

CHUBB®

ACCIDENTES PERSONALES + DESEMPLEO

01/11/2016-1305-P-31-CLACHUBB20160179
30/08/2015-1305-NT-31-APMAFORMANT00002
30/05/2015-1305-NT-31-APDESITTFORMANT1
30/05/2015-1305-NT-31-APDESITTFORMANT1
30/08/2015-1305-NT-31-APRDHFORMANT0002

CONDICIONES GENERALES

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A, QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ LA COMPAÑÍA CON SUJECCIÓN A LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA SOLICITUD PRESENTADA POR EL TOMADOR, EN LAS INDIVIDUALES PRESENTADAS POR LOS ASEGURADOS (SIENDO INCLUIDAS LAS INFORMACIONES SUMINISTRADAS A TRAVÉS DEL MERCADEO MASIVO ELECTRÓNICO COMO: CORREO, FAX, TELÉFONO, AUTORIZACIÓN DESCUENTOS DE NÓMINA, GUÍA DE SERVICIOS, ETC.) QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA, ASÍ COMO EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES, INDEMNIZARÁ EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO, UNA VEZ SE ACREDITE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO.

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

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. INDEMNIZARÁ EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO, A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS O EN SU DEFECTO A LOS HEREDEROS LEGALES, UNA VEZ SE ACREDITE QUE DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, EL ASEGURADO HA PERDIDO ACCIDENTALMENTE LA VIDA, COMO CONSECUENCIA ÚNICA, EXCLUSIVA Y DIRECTA, DE LESIONES FÍSICAS SUFRIDAS EN UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA Y NO EXCLUIDO POR ELLA.

PARA EFECTOS EXCLUSIVOS DEL PRESENTE AMPARO BÁSICO, SE ENTIENDE COMO PÉRDIDA ACCIDENTAL DE LA VIDA, LA MUERTE DEL ASEGURADO, ORIGINADA EN UNA LESIÓN CORPORAL SUFRIDA POR ÉL, AJENA A SU VOLUNTAD, QUE SEA CONSECUENCIA EXCLUSIVA Y DIRECTA DE UN HECHO SÚBITO, EXTERNO, FORTUITO AMPARADO POR LA PÓLIZA, QUE LE CAUSE LA MUERTE DE MANERA INSTANTÁNEA O DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DEL ACCIDENTE.

PARÁGRAFO 1. MUERTE PRESUNTA POR DESAPARECIMIENTO.

PARA TODOS LOS EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO BÁSICO, SE ENTENDERÁ TAMBIÉN COMO MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO, CUANDO OCURRA ALGUNO DE LOS EVENTOS A CONTINUACIÓN

SEÑALADOS, QUE DE ORIGEN A LA DECLARACIÓN JUDICIAL DE MUERTE PRESUNTA POR DESAPARECIMIENTO, CON ARREGLO A LA LEY COLOMBIANA:

- A. LA DESAPARICIÓN EN CATÁSTROFES NATURALES TALES COMO TERREMOTOS, INUNDACIONES, MAREMOTOS.**
- B. LA DESAPARICIÓN EN UN RÍO, LAGO, O MAR.**
- C. LA DESAPARICIÓN COMO CONSECUENCIA DEL EXTRAVÍO, CAÍDA, EXPLOSIÓN, NAUFRAGIO O ENCALLADURA DE CUALQUIER VEHÍCULO, RESPECTO DEL CUAL NO EXISTA EXCLUSIÓN EXPRESA DE COBERTURA.**

PARÁGRAFO 2. DEMOSTRADA LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO EN LAS CONDICIONES MENCIONADAS, LA COMPAÑÍA PAGARÁ, DE ACUERDO A LA OPCIÓN CONTRATADA, LA SUMA ASEGURADA CONSIGNADA EN EL CUADRO DE BENEFICIOS DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

CONDICIÓN SEGUNDA - AMPAROS ADICIONALES.

PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE SEGURO Y CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES CONTRACTUALES, EL ASEGURADO PODRÁ INCLUIR LOS AMPAROS OPCIONALES O ADICIONALES, PREVIO PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE Y QUE HAYA SIDO INDICADO EN EL CUADRO DE DECLARACIONES O EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

CONDICIÓN TERCERA - EXCLUSIONES.

LA PRESENTE PÓLIZA NO AMPARA NI CONSIDERA COMO MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO AQUELLA QUE SEA CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

- A. SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO, LESIONES AUTO INFLINGIDAS, BIEN QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE DEMENCIA.**
- B. LAS LESIONES O MUERTE CAUSADAS POR TERCERAS PERSONAS, CON ARMA DE FUEGO, CORTO PUNZANTE O CONTUNDENTE.**
- C. LA LESIÓN O MUERTE ORIGINADAS POR LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN COMPETENCIAS DE VELOCIDAD O RESISTENCIA O CUALQUIER TIPO DE COMPETENCIA DEPORTIVA PELIGROSA.**
- D. LAS LESIONES O MUERTE POR DEDICARSE EL ASEGURADO A PRACTICAR 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.**
- E. LAS LESIONES O MUERTE DEL ASEGURADO EN CASO DE 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.**

- F. LAS LESIONES O MUERTE DEL ASEGURADO POR HABER INGERIDO DROGAS TÓXICAS, ALUCINÓGENOS O INGESTIÓN DE ESTUPEFACIENTES. O CUANDO LA PERSONA ASEGURADA CONDUZCA CUALQUIER CLASE DE VEHÍCULO DESPUÉS DE CONSUMIR ALCOHOL ETÍLICO.
- G. LAS LESIONES O MUERTE ORIGINADAS EN ENFERMEDADES FÍSICAS, CONGÉNITAS, MENTALES, CUALQUIER DOLENCIA O TARA PREEXISTENTE, ENFERMEDADES INFECCIOSAS EXCEPTO LAS INFECCIONES BACTERIANAS CONTRAÍDAS POR UNA LESIÓN ACCIDENTAL.
- H. CUANDO EL ACCIDENTE ES CONSECUENCIA DE HABER INFRINGIDO CUALQUIER NORMA LEGAL POR PARTE DEL ASEGURADO.
- I. POR INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS, LAS CAUSADAS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS O RAYOS X, CHOQUES ELÉCTRICOS ETC., SALVO QUE ELLAS OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO.
- J. LA CAUSADA EN ACCIDENTE DE AVIACIÓN, CUANDO EL ASEGURADO VIAJE COMO PILOTO O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN DE CUALQUIER AERONAVE, SALVO QUE VUELE COMO PASAJERO EN UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS, PAGANDO TIQUETE.
- K. LA LESIÓN O MUERTE ORIGINADA EN INFECCIONES PRODUCIDAS POR PICADURAS DE INSECTOS TALES COMO MALARIA, TIFO, FIEBRE AMARILLA.
- L. MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE 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.
- M. LA ORIGINADA COMO CONSECUENCIA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA S.I.D.A. O LAS ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL VIRUS V.I.H
- N. LA LESIÓN O MUERTE DEBIDA AL ESTADO DE GESTACIÓN, ALUMBRAMIENTO, ABORTO O COMPLICACIONES SUFRIDAS A CAUSA DE CUALQUIERA DE ESTOS ESTADOS.

PARÁGRAFO PRIMERO. 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 LA COMPAÑÍA PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE SINIESTROS.

PARÁGRAFO SEGUNDO: EL ASEGURADO NO PODRÁ ESTAR AMPARADO POR MÁS DE UN SEGURO, CORRESPONDIENTE A ESTE MISMO PLAN Y COLECTIVO ASEGURADO. EN CASO DE ESTARLO, ELLO NO LE DARÁ DERECHO A EXIGIR LOS DOS PAGOS DE LA INDEMNIZACIÓN, TODA VEZ QUE EL ASEGURADO TIENE LA OBLIGACIÓN DE INFORMAR LA EXISTENCIA DEL PRIMER SEGURO, PARA QUE LA COMPAÑÍA SE ABSTENGA DE EXPEDIR OTRO. EN CASO DE NO HACERLO Y OCURRIERE EL SINIESTRO SE CONSIDERARÁ, A ESTA PERSONA ASEGURADA SOLAMENTE CON EL SEGURO QUE LE PROPORCIONE EL MAYOR BENEFICIO. LA COMPAÑÍA DEVOLVERÁ, EN TODO CASO, EL VALOR DE LA PRIMA PAGADA EN EL OTRO SEGURO, RECONOCIENDO SOLAMENTE EL CORRIENTE INTERÉS LEGAL.

CONDICIÓN CUARTA - 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.

Las obligaciones del Tomador cesarán una vez el seguro ha sido aceptado o ratificado por el tercero, en consecuencia, éste asume las obligaciones y derechos del contrato de seguro.

CONDICIÓN QUINTA – SEGURO COLECTIVO CONTRIBUTIVO, EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA Y REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.

Para efectos de esta póliza, el seguro de accidentes personales es contributivo si la prima o precio del seguro es sufragada en todo o parte por cada Asegurado.

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 documento póliza matriz.

Los Asegurados, recibirán de **LA COMPAÑÍA**, las condiciones generales y particulares del seguro, así como el certificado de seguro.

Las edades de ingreso y permanencia para el amparo básico y los amparos adicionales que se especifiquen en el certificado de seguros 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 75 años más 364 días

CONDICIÓN SEXTA – VIGENCIA.

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

CONDICIÓN SÉPTIMA - VALOR Y AJUSTE DE PRIMAS.

El valor de la prima para cada persona Asegurada será el señalado en el formulario de aceptación y a falta de este, el establecido en el certificado individual de seguro.

CONDICIÓN OCTAVA - PAGO DE PRIMAS.

Si la presente póliza, tiene el carácter de seguro contributivo, es decir que la totalidad de la prima es sufragada por los integrantes del colectivo Asegurado, le corresponde a cada Asegurado proveer los recursos necesarios para que el Tomador efectúe el pago oportuno de las primas a **LA COMPAÑÍA**.

Si la póliza tiene el carácter de seguro no contributivo, es decir que la totalidad de la prima es sufragada exclusivamente por el Tomador, éste debe disponer de los recursos necesarios para el pago oportuno de las primas a **LA COMPAÑÍA**. El pago de la prima en el presente seguro se podrá efectuar de manera anual, semestral, trimestral, mensual o única, conforme acuerdo entre las partes, con base en los amparos contratados y a la tarifa que aparece en el certificado individual de seguro.

El pago de la primera cuota de la prima debe realizarse dentro de los treinta días siguientes al inicio de vigencia del seguro, por consiguiente, si ocurre algún siniestro dentro de este periodo **LA COMPAÑÍA** pagará el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas y pendientes de pago hasta completar la anualidad respectiva. Si las primas posteriores a la primera cuota, no fueran pagadas en los plazos establecidos, se producirá la terminación automática del contrato y **LA COMPAÑÍA** quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos

CONDICIÓN NOVENA - VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES.

La suma asegurada del amparo básico y/o de los amparos adicionales, correspondiente a cada uno de los integrantes del colectivo Asegurado, se considerará individualmente, para cada Asegurado, de acuerdo con el valor asegurado y la forma indicada en el certificado individual de seguro.

CONDICIÓN DÉCIMA - DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.

Corresponde a cada Asegurado hacer la designación de sus propios Beneficiarios pudiendo ser ellos a título gratuito. 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 PRIMERA – AVISO, RECLAMACIÓN E INDEMNIZACIÓN.

En caso de siniestro que pueda dar lugar a la reclamación bajo la presente póliza, El Asegurado y/o Beneficiario según el caso, deberá dar aviso a **LA COMPAÑÍA** de la ocurrencia del siniestro, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, 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. Sin embargo **LA COMPAÑÍA** podrá comprobar la veracidad y exactitud de tales pruebas, teniendo derecho y la oportunidad, a través de sus médicos de examinar a la persona asegurada, mientras dure la reclamación o se encuentre pendiente una reclamación contra la presente póliza.

LA COMPAÑÍA pagará la indemnización al Asegurado o a los Beneficiarios, según sea el caso, dentro del mes siguiente a la fecha en que el Asegurado o Beneficiario haya formalizado la reclamación.

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 SEGUNDA – DECLARACION INEXACTA O RETICENTE.

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 colectivos.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA – REVOCACIÓN DEL CONTRATO.

El Asegurado podrá revocar unilateralmente el contrato de seguro mediante aviso dado a **LA COMPAÑÍA**, por escrito. El Tomador será responsable en todo caso 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 contrato quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación.

Si el Asegurado es quien solicita la terminación del contrato de seguro, ello ocurrirá en la fecha de recibo de la solicitud escrita por parte de **LA COMPAÑÍA**.

LA COMPAÑÍA puede notificar al Asegurado titular la terminación del seguro, mediante noticia escrita enviada a la última dirección conocida de su domicilio, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA - 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:

1. Por muerte del Asegurado, o por dejar de pertenecer al colectivo Asegurado tratándose de un seguro no contributivo.
2. Por falta de pago de las primas de acuerdo a lo establecido en el contrato de seguro, si la prima ha sido fraccionada.
3. Por vencimiento y no renovación de la póliza colectiva tratándose de un seguro no contributivo.
4. Por del seguro por parte de cada integrante del seguro colectivo, en los seguros contributivos.
5. Cuando el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en el contrato de seguro.
6. Cuando **LA COMPAÑÍA** pague la indemnización por la afectación de uno o varios amparos que agoten el valor máximo del seguro.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA – INTRANSFERIBILIDAD.

Se acuerda que la presente cobertura de la póliza no será transferible a persona alguna; por lo tanto ningún depósito, fideicomiso, traspaso, acto o contrato, producirá efectos respecto a **LA COMPAÑÍA**.

Así mismo, esta cláusula será aplicable a todos los anexos que accedan a la presente póliza.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA - LIMITE 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, **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 SÉPTIMA - PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS.

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

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA – PRESCRIPCIÓN.

Las acciones derivadas del contrato de seguro prescribirán de manera ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos (2) años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

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

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA – 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 correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada por las partes.

CONDICIÓN VIGÉSIMA – DOMICILIO.

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de las partes la establecida en la carátula de la póliza.

AMPARO POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO TRABAJADORES DEPENDIENTES

CONDICIÓN PRIMERA: COBERTURA:

MEDIANTE ESTE ANEXO, LA COMPAÑÍA, ASUME POR UNA SOLA VEZ POR VIGENCIA, EL RIESGO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO DEL ASEGURADO OCURRIDO CON POSTERIORIDAD A LA SUSCRIPCIÓN DE ESTA COBERTURA Y VENCIDO EL PERÍODO DE CARENCIA, QUE SEA COMO CONSECUENCIA DE:

- **TERMINACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO DE TRABAJO POR PARTE DEL PATRONO SIN JUSTA CAUSA.**
- **DECLARATORIA DE INSUBSISTENCIA**
- **DESPIDO DE EMPLEADOS DE LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCIÓN**
- **SUPRESIÓN DE CARGOS POR FUSIÓN DE ENTIDADES PÚBLICAS O PRIVADAS**
- **TERMINACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO POR PARTE DEL TRABAJADOR ARGUMENTANDO JUSTA CAUSA CONTENIDA EN EL CÓDIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO (ART. 62 LITERAL B)**
- **TERMINACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO DE TRABAJO POR PARTE DEL PATRONO CON JUSTA CAUSA ARGUMENTANDO DEMANDA POR ALIMENTOS.**
- **TERMINACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO DE TRABAJO POR PARTE DEL PATRONO CON JUSTA CAUSA ARGUMENTANDO EMBARGO CIVIL POR TERCEROS.**
- **DESPIDO MASIVO SIN AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL**
- **LIQUIDACIÓN O CIERRE DEFINITIVO DE LA EMPRESA O ENTIDAD**
- **CUANDO TERMINE EL CONTRATO DE TRABAJO POR MUTUO ACUERDO ENTRE LAS PARTES Y EN LA LIQUIDACIÓN FINAL DE PRESTACIONES DE DICHO TRABAJADOR SE HAYA RECONOCIDO Y PAGADO UNA BONIFICACIÓN NO MENOR AL 75% DE LA INDEMNIZACIÓN LEGAL O CONVENCIONAL QUE LE HUBIESE CORRESPONDIDO EN CASO DE UN DESPIDO SIN JUSTA CAUSA.**

DEMOSTRADA LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO EN LAS CONDICIONES MENCIONADAS LA COMPAÑÍA PAGARÁ, DE ACUERDO A LA OPCIÓN CONTRATADA, LA SUMA ASEGURADA CONSIGNADA EN EL CUADRO DE BENEFICIOS DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

PARÁGRAFO 1. PERÍODO DE CARENCIA:

EL PRESENTE ANEXO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO, TENDRÁ UN PERÍODO DE CARENCIA DEFINIDO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, CONTADO A PARTIR DE LA EXPEDICIÓN DE LA SOLICITUD CERTIFICADO.

PARÁGRAFO 2. REPETICIÓN POR NO COBERTURA.

LA COMPAÑÍA, SE RESERVA EL DERECHO DE REPETIR CONTRA EL ASEGURADO CUANDO CESE EL DESEMPLEO INVOLUNTARIO, SIN QUE ÉSTE HAYA AVISADO TAL CIRCUNSTANCIA A LA ASEGURADORA. EN DICHO CASO, EL ASEGURADO DEBERÁ REINTEGRAR A LA COMPAÑÍA LA SUMA ASEGURADA PAGADA INDEBIDAMENTE, MÁS LOS INTERESES LIQUIDADOS, AL MÁXIMO INTERÉS MORATORIO BANCARIO LEGALMENTE VIGENTE, AL MOMENTO DEL PAGO.

CONDICIÓN SEGUNDA: EXCLUSIONES

EL AMPARO OTORGADO EN ESTE ANEXO NO CUBRE EL DESEMPLEO INVOLUNTARIO OCURRIDO COMO CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

1. **RENUNCIA VOLUNTARIA AL EMPLEO, TRABAJO TEMPORAL, CONTRATO A TERMINO FIJO O DURACIÓN DEFINIDA, AUTO EMPLEO O POR CUENTA PROPIA O CONTRATISTA INDEPENDIENTE.**
2. **TERMINACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO POR PARTE DEL EMPLEADOR ARGUMENTANDO JUSTA CAUSA CONTENIDA EN EL CÓDIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO (ART. 62 LITERAL A)**
3. **DESEMPLEO QUE OCURRA DENTRO DEL PERÍODO DE CARENIA ESTIPULADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.**
4. **PÉRDIDA DE LOS INGRESOS QUE, BAJO CUALQUIER FORMA, SE HUBIERA GENERADO COMO RESULTADO DE:**
 - **MUERTE DEL ASEGURADO**
 - **ACCIONES DE GUERRA, DECLARADA O SIN DECLARAR.**
 - **CATÁSTROFE NUCLEAR.**
5. **SI A LA FECHA DE INGRESO A LA PÓLIZA, EL TRABAJADOR LLEVA MENOS DEL TIEMPO ESTIPULADO COMO ANTIGÜEDAD LABORAL EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO CON UN MISMO EMPLEADOR, NO EXISTIRÁ COBERTURA.**
6. **DESPIDO COLECTIVO CON AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DEL TRABAJO.**
7. **CONTRATOS VERBALES.**
8. **RETIRO POR JUBILACIÓN, INVALIDEZ O VEJEZ**

PARÁGRAFO: EL ASEGURADO NO PODRÁ ESTAR AMPARADO POR MÁS DE UN SEGURO, CORRESPONDIENTE A ESTE MISMO PLAN Y COLECTIVO ASEGURADO. EN CASO DE ESTARLO, ELLO NO LE DARÁ DERECHO A EXIGIR LOS DOS PAGOS DE LA INDEMNIZACIÓN, TODA VEZ QUE EL ASEGURADO TIENE LA OBLIGACIÓN DE INFORMAR LA EXISTENCIA DEL PRIMER SEGURO, PARA QUE LA COMPAÑÍA SE ABSTENGA DE EXPEDIR OTRO. EN CASO DE NO HACERLO Y OCURRIERE EL SINIESTRO SE CONSIDERARÁ, A ESTA PERSONA ASEGURADA SOLAMENTE CON EL SEGURO QUE LE PROPORCIONE EL MAYOR BENEFICIO. LA COMPAÑÍA DEVOLVERÁ, EN TODO CASO, EL VALOR DE LA PRIMA PAGADA EN EL OTRO SEGURO, RECONOCIENDO SOLAMENTE EL CORRIENTE INTERÉS LEGAL.

CONDICIÓN TERCERA: DEFINICIONES

- 3.1. VALOR ASEGURADO:** El valor asegurado será hasta el máximo de la cuota mensual ordinaria que tenga el Asegurado con el Beneficiario designado a título oneroso y hasta por el período pactado u ofrecido en la oferta de producto, sin que supere el valor contratado en el certificado individual de seguro.
- 3.2. CUOTA MENSUAL ORDINARIA:** Es el valor mensual incorporado en el extracto o factura emitido por el Beneficiario a título oneroso, que debe ser pagado por el Asegurado, dentro de las fechas límites de pago. Para efectos de este seguro, no hace parte de la cuota mensual ordinaria los intereses de ahorro, cuotas de ahorro, cuotas o pagos atrasados que tuviere el Asegurado al momento de la ocurrencia del siniestro. Así mismo, con posterioridad a la ocurrencia del siniestro, no hace parte del valor asegurado los faltantes de cuota mensual ordinaria que resultare una vez recibida la indemnización, o el incremento de las cuotas cualquiera que sea su causa.
- 3.3. BENEFICIARIO A TÍTULO ONEROSO:** Será Beneficiario a título oneroso la persona jurídica designada por el Asegurado en el certificado individual de seguro, mientras subsista el interés que legitima la designación.
- 3.4. FRANQUICIA:** En el presente anexo de desempleo involuntario, se estipula un período de franquicia de un (1) mes. Ocurrido el siniestro **LA COMPAÑÍA**, pagará a partir del segundo mes de desempleo involuntario, el valor asegurado contratado sin superar el valor máximo de la indemnización.

CONDICIÓN CUARTA – EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA Y REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.

Para ser Asegurado para este anexo, el Asegurado debe cumplir con los siguientes requisitos:

1. Edad mínima de 18 años y máxima de ingreso 64 años con permanencia hasta los 65 años

2. Tener vigente el amparo básico de ACCIDENTES PERSONALES de la póliza de seguro de ACCIDENTES PERSONALES colectiva a la cual accede el anexo de desempleo involuntario.

3. A la fecha de inicio de vigencia de la presente cobertura adicional:

- Trabajar en virtud de un contrato de trabajo celebrado según la legislación laboral colombiana, de jornada ordinaria, de tiempo completo y término indefinido o mediante situación legal o reglamentaria.
- Haber estado trabajando en las condiciones arriba descritas durante los últimos seis (6) meses en forma ininterrumpida;
- Pertenecer al grupo asegurable.
- Que en los créditos otorgados al Asegurado por la entidad Tomadora del seguro, se hayan cumplido todos los requisitos exigidos en el reglamento de créditos de cada entidad.
- Que durante la vigencia del seguro de ACCIDENTES PERSONALES colectivo y del Anexo adicional de Desempleo Involuntario, el Asegurado este cotizando al Sistema de Seguridad Social en Pensiones.

CONDICIÓN QUINTA - PAGO DE LA PRIMA.

La prima que a favor de **LA COMPAÑÍA** se cause por razón de la expedición del anexo Desempleo Involuntario deberá ser pagada dentro del mes siguiente a la fecha de entrega de la misma y de ahí en adelante en los períodos pactados.

CONDICIÓN SEXTA – AVISO, RECLAMACIÓN E INDEMNIZACIÓN.

De conformidad con lo estipulado en el artículo 1075 del código de comercio, el Asegurado o el Beneficiario estarán obligados a dar noticia al Asegurador de la ocurrencia del siniestro, dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha en que lo hayan conocido o debido conocer.

El Asegurado o el Beneficiario deberá demostrar la ocurrencia del siniestro, para lo cual podrá emplear cualquier medio legalmente aceptado, no obstante, dada la naturaleza del amparo podrá presentar para el análisis de la reclamación los siguientes documentos:

- Carta del empleador donde se verifique el nombre de la entidad y Nit., dirección, teléfono, nombre de la persona que firmo, donde conste la causa de la terminación del contrato y fecha de cancelación del contrato.
- El Asegurado afectado por la situación de Desempleo Involuntario, deberá obtener del ex - empleador una certificación, donde conste que tenía un contrato de trabajo celebrado según la legislación colombiana, de jornada ordinaria, de tiempo completo y a término indefinido.
- Certificación del ex - empleador, donde conste que el Asegurado contaba con una antigüedad mínima de seis (6) meses de vinculación laboral a la misma empresa, copia del contrato de trabajo.
- Copia de la liquidación final de prestaciones sociales.
- Certificación de la entidad financiera, donde conste el valor de la cuota mensual ordinaria del crédito del Asegurado o valor de la factura mensual, debidamente autenticado y firmado por el representante legal o el gerente de la respectiva entidad Tomadora del seguro.
- Copia de la planilla mensual correspondiente a la fecha de despido del Asegurado, donde conste los aportes al Sistema General de Pensiones.
- Acta de conciliación celebrada entre el Asegurado y su empleador, ante autoridad judicial o administrativa competente
- El Asegurado prestará su colaboración a **LA COMPAÑÍA** para que constate la veracidad de las pruebas presentadas. Así mismo, prestará su consentimiento para que **LA COMPAÑÍA** y/o quien ésta designe, investigue en cualquier momento si se ha reubicado laboralmente.

LA COMPAÑÍA, una vez ocurrido el siniestro reconocerá como tope máximo de indemnización, hasta el máximo de la cuota mensual ordinaria y hasta por un término máximo definido en el certificado individual de seguro. Cualquier suma de dinero pagada al Beneficiario a título oneroso designado por el Asegurado, se entenderá realizada por cuenta de la indemnización a que tiene derecho el Asegurado y por lo tanto no existirá obligación de ninguna naturaleza

entre **LA COMPAÑÍA** y el Beneficiario a título oneroso designado por el Asegurado

PARÁGRAFO: si vencido el periodo de franquicia, el desempleo es inferior a un mes, **LA COMPAÑÍA** pagará el valor asegurado a razón de un treintavo (1/30) del pago mensual por cada día que permanezca desempleado el Asegurado, según el plan contratado.

La indemnización tendrá destinación específica para cubrir las cuotas o pagos periódicos ordinarios que tenga el Asegurado con el Beneficiario a título oneroso designado por éste en la solicitud de seguro.

CONDICIÓN SÉPTIMA - REVOCACIÓN DEL AMPARO.

El Asegurado podrá revocar unilateralmente el anexo de Desempleo Involuntario mediante aviso dado a **LA COMPAÑÍA**, por escrito. El contrato quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación.

El Asegurador podrá revocar unilateralmente el anexo de Desempleo Involuntario, mediante la forma y el procedimiento establecido en el artículo 1071 del Código de Comercio.

CONDICIÓN OCTAVA - CAUSALES DE TERMINACIÓN:

La cobertura del anexo de Desempleo Involuntario termina en los siguientes casos:

1. En la fecha en que el Asegurado solicite por escrito la rescisión de esta cobertura.
2. Por terminación y no renovación de la póliza matriz.
3. Por mora en el pago de la prima de acuerdo con lo establecido en el Artículo 1068 del código de comercio.
4. Cuando el Asegurado deje de pertenecer a la entidad Tomadora del seguro.
5. Cuando el Asegurado le sea reconocido una pensión jubilación, invalidez o sobrevivencia.

CONDICIÓN DÉCIMA – INTRANSFERIBILIDAD.

El presente anexo de Desempleo Involuntario 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.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA – REELEGIBILIDAD.

Ocurrido un siniestro durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando haya pago de las primas, el Asegurado restablecerá automáticamente la cobertura en la fecha de renovación anual del seguro. En caso de un nuevo siniestro se aplicará un período de franquicia de un mes y el Asegurado deberá acreditar haber estado empleado durante los seis (6) meses anteriores a la fecha de ocurrencia del nuevo siniestro.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA – DOMICILIO.

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de las partes la carátula de la póliza.

AMPARO POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD TRABAJADORES INDEPENDIENTES

CONDICIÓN PRIMERA: COBERTURA:

MEDIANTE ESTE ANEXO, SI SE CUMPLEN LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD, LA COMPAÑÍA, ASUME EL PAGO DEL VALOR ASEGURADO, SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD, EL ASEGURADO FUERE INCAPACITADO TOTAL Y TEMPORALMENTE, DE ACUERDO CON LA DEFINICIÓN ESTIPULADA PARA ESTE ANEXO.

PARAGRAFO 1. EL ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD, SÓLO PODRÁ SER CONTRATADO, EN EXCESO DE LA SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL QUE DEBE TENER OBLIGATORIAMENTE EL ASEGURADO, PARA PODER ACCEDER A ESTE ANEXO.

PARAGRAFO 2. PARA TENER ACCESO AL PRESENTE ANEXO EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE DEBE TENER CONSTITUCIÓN MÍNIMA DE 6 MESES DEMOSTRABLE MEDIANTE CERTIFICADO DE CÁMARA DE COMERCIO O DEL RUT.

PARAGRAFO 3. PERÍODO DE CARENIA: EL PRESENTE ANEXO DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD, TENDRÁ UN PERÍODO DE CARENIA DEFINIDO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, CONTADO A PARTIR DE LA EXPEDICIÓN DE LA SOLICITUD-CERTIFICADO.

CONDICIÓN SEGUNDA- DEFINICIÓN.

SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD, LA IMPOSIBILIDAD DEL ASEGURADO DE DESARROLLAR EL TRABAJO QUE GENERA SU REMUNERACIÓN Y POR LO TANTO LE IMPIDE EJERCER SUS ACTIVIDADES LABORALES TEMPORALMENTE.

LA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD, DEBERÁ ESTAR DEBIDAMENTE DEMOSTRADA MEDIANTE INCAPACIDAD EXPEDIDA POR LA EPS.

CONDICIÓN TERCERA – EXCLUSIONES.

EL AMPARO OTORGADO EN ESTE ANEXO NO CUBRE LA INCAPACIDAD TEMPORAL OCURRIDA COMO CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

- A. EMBARAZO, PARTO, CESÁREA NO PROGRAMADA O CUALQUIER INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL QUE SEA A CONSECUENCIA DEL EMBARAZO.**
- B. GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES (YA SEA GUERRA DECLARADA O NO), GUERRA CIVIL, REBELIÓN, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN,**
- C. ASONADA, MOTÍN, HUELGA, MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS O EN GENERAL CUALQUIER CLASE DE CONMOCIÓN CIVIL.**
- D. SIRVIENDO EN LABORES MILITARES EN LAS FUERZAS ARMADAS O DE POLICÍA DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD INTERNACIONAL.**
- E. VIAJANDO COMO PILOTO O TRIPULANTE DE NAVES AÉREAS INCLUYENDO HELICÓPTEROS.**
- F. SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO, LESIONES AUTOINFLIGIDAS, BIEN QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE DEMENCIA.**

- G. LAS LESIONES QUE ORIGINEN INCAPACIDAD QUE SEAN CAUSADAS POR TERCERAS PERSONAS, CON ARMA DE FUEGO, CORTOPUNZANTE O CONTUNDENTE**
- H. EN LA PRACTICA, ENTRENAMIENTO, O PARTICIPACIÓN EN COMPETENCIAS DE DEPORTES CONSIDERADOS COMO DE ALTO RIESGO, TALES COMO BUCEO, ALPINISMO O MONTAÑISMO, ESCALADA E HILO DONDE SE HAGA USO DE SOGAS O GUÍAS ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, CARRERAS QUE NO SEAN A PIE, O QUE SE DEDIQUE PROFESIONALMENTE A ALGÚN DEPORTE.**
- I. RESIDENCIA EN EL EXTERIOR POR UN PERÍODO SUPERIOR A TRES (3) MESES**
- J. ENFERMEDAD PREEXISTENTE, ES DECIR, AQUELLA EN RAZÓN DE LA CUAL Y DENTRO DE LOS SEIS (6) MESES ANTERIORES A LA EXPEDICIÓN DEL PRESENTE ANEXO, DETERMINA QUE EL ASEGURADO HAYA SIDO ATENDIDO Y TRATADO MÉDICAMENTE CAUSANDO UNA INCAPACIDAD EN LOS DOCE (12) MESES SIGUIENTES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN DEL ANEXO. POR LO TANTO, LA INCAPACIDAD QUE COMIENZA DOCE (12) MESES DESPUÉS DE LA FECHA EFECTIVA DEL CERTIFICADO ESTARÁ CUBIERTA.**
- K. LA INCAPACIDAD PRODUCIDA DENTRO DEL PERÍODO DE CARENCIA CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO.**
- L. ACCIDENTE QUE OCURRA ESTANDO EL ASEGURADO BAJO EFECTOS DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS.**

PARÁGRAFO: EL ASEGURADO NO PODRÁ ESTAR AMPARADO POR MÁS DE UN SEGURO, CORRESPONDIENTE A ESTE MISMO PLAN Y COLECTIVO ASEGURADO. EN CASO DE ESTARLO, ELLO NO LE DARÁ DERECHO A EXIGIR LOS DOS PAGOS DE LA INDEMNIZACIÓN, TODA VEZ QUE EL ASEGURADO TIENE LA OBLIGACIÓN DE INFORMAR LA EXISTENCIA DEL PRIMER SEGURO, PARA QUE LA COMPAÑÍA SE ABSTENGA DE EXPEDIR OTRO. EN CASO DE NO HACERLO Y OCURRIERE EL SINIESTRO SE CONSIDERARÁ, A ESTA PERSONA ASEGURADA SOLAMENTE CON EL SEGURO QUE LE PROPORCIONE EL MAYOR BENEFICIO. LA COMPAÑÍA DEVOLVERÁ, EN TODO CASO, EL VALOR DE LA PRIMA PAGADA EN EL OTRO SEGURO, RECONOCIENDO SOLAMENTE EL CORRIENTE INTERÉS LEGAL.

CONDICIÓN CUARTA – DEFINICIONES.

4.1 VALOR ASEGURADO: El valor asegurado será hasta el máximo valor de la cuota mensual ordinaria que tenga el Asegurado con el Beneficiario designado a título oneroso y hasta por el período pactado u ofrecido en la oferta de producto, sin que supere el valor contratado en el certificado individual de seguro.

4.2 CUOTA MENSUAL ORDINARIA: Es el valor mensual incorporado en el extracto o factura emitido por el beneficiario a título oneroso, que debe ser pagado por el Asegurado, dentro de las fechas límites de pago. Para efectos de este seguro, no hace parte de la cuota mensual ordinaria los intereses de ahorro, cuotas de ahorro, cuotas o pagos atrasados que tuviere el Asegurado al momento de la ocurrencia del siniestro. Así mismo, con posterioridad a la ocurrencia del siniestro, no hace parte del valor asegurado los faltantes de cuota mensual ordinaria que resultare una vez recibida la indemnización, o el incremento de las cuotas cualquiera que sea su causa.

4.3 BENEFICIARIO A TÍTULO ONEROSO: Será Beneficiario a título oneroso la persona jurídica designada por el Asegurado en el certificado individual de seguro, mientras subsista el interés que legitima la designación.

4.4 FRANQUICIA: En el presente anexo de incapacidad total temporal por accidente o enfermedad, se estipula un período de franquicia de un (1) mes. Ocurrido el siniestro **LA COMPAÑÍA**, pagará a partir del segundo mes de

incapacidad total temporal por accidente o enfermedad, a prorrata del término de incapacidad, el valor asegurado contratado sin que supere el máximo valor de la indemnización.

CONDICIÓN QUINTA – EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA Y REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.

Para ser Asegurado para este anexo, el Asegurado debe cumplir con los siguientes requisitos:

1. Edad mínima de 18 años y máxima de ingreso 64 años con permanencia hasta los 65 años
2. Tener vigente el amparo básico de ACCIDENTES PERSONALES de la póliza de seguro de ACCIDENTES PERSONALES colectiva a la cual accede el anexo de desempleo involuntario.
3. A la fecha de inicio de vigencia de la presente cobertura adicional:
 - Constitución mínima de 6 meses demostrable mediante certificado de Cámara de Comercio o RUT.
 - Pertenecer al grupo asegurable.
 - Que en los créditos otorgados al Asegurado por la entidad Tomadora del seguro, se hayan cumplido todos los requisitos exigidos en el reglamento de créditos de cada entidad.

CONDICIÓN SEXTA - PAGO DE LA PRIMA.

La prima que a favor de **LA COMPAÑÍA** se cause por razón de la expedición del anexo Desempleo Involuntario deberá ser pagada dentro del mes siguiente a la fecha de entrega de la misma y de ahí en adelante en los períodos pactados.

CONDICIÓN SÉPTIMA – AVISO, RECLAMACIÓN E INDEMNIZACIÓN.

De conformidad con lo estipulado en el artículo 1075 del código de comercio, el Asegurado o el Beneficiario estarán obligados a dar noticia al Asegurador de la ocurrencia del siniestro, dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha en que lo hayan conocido o debido conocer.

El Asegurado o el Beneficiario deberá demostrar la ocurrencia del siniestro, para lo cual podrá emplear cualquier medio legalmente aceptado, no obstante, dada la naturaleza del amparo podrá presentar para el análisis de la reclamación los siguientes documentos:

- Incapacidad emitida por la correspondiente EPS la cual será avalada en todos los casos por el médico auditor de **LA COMPAÑÍA** primando su concepto y resumen de la historia clínica.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía
- Certificado de cámara de comercio o del Rut. De constitución de la empresa.
- Fotocopia de los tres últimos extractos bancarios o certificación de la entidad Tomadora donde conste el valor de la cuota mensual del crédito o factura de la cuota de pago de servicios.
- Formulario de reclamación de **LA COMPAÑÍA**.

LA COMPAÑÍA, una vez ocurrido el siniestro reconocerá como tope máximo de indemnización, hasta el máximo de la cuota mensual ordinaria y hasta por un término máximo definido en el certificado individual de seguro. Cualquier suma de dinero pagada al Beneficiario a título oneroso designado por el Asegurado, se entenderá realizada por cuenta de la indemnización a que tiene derecho el Asegurado y por lo tanto no existirá obligación de ninguna naturaleza entre **LA COMPAÑÍA** y el Beneficiario a título oneroso designado por el Asegurado

PARÁGRAFO: si vencido el periodo de franquicia, el desempleo es inferior a un mes, **LA COMPAÑÍA** pagará el valor asegurado a razón de un treintavo (1/30) del pago mensual por cada día que permanezca desempleado el Asegurado, según el plan contratado.

La indemnización tendrá destinación específica para cubrir las cuotas o pagos periódicos ordinarios que tenga el Asegurado con el Beneficiario a título oneroso designado por éste en la solicitud de seguro.

01/11/2016-1305-P-31-CLACHUBB20160179
30/08/2015-1305-NT-31-APMAFORMANT00002
30/05/2015-1305-NT-31-APDESITTFORMANT1
30/05/2015-1305-NT-31-APDESITTFORMANT1
30/08/2015-1305-NT-31-APRDHFORMANT0002

CONDICIÓN OCTAVA - REVOCACIÓN DEL AMPARO.

El Asegurado podrá revocar unilateralmente el anexo de Desempleo Involuntario mediante aviso dado a **LA COMPAÑÍA**, por escrito. El contrato quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación.

El Asegurador podrá revocar unilateralmente el anexo de Desempleo Involuntario, mediante la forma y el procedimiento establecido en el artículo 1071 del Código de Comercio.

CONDICIÓN NOVENA - CAUSALES DE TERMINACIÓN.

La cobertura del anexo de Incapacidad Total Temporal por Accidente o Enfermedad termina en los siguientes casos:

1. En la fecha en que el Asegurado solicite por escrito la rescisión de esta cobertura.
2. Por terminación y no renovación de la póliza matriz.
3. Por mora en el pago de la prima de acuerdo con lo establecido en el Artículo 1068 del código de comercio.
4. Cuando el Asegurado deje de pertenecer a la entidad Tomadora del seguro.

CONDICIÓN DÉCIMA – INTRANSFERIBILIDAD.

El presente anexo 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.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA – DOMICILIO.

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de las partes la establecida en la carátula de la póliza.

AMPARO RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

CONDICIONES GENERALES.

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., ACUERDA ASUMIR A TRAVÉS DEL PRESENTE AMPARO Y PREVIO PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE, SEÑALADA EN EL CERTIFICADO DE SEGURO DEL SEGURO COLECTIVO ARRIBA ESPECIFICADO, EL CUAL QUEDA SUJETO A TODOS LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y EXCEPCIONES SEÑALADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE DICHA PÓLIZA JUNTO CON LAS QUE A CONTINUACIÓN SE ESTIPULAN.

CONDICIÓN PRIMERA – AMPARO.

PARA EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO, LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ LA SUMA DIARIA PACTADA AL ASEGURADO, SEÑALADA EN EL CORRESPONDIENTE CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, SI A CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O LESIÓN DIAGNOSTICADA O SUFRIDA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA INGRESA COMO PACIENTE INTERNO A UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA, COMO MÍNIMO POR 24 HORAS, SIN EXCEDER DE 365 DÍAS, PARA EL TRATAMIENTO RESPECTIVO, BAJO EL CUIDADO Y SUPERVISIÓN DE UN MÉDICO QUE DEBE POSEER LICENCIA PERMANENTE Y VÁLIDA PARA PRACTICAR LA MEDICINA EN COLOMBIA.

PARA EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO, SE ENTIENDE COMO INSTITUCIÓN HOSPITALARIA, EL ESTABLECIMIENTO REGISTRADO Y AUTORIZADO POR REUNIR 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 SON CONSIDERADAS COMO INSTITUCIONES HOSPITALARIAS, PARA EFECTOS DE COBERTURA DEL AMPARO DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS INSTITUCIONES MENTALES PARA TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES SIQUIÁTRICAS; 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.

CONDICIÓN SEGUNDA – EXCLUSIONES.

EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE LA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN, DETERMINADA POR CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- A. POR 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.**
- B. SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO, LESIONES AUTOINFLINGIDAS, BIEN QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE DEMENCIA O LA PROVOCADA POR EL MISMO ASEGURADO.**
- C. DEDICARSE A PRACTICAR O TOMAR PARTE EN ENTRENAMIENTOS PROPIOS DE DEPORTES CONSIDERADOS COMO DE ALTO RIESGO, TALES COMO BUCEO, ALPINISMO O MONTAÑISMO, ESCALADA EN HILO DONDE SE HAGA USO DE SOGAS O GUÍAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, CARRERAS QUE NO SEAN A PIE O QUE SE DEDIQUE PROFESIONALMENTE A CUALQUIER DEPORTE.**

- D. LA CAUSADA EN ACCIDENTE DE AVIACIÓN, CUANDO EL ASEGURADO VIAJE COMO PILOTO O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN DE CUALQUIER AERONAVE, SALVO QUE VUELE COMO PASAJERO EN UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS, PAGANDO TIQUETE.**
- E. POR ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, DROGAS TÓXICAS, ALUCINÓGENOS O INGESTIÓN DE ESTUPEFACIENTES.**
- F. ENFERMEDADES FÍSICAS, MENTALES, O, CUALQUIER DOLENCIA ORIGINADA EN ALGUNA ENFERMEDAD, ANOMALÍA O MALFORMACIÓN CONGÉNITA Y/O TRATAMIENTOS POR DESEQUILIBRIOS MENTALES O CURAS DE REPOSO O DEL SUEÑO, VÁRICES CON FINES ESTÉTICOS, TRATAMIENTO PARA LA INFERTILIDAD.**
- G. MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE 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.**
- H. LA ORIGINADA COMO CONSECUENCIA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA S.I.D.A. O LAS ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL VIRUS V.I.H.**
- I. LA ORIGINADA POR HOSPITALIZACIÓN POR CHEQUEOS DE CONTROL O COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y COMPLICACIONES DE POSTPARTO.**
- J. CONDICIONES MÉDICAS PREEXISTENTES, YA SEA QUE SE TRATE DE UNA ENFERMEDAD QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA O TRATADA O UNA LESIÓN SUFRIDA POR EL ASEGURADO EN LOS DOCE (12) MESES ANTERIORES A LA FECHA DE INICIO DE COBERTURA DE LA PRESENTE PÓLIZA DE SEGURO. ESTA CONDICIÓN DESAPARECE CUANDO SE TRATA DE UNA ENFERMEDAD O LESIÓN EN VIRTUD DE LA CUAL, EL ASEGURADO HA ESTADO CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA POR UN PERÍODO DE DOCE (12) MESES CONSECUTIVOS Y SOLO OPERA PARA EL PRESENTE AMPARO.**
- K. NINGÚN EVENTO ORIGINADO EN EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO Y CONSULTAS MÉDICAS, TRATAMIENTOS DE BELLEZA, O CIRUGÍAS CON FINES ESTÉTICOS O DE EMBELLECIMIENTO.**
- L. HOSPITALIZACIÓN PARA CHEQUEOS MÉDICOS DE RUTINA U OTROS EXÁMENES PREVIOS A LOS CUALES NO EXISTA INDICACIONES DE TRASTORNOS DE SALUD.**
- M. 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.**
- N. POR PARTICIPAR EL ASEGURADO EN ACTOS ILÍCITOS O CONTRARIOS A LAS LEYES COLOMBIANAS.**
- O. TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS ASOCIACIONES MÉDICO CIENTÍFICAS A NIVEL MUNDIAL O AQUELLOS DE CARÁCTER EXPERIMENTAL.**

PARÁGRAFO: EL ASEGURADO NO PODRÁ ESTAR AMPARADO POR MÁS DE UN SEGURO, CORRESPONDIENTE A ESTE MISMO PLAN Y COLECTIVO ASEGURADO. EN CASO DE ESTARLO, ELLO NO LE DARÁ DERECHO A EXIGIR LOS DOS PAGOS DE LA INDEMNIZACIÓN, TODA VEZ QUE EL ASEGURADO TIENE LA OBLIGACIÓN DE INFORMAR LA EXISTENCIA DEL PRIMER SEGURO, PARA QUE LA COMPAÑÍA SE ABSTENGA DE EXPEDIR OTRO. EN CASO DE NO HACERLO

Y OCURRIERE EL SINIESTRO SE CONSIDERARÁ, A ESTA PERSONA ASEGURADA SOLAMENTE CON EL SEGURO QUE LE PROPORCIONE EL MAYOR BENEFICIO. LA COMPAÑÍA DEVOLVERÁ, EN TODO CASO, EL VALOR DE LA PRIMA PAGADA EN EL OTRO SEGURO, RECONOCIENDO SOLAMENTE EL CORRIENTE INTERÉS LEGAL.

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:

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.

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

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

LESION: 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.

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

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.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Es aquella enfermedad que ha sido diagnosticada o tratada o una lesión sufrida por El Asegurado en los doce (12) meses anteriores a la fecha de inicio del presente amparo cobertura de la presente póliza de seguro. Esta condición desaparece cuando se trata de una enfermedad o lesión en virtud de la cual, El Asegurado ha estado cubierto por esta póliza por un período de doce (12) meses consecutivos.

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.

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

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

CONDICIÓN CUARTA – EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA Y REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.

No obstante lo previsto en las condiciones generales de la póliza a la cual accede el presente amparo la edad inicial máxima de ingreso será de 65 años tanto para hombres como para mujeres y la cobertura del presente anexo se otorgará como máximo hasta la edad de 69 años.

CONDICIÓN QUINTA - VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES.

La suma asegurada correspondiente a cada uno de los integrantes del colectivo Asegurado, se considerará individualmente de acuerdo con la forma indicada en el certificado individual de seguro, según el valor del seguro acordado específicamente para cada uno de los integrantes.

CONDICIÓN SEXTA – AVISO, RECLAMACIÓN E INDEMNIZACIÓN

El Asegurado o Beneficiario deberá dar noticia a **LA COMPAÑÍA** de la ocurrencia del siniestro dentro de los treinta (30) días siguientes de su conocimiento y ésta suministrará al Asegurado en tal momento, la información correspondiente a la documentación necesaria para la formalización de la reclamación.

El valor asegurado se indemnizará al Asegurado o Beneficiario, según los valores expresados en el certificado individual de seguro, en la definición de amparos prevista en la condición primera.

LA COMPAÑÍA efectuará el pago indemnizatorio dentro del mes siguiente a la fecha en que El Asegurado o Beneficiario haya formalizado la reclamación. Todo pago parcial efectuado por **LA COMPAÑÍA** bajo la presente póliza, será considerado como un adelanto de la suma definitiva a indemnizar respecto del accidente que originó dicho pago.

Cualquier recibo de desistimiento que la persona asegurada, sus representantes personales o afiliado Asegurado a **LA COMPAÑÍA** para cualquier beneficio pagado bajo esta póliza, será considerado como una exoneración final y completa de toda responsabilidad de **LA COMPAÑÍA** con respecto a dicho beneficio.

La indemnización diaria por hospitalización como valor Asegurado en la solicitud-certificado individual de seguro, se pagará al Asegurado, desde la fecha de ingreso en el hospital, por un período que no exceda los trescientos sesenta y cinco (365) días, para todos los períodos de hospitalización a consecuencia de una enfermedad o lesión.

La hospitalización del Asegurado que comience en la vigencia de esta póliza y que se daba 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.

PARÁGRAFO: 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.

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

ANEXO DE DESEMPLEO E INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

1. Edades de ingreso y permanencia:

Muerte accidental - Desempleo involuntario / trabajadores dependientes - Renta diaria por hospitalización por accidente, hasta un máximo de 30 días.	Ingreso de 18 años hasta los 59 años más 364 días con permanencia hasta los 64 años más 364 días.
Incapacidad total temporal por accidente o enfermedad /trabajadores independientes.	Ingreso de 18 hasta los 64 años más 364 días, con edad de permanencia hasta los 70 años más 364 días.

2. Periodo de carencia.

Para los anexos de desempleo involuntario e incapacidad total temporal:
60 Días.

3. Cuotas mensuales cubiertas.

Para los anexos de desempleo involuntario e incapacidad total temporal:
Hasta un máximo de 9 cuotas, según el plan contratado.

4. Franquicia.

Para el anexo de desempleo involuntario: 30 días
Para el anexo de incapacidad total temporal por accidente o enfermedad:
15 días

5. Requisitos de asegurabilidad - Incapacidad total temporal por accidente o enfermedad.

No obstante lo estipulado en la condición 4.7 de requisitos de asegurabilidad en el numeral 3, se modifica, el tiempo mínimo de constitución no será de 6 meses sino de 3 meses, demostrable mediante certificado de cámara de comercio o RUT.

6. Indemnización Incapacidad total Temporal por accidente o enfermedad:

DÍAS DE INCAPACIDAD TEMPORAL	CUOTAS A PAGAR
0-14	No aplica
15-44	1 Cuota
45-74	2 Cuotas
75-104	3 Cuotas
104-134	4 Cuotas
135-164	5 Cuotas
165 o mas	6 Cuotas

7. Renta diaria por hospitalización por accidente, hasta un máximo de 30 días:

Se modifica la definición de Renta diaria por hospitalización de la siguiente manera:

CONDICIÓN PRIMERA - AMPARO

Para efectos del presente amparo, **LA COMPAÑÍA** indemnizará la suma diaria pactada al Asegurado, señalada en el correspondiente certificado individual de seguro, si a consecuencia de una lesión sufrida durante la vigencia de la póliza ingresa como paciente interno a una institución hospitalaria, como mínimo por 24 horas, sin exceder de 30 días, para el tratamiento respectivo, bajo el cuidado y supervisión de un médico que debe poseer licencia permanente y válida para practicar la medicina en Colombia.

Para efectos del presente amparo, se entiende como institución hospitalaria, el establecimiento registrado y autorizado por reunir 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 son consideradas como instituciones hospitalarias, 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.

Para este amparo aplican todas las Exclusiones y demás condiciones expresadas en el amparo renta diaria por hospitalización.

LO NO PREVISTO EN ESTE ANEXO, SE APLICARÁN, LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE, ASÍ MISMO, SE REGISTRAN POR LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CÓDIGO 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.

01/11/2016-1305-P-31-CLACHUBB20160179

30/08/2015-1305-NT-31-APMAFORMANT00002

30/05/2015-1305-NT-31-APDESITTFORMANT1

30/05/2015-1305-NT-31-APDESITTFORMANT1

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