

Chubb Seguros Colombia S.A.
NIT: 860.026.518-6
Calle 72 #10-51 Piso 7

Bogotá D.C., Colombia
O +(571) 319 0300
F +(571) 319 0408

CHUBB®

PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES

MODALIDAD COLECTIVA

01/11/2016-1305-P-31-CLACHUBB20160071
30/08/2015-1305-NT-31-APMAFORMANT00002

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.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

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	Hasta los 70 años más

	días.	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.

PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES

MODALIDAD COLECTIVA

ANEXO No.3

AMPARO RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

01/11/2016-1305-A-34-CLACHUBB20160076

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

EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN 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 RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE.

LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ EL VALOR PACTADO, SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO ADICIONAL EL ASEGURADO POR CAUSA DE ACCIDENTE 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 ESTETICOS, 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	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 colectivo asegurado, se considerará individualmente de acuerdo con la forma indicada en el listado o en el certificado individual de seguro, según corresponda.

CONDICIÓN SÉPTIMA – AVISO DEL SINIESTRO, RECLAMACIÓN E INDEMNIZACIÓN.

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

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

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, 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. La de salida del hospital.
2. La del 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:

**PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES
MODALIDAD COLECTIVA**

**ANEXO A LA POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO
TRABAJADORES DEPENDIENTES**

01/11/2016-1305-A-34-CLACHUBB20160089
30/05/2015-1305-NT-31-APDESITTFORMANT1

EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO TRABAJADORES DEPENDIENTES, 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.

**CONDICION PRIMERA: AMPARO ADICIONAL POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO
TRABAJADORES DEPENDIENTES.**

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:

- A. TERMINACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO DE TRABAJO POR PARTE DEL PATRONO SIN JUSTA CAUSA.**
- B. DECLARATORIA DE INSUBSISTENCIA**
- C. DESPIDO DE EMPLEADOS DE LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCIÓN**
- D. SUPRESIÓN DE CARGOS POR FUSIÓN DE ENTIDADES PÚBLICAS O PRIVADAS**
- E. TERMINACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO POR PARTE DEL TRABAJADOR ARGUMENTANDO JUSTA CAUSA CONTENIDA EN EL CÓDIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO (ART. 62 LITERAL B)**
- F. TERMINACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO DE TRABAJO POR PARTE DEL PATRONO CON JUSTA CAUSA ARGUMENTANDO DEMANDA POR ALIMENTOS.**
- G. TERMINACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO DE TRABAJO POR PARTE DEL PATRONO CON JUSTA CAUSA ARGUMENTANDO EMBARGO CIVIL POR TERCEROS.**
- H. DESPIDO MASIVO SIN AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL**
- I. LIQUIDACIÓN O CIERRE DEFINITIVO DE LA EMPRESA O ENTIDAD**
- J. 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.

PARAGRAFO 1. PERÍODO DE CARENIA:

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

PARAGRAFO 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:**
 - A. MUERTE DEL ASEGURADO**
 - B. ACCIONES DE GUERRA, DECLARADA O SIN DECLARAR.**
 - C. 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 DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.**
- 9. CONTRATOS VERBALES.**
- 10. RETIRO POR JUBILACIÓN , INVALIDEZ O VEJEZ**

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.

CONDICION 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.
- 3.5. VALOR MÁXIMO DE LA INDEMNIZACIÓN:** 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.
- 3.6. DESTINACIÓN ESPECÍFICA DE LA INDEMNIZACIÓN:** 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.

CONDICION CUARTA: REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

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

- A. Edad mínima de 18 años y máxima de ingreso 64 años con permanencia hasta los 65 años
- B. 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.
- C. 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.

- D. 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.
- E. 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.

CONDICION QUINTA: 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.

CONDICION SEXTA: AVISO DEL SINIESTRO

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.

CONDICION SEPTIMA: PRUEBAS PARA LA RECLAMACIÓN

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:

- A. 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.
- B. 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.
- C. 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.
- D. Copia de la liquidación final de prestaciones sociales.
- E. Certificación de la entidad financiera, donde conste el valor de la cuota mensual ordinaria del crédito del asegurado ó valor de la factura mensual, debidamente autenticado y firmado por el representante legal o el gerente de la respectiva entidad tomadora del seguro.
- F. Copia de la planilla mensual correspondiente a la fecha de despido del asegurado, donde conste los aportes al Sistema General de Pensiones.
- G. Acta de conciliación celebrada entre el Asegurado y su empleador, ante autoridad judicial o administrativa competente
- H. El Asegurado prestará su colaboración a LA COMPAÑIA para que constate la veracidad de las pruebas presentadas. Así mismo, prestará su consentimiento para que LA COMPAÑIA y/o quien ésta designe, investigue en cualquier momento si se ha reubicado laboralmente.

CONDICION OCTAVA: CAUSALES DE TERMINACIÓN

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

- A. En la fecha en que el Asegurado solicite por escrito la rescisión de esta cobertura.
- B. Por terminación y no renovación de la póliza matriz.
- C. Por mora en el pago de la prima de acuerdo con lo establecido en el Artículo 1068 del código de comercio.
- D. Cuando el Asegurado deje de pertenecer a la entidad tomadora del seguro.
- E. Cuando el Asegurado le sea reconocido una pensión jubilación, invalidez o sobrevivencia.

CONDICION NOVENA: 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.

CONDICION DECIMA: RENOVACIÓN

El seguro será renovado anualmente por voluntad de las partes.

La prima del seguro podrá ser ajustada de acuerdo con los resultados Técnicos de la póliza previa notificación al asegurado.

CONDICION DECIMO PRIMERA: 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.

CONDICION DECIMO SEGUNDA: DUPLICIDAD DE AMPAROS

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.

CONDICION DECIMO TERCERA: 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 DECIMO CUARTA: DOMICILIO

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

CONDICIÓN DECIMO QUINTA: NORMAS SUPLETORIAS:

En todo lo no previsto en las presentes condiciones generales, este contrato se regirá por las disposiciones legales del código de comercio Colombiano y de la póliza de ACCIDENTES PERSONALES Grupo a la cual accede el presente anexo.

PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES
MODALIDAD COLECTIVA

ANEXO A LA POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD TRABAJADORES INDEPENDIENTES

01/11/2016-1305-A-34-CLACHUBB20160106
30/05/2015-1305-NT-31-APDESITTFORMANT1

EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD TRABAJADORES INDEPENDIENTES, 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: 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 CARENCIA: EL PRESENTE ANEXO DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD, TENDRÁ UN PERÍODO DE CARENCIA DEFINIDO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, CONTADO A PARTIR DE LA EXPEDICIÓN DE LA SOLICITUD-CERTIFICADO.

CONDICIÓN SEGUNDA: 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,**

ASONADA, MOTÍN, HUELGA, MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS O EN GENERAL CUALQUIER CLASE DE CONMOCIÓN CIVIL.

- C. SIRVIENDO EN LABORES MILITARES EN LAS FUERZAS ARMADAS O DE POLICÍA DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD INTERNACIONAL.**
- D. VIAJANDO COMO PILOTO O TRIPULANTE DE NAVES AÉREAS INCLUYENDO HELICÓPTEROS.**
- E. SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO, LESIONES AUTOINFLIGIDAS, BIEN QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE DEMENCIA.**
- F. LAS LESIONES QUE ORIGINEN INCAPACIDAD QUE SEAN CAUSADAS POR TERCERAS PERSONAS, CON ARMA DE FUEGO, CORTOPUNZANTE O CONTUNDENTE**
- G. 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.**
- H. RESIDENCIA EN EL EXTERIOR POR UN PERÍODO SUPERIOR A TRES (3) MESES**
- I. 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.**
- J. LA INCAPACIDAD PRODUCIDA DENTRO DEL PERÍODO DE CARENCIA CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO.**
- K. ACCIDENTE QUE OCURRA ESTANDO EL ASEGURADO BAJO EFECTOS DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS.**

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

3.1 INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL: 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.

3.2 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.

3.3 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.

3.4 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.

3.5 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.

3.6 VALOR MÁXIMO DE LA INDEMNIZACIÓN: 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.

3.7 DESTINACIÓN ESPECÍFICA DE LA INDEMNIZACIÓN 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.

CONDICION CUARTA: 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 – ACCIDENTES PERSONALES de la póliza de seguro de ACCIDENTES PERSONALES grupo a la cual accede el anexo de incapacidad total temporal por accidente o enfermedad.
3. A la fecha de inicio de vigencia de la presente cobertura adicional:
 - A. Constitución mínima de 6 meses demostrable mediante certificado de Cámara de Comercio o RUT.

- B. Pertenecer al grupo asegurable.
- C. 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.

CONDICION QUINTA: AVISO DEL SINIESTRO

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.

CONDICION SEXTA: PRUEBAS PARA LA RECLAMACIÓN:

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 Chubb.

CONDICION SEPTIMA: 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.

CONDICION OCTAVA: PAGO DE LA PRIMA

La prima que a favor de **LA COMPAÑIA** se cause por razón de la expedición del anexo de Incapacidad total temporal por accidente o enfermedad deberá ser pagada dentro del mes siguiente a la fecha de entrega de la misma y de ahí en adelante en los períodos pactados.

CONDICION NOVENA: RENOVACIÓN

El seguro será renovado anualmente por voluntad de las partes.

La prima del seguro podrá ser ajustada de acuerdo con los resultados técnicos de la póliza.

CONDICION DECIMA: REVOCACIÓN DEL AMPARO

El Asegurado podrá revocar unilateralmente el anexo de Incapacidad total temporal por accidente o enfermedad, 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 Incapacidad total temporal por accidente o enfermedad, mediante la forma y el procedimiento establecido en el artículo 1071 del Código de Comercio.

CONDICION DECIMO PRIMERA: DUPLICIDAD DE AMPAROS

El Asegurado, no podrá estar amparado por más de una póliza de seguro, correspondiente a este mismo plan con LA COMPAÑÍA. 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 de la primera póliza de seguro, para que LA COMPAÑÍA se abstenga de expedirla. En caso de no hacerlo y ocurriere el siniestro se considerará, a esta persona asegurada solamente con la póliza que le proporcione el mayor beneficio. LA COMPAÑÍA devolverá en tal caso, el valor de la prima pagada en la otra póliza, reconociendo solamente el interés legal.

CONDICION DECIMO SEGUNDA: 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 DECIMO TERCERA: DOMICILIO

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

CONDICIÓN DECIMO CUARTA: NORMAS SUPLETORIAS

En todo lo no previsto en las presentes condiciones generales, este contrato se regirá por las disposiciones legales del código de comercio Colombiano y de la póliza de ACCIDENTES PERSONALES a la cual accede el presente anexo

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.

