAÑÍA

Queda establecido que, en caso de que el Beneficiario no se hubiere comunicado a la Central de Alarma del tercero contratado por Chubb prevista, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la ocurrencia de la emergencia, no tendrá derecho a ningún reembolso por parte de La Compañía, por los gastos ocasionados que pudieran ser cubiertos por el presente Programa de asistencia para Pólizas de seguro al hogar. A falta de dicho aviso, La Compañía no reconocerá ni incurrirá en ningún gasto de asistencia puesto que se considerará al Beneficiario como responsable de todos los costos y gastos ocasionados por el retraso del mismo en informar el suceso.

3.3. TRASLADO MEDICO

Si el Beneficiario solicita su traslado médico, deberá cumplir con las siguientes normas:

- a) Con el fin de ayudar al tercero contratado por Chubb a tomar las medidas necesarias lo antes posible, el Beneficiario o la persona que actúe por parte del mismo deberá facilitar los siguientes datos: Nombre, dirección y teléfono del centro hospitalario donde se encuentre internado. Nombre, dirección y teléfono del médico local y, en caso necesario del médico de cabecera.
- b) En cada caso, el Equipo médico del tercero contratado por Chubb de acuerdo con el médico local, decidirá si el traslado debe ser efectuado, así como el medio de transporte.

3.4. PROCEDIMIENTO PARA REMBOLSOS

3.4.1. DOCUMENTOS

En caso de que los gastos amparados en el presente Programa de asistencia al hogar, se paguen antes de que el Beneficiario pueda ponerse en contacto con la central de alarma del tercero contratado por Chubb, única y exclusivamente en caso de presentarse una situación determinada en el numeral (3.2.) del presente artículo, la solicitud de reembolso de estos gastos tendrá que ser presentada a La Compañía para su aprobación junto con los documentos siguientes:

- a) Carta de solicitud del reembolso indicando nombre completo del Beneficiario, cédula, fecha de ocurrencia del Evento, teléfonos y dirección.
- b) Facturas originales de la atención prestada.
- c) Cualquier otro documento que sea necesario para que La Compañía efectúe el trámite del reembolso solicitado por el Beneficiario.

3.4.2. TIEMPOS ESTABLECIDOS

Para que la reclamación sea válida, el Beneficiario deberá ponerse en contacto con la Central de Alarma del tercero contratado por Chubb, dentro de los tiempos estipulados para los Servicios de asistencia indicados en el presente artículo, y tendrá un tiempo máximo de treinta (30) días calendario para el envío al tercero contratado por Chubb de la totalidad de los documentos solicitados, tiempo contado a partir de la fecha de la emergencia. Si transcurrido este período el Beneficiario no envía la documentación requerida, no tendrá derecho a ningún reembolso por parte de La Compañía.

La Compañía iniciará el estudio de reembolso una vez haya recibido por parte del Beneficiario la documentación completa y las facturas originales. La recepción de los documentos no implica aceptación por parte de La Compañía, para la realización del reembolso de los gastos en que incurrió el Beneficiario. Cuando La Compañía reciba la documentación incompleta, La Compañía se pondrá en contacto con el Beneficiario, y a partir de la notificación, el Beneficiario tendrá ocho (8) días hábiles adicionales para completar la documentación, una vez transcurrido dicho plazo, La Compañía podrá negar la solicitud de reembolso.

3.4.3. ESTIPULACIONES ADICIONALES

- a) En el estudio por parte de La Compañía sobre el reembolso solicitado por el Beneficiario, en los servicios donde no se expresa un límite en costos, se estima el valor de acuerdo a la situación que genere el Servicio de asistencia.
- b) En ningún caso La Compañía asumirá los costos de las transacciones bancarias.

3.5. EXCEDENTES

Los costos de Servicios de asistencia adicionales no discriminados en el presente Programa de asistencia al hogar o pagos de excedentes necesarios para la culminación de los servicios, cubriendo La Compañía los topes establecidos en las coberturas de los Servicios de asistencia, serán a cargo del Beneficiario. La Compañía indicará al Beneficiario, previamente a la prestación del servicio, dichos costos y/o excedentes.

3.6. EVENTOS

Las garantías en el presente Programa de asistencia al hogar, expresadas con límite de Eventos en el año, se aplicarán según

número de sucesos ocurridos en año calendario.

ARTÍCULO IV - OBLIGACIONES GENERALES DEL BENEFICIARIO

4.1. LIMITACIÓN

En cuanto se produzca un incidente que pueda motivar una intervención asistencial, el Beneficiario deberá tomar todas las medidas necesarias para limitar sus consecuencias.

4.2. COOPERACIÓN

El Beneficiario cooperará siempre con el tercero contratado por Chubb a fin de permitir el buen desarrollo de la asistencia prevista y se entenderá que el Beneficiario renunciará a su derecho de recibir asistencia en el caso de que no acepte cooperar ni acepte las instrucciones dadas por el personal del tercero contratado por Chubb. Dicha cooperación incluirá, en caso de ser necesario, la entrega al tercero contratado por Chubb de los documentos y recibos que sean necesarios para dichos efectos, y el apoyo al tercero contratado por Chubb, con cargo al tercero contratado por Chubb, para cumplir las formalidades necesarias.

4.3. PRESCRIPCIÓN Y CADUCIDAD

Cualquier requerimiento o reclamación, referente a la prestación de los Servicios de asistencia debe ser presentada dentro de noventa (90) días siguientes a la fecha en que se produzca la solicitud del servicio, previo cumplimiento de los términos mencionados en el presente Programa de asistencia al hogar, prescribiendo cualquier acción legal transcurrido dicho plazo.

4.4. SUBROGACIÓN

El tercero contratado por Chubb se subrogará al Beneficiario hasta el límite de los gastos realizados o de las cantidades pagadas, en los derechos y acciones que correspondan al mismo contra cualquier responsable de un accidente que haya dado lugar a la prestación de alguno de los servicios descritos. Cuando los servicios facilitados por el tercero contratado por Chubb estén cubiertos en su totalidad o en parte por una póliza de seguros, el tercero contratado por Chubb se subrogará en los derechos y acciones que correspondan al Beneficiario contra dicha póliza. Igualmente el tercero contratado por Chubb se subrogará a otras compañías que cubran el mismo riesgo o Evento, todo lo cual acepta de antemano el Beneficiario.

ARTÍCULO V – EXCLUSIONES

5.1. FUERZA MAYOR

El tercero contratado por Chubb no será responsable de los retrasos o incumplimiento de sus obligaciones o prestaciones, en los casos de Fuerza mayor que impidan tal cumplimiento. Sin perjuicio de la definición legal, se entiende por Fuerza mayor las causas tales como, pero no limitadas a: guerra, invasiones, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), guerra civil, rebelión, insurrección, terrorismo o pronunciamiento, manifestaciones o movimientos populares, actos de gobiernos o de administración, y generalmente toda causa imprevisible y excesivamente gravosa que razonablemente impida al tercero contratado por Chubb cumplir sus obligaciones.

5.2. RESPONSABILIDAD

La mayor parte de los proveedores de los servicios asistenciales son contratistas independientes y no empleados del tercero contratado por Chubb, y el tercero contratado por Chubb no será responsable de cualquier acto u omisión por parte de dichos proveedores que estén debidamente autorizados (cuando sea aplicable) y que sean competentes para proporcionar los servicios a un nivel igual a los estándares normales en el área en donde dichos servicios se proporcionen. Según se usa en este inciso, "proveedores" significará: técnicos, plomeros, abogados, médicos, hospitales, clínicas, ambulancias y cualquier otra entidad proveedora de la asistencia de acuerdo con una referencia del tercero contratado por Chubb a un Beneficiario.

5.3. LIMITACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Las obligaciones que asume el tercero contratado por Chubb conforme al presente Programa de servicios de asistencia para Pólizas de seguro al hogar quedarán limitadas a la prestación de los Servicios de asistencia previstos, excluyéndose en todo caso, daños morales o emergentes, de imagen comercial, daños indirectos, lucro cesante (que ni el tercero contratado por Chubb ni la compañía podrán reclamarse), multas o sanciones así como cualquier prestación establecida que tenga naturaleza punitiva o de ejemplaridad. Además la responsabilidad del tercero contratado por Chubb cesará automáticamente cuando cada uno de los beneficios previstos sea proporcionados.

5.4. LIMITACIÓN PARA REMBOLSOS

El Beneficiario tendrá derecho al reembolso de los diversos gastos cubiertos, únicamente en caso de notificación y acuerdo previo del tercero contratado por Chubb y según las estipulaciones indicadas en el presente Programa de asistencia al hogar.

5.5. DECLARACIÓN

El uso del Servicio de Asistencia implica la conformidad con el presente Programa de asistencia al hogar y el Beneficiario declara aceptar sus términos y condiciones.

ARTÍCULO VI – EXCLUSIONES GENERALES DEL SERVICIO DE ASISTENCIA

Quedan excluidas las reclamaciones que sean consecuencia de:

- a) Guerra, invasiones, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (con o sin declaración de guerra), guerra civil, rebelión, insurrección, actos de terrorismo o pronunciamientos, manifestaciones y movimientos populares.
- b) Liberación de calor, irradiaciones o explosiones provenientes de fusión de átomos o radioactividad e incluso de las radiaciones provocadas por la aceleración artificial de partículas.
- c) Irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o cualquier tipo de accidente causado por combustibles nucleares.
- d) Los fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico tales como inundaciones, terremoto, maremoto, granizo, vientos fuertes, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caída de cuerpos siderales y aerolitos, etc.
- e) La participación del Beneficiario en combates, salvo en caso de defensa propia.

No serán garantizados, en ningún caso, los gastos que el Beneficiario tenga que soportar por consecuencia directa o indirecta de:

- f) Expropiación, requisita o daños producidos en los bienes del Beneficiario por orden del gobierno, de derecho o de facto, o de cualquier autoridad instituida.
- g) Actos u omisiones dolosas de personas por las que sea civilmente responsable.
- h) Operaciones de búsqueda, recuperación y salvamento de objetos, bienes, personas después de ocurrido un evento.

No serán cubiertas las siguientes reclamaciones:

- i) Reclamaciones que no sean consecuencia directa de daño, materiales o personales, es decir los daños patrimoniales puros o los daños morales.
- j) Reclamaciones en las que impida expresa o implícitamente, la debida tramitación del Servicio de asistencia, cuando el impedimento provenga del Beneficiario afectado, de personas u órganos con poder público u otras personas, grupos u órganos con el poder legal o coacción del hecho.

No son objeto de cobertura los hechos siguientes:

- k) Los gastos pagados por el Beneficiario que no hayan sido previamente aprobados por el tercero contratado por Chubb y según las indicaciones estipuladas en el presente Programa de Servicios de asistencia.
- l) La participación del Beneficiario en actos criminales.
- m) Los causados por mala fe del Beneficiario.

ARTÍCULO VII - CENTRAL DE ALARMA

En cuanto se produzca un incidente que pueda motivar una intervención asistencial, el Beneficiario podrá ponerse en contacto con la Central de Alarma del tercero contratado por Chubb las 24 horas del día durante todo el año.

Líneas de atención: Bogotá 3190402, línea nacional 018000917500