

CHUBB®

ACCIDENTES PERSONALES - EXEQUIAS

01/11/2016-1305-P-31CLACHUBB20160163

30/08/2015-1305-NT-31-APDAFORMANT00002

14/10/2015-1305-NT-31-APRHUAFORMANT002

CONDICIONES GENERALES

OBJETO DEL SEGURO:

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., quien en adelante se denominará **LA COMPAÑÍA**, con sujeción 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, guía de servicios) que forman parte integrante de este seguro, así como en las condiciones generales y particulares, indemnizará el valor asegurado contratado ante la ocurrencia de cualquiera de los siguientes eventos o amparos:

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 ESTE SEGURO, 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 EXTERNO, FORTUITO AMPARADO POR EL SEGURO, QUE LE CAUSE LA MUERTE DE MANERA INSTANTÁNEA O DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA FECHA DEL ACCIDENTE.

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 O MEDIANTE ANEXO CONVENIDO ENTRE LAS PARTES:

AMPARO	INGRESO	PERMANENCIA
MUERTE ACCIDENTAL	DE 18 A 69 AÑOS MAS 364 DÍAS	HASTA LOS 70 AÑOS MAS 364 DÍAS
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE	DE 18 A 69 AÑOS MÁS 364 DÍAS	HASTA LOS 70 AÑOS MÁS 364 DÍAS

PARÁGRAFO: MUERTE PRESUNTA POR DESAPARECIMIENTO

PARA TODOS LOS EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO BÁSICO, SE ENTENDERÁ TAMBIÉN COMO MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO, LA OCURRENCIA DE ALGUNO DE LOS EVENTOS SEÑALADOS A CONTINUACIÓN, QUE DE ORIGEN A LA DECLARACIÓN JUDICIAL, PREVIA PRESENTACIÓN DE LA SENTENCIA DEBIDAMENTE EJECUTORIADA, MEDIANTE LA CUAL EL JUEZ HAYA DECLARADO LA MUERTE PRESUNTA DEL ASEGURADO CON ARREGLO A LA LEY COLOMBIANA.

- A. LA DESAPARICIÓN EN CATÁSTROFES NATURA LES 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.

DEMOSTRADA LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO EN LAS CONDICIONES MENCIONADAS, CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. PAGARÁ, DE ACUERDO A LA OPCIÓN CONTRATADA, LA SUMA ASEGURADA CONSIGNADA EN EL CUADRO DE BENEFICIOS DEL CERTIFICADO DE SEGURO, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA ACREDITACIÓN DE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO.

CONDICIÓN SEGUNDA - AMPAROS ADICIONALES

PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE SEGURO Y CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES CONTRACTUALES, EL ASEGURADO PODRÁ INCLUIR LOS AMPAROS OPCIONALES O ADICIONALES, PREVIO PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE, SIEMPRE Y CUANDO HAYAN SIDO INDICADOS EN EL CUADRO DE DECLARACIONES O EN EL CERTIFICADO DE SEGURO.

CONDICIÓN TERCERA – EXCLUSIONES

ESTE SEGURO NO SE APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES NOS PROHÍBAN PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES. TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA NO SE MODIFICAN.

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

- A. SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO, LESIONES AUTO INFLIGIDAS, 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.** 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.
- D.** 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.
- E.** 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.
- F.** LAS LESIONES O MUERTE ORIGINADAS EN ENFERMEDADES FÍSICAS, CONGÉNITAS, MENTALES, CUALQUIER DOLENCIA O TARA PREEXISTENTES, ENFERMEDADES INFECCIOSAS EXCEPTO LAS INFECCIONES BACTERIANAS CONTRAÍDAS POR UNA LESIÓN ACCIDENTAL.
- G.** CUANDO EL ACCIDENTE ES CONSECUENCIA DE HABER INFRINGIDO CUALQUIER NORMA LEGAL POR PARTE DEL ASEGURADO.
- H.** 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.
- I.** 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.
- J.** LA LESIÓN O MUERTE ORIGINADA EN INFECCIONES PRODUCIDAS POR PICADURAS DE INSECTOS TALES COMO MALARIA, TIFO, FIEBRE AMARILLA.
- K.** 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.
- L.** LA ORIGINADA COMO CONSECUENCIA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA S.I.D.A. O LAS ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL VIRUS V.I.H.
- M.** LA LESIÓN O MUERTE DEBIDA AL ESTADO DE GESTACIÓN, ALUMBRAMIENTO, ABORTO O COMPLICACIONES SUFRIDAS A CAUSA DE CUALQUIERA DE ESTOS ESTADOS.

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 - TOMADOR

Para efectos de esta póliza el tomador, en los términos del artículo 1038 del Código de Comercio, es la persona jurídica 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, al darse dicha aceptación o ratificación, el tercero asume las obligaciones y derechos inherentes al tomador.

CONDICIÓN QUINTA - SEGURO COLECTIVO CONTRIBUTIVO.

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.

CONDICIÓN SEXTA - VIGENCIA

La vigencia de cada certificado individual será determinada o determinable, según se indica en cada uno. . 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 certificado de seguro.

LA COMPAÑÍA incrementará la suma asegurada, así como el valor de la prima, dependiendo del resultado técnico de la vigencia y del comportamiento del mercado de seguros y reaseguros. Dicho incremento será el indicado en el certificado individual de seguro. **LA COMPAÑÍA** podrá realizar incrementos adicionales de prima conforme a las tasas vigentes al momento de la renovación. Tales incrementos aplicarán para la vigencia siguiente, y serán previamente notificados al Asegurado.

CONDICIÓN OCTAVA - VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES

La suma asegurada del amparo básico y/o de los amparos adicionales, si los hay, se considerará individualmente para cada asegurado, de acuerdo con el valor asegurado y la forma indicada en cada certificado de seguro.

CONDICIÓN NOVENA - DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Corresponde a cada asegurado hacer la designación de sus propios beneficiarios, pudiendo ser ellos a título gratuito.

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 o compañero permanente del respectivo Asegurado en la mitad del seguro y los herederos de éste en la otra mitad. Igual regla se aplicará en el evento de haber sido designados genéricamente como beneficiarios los herederos del Asegurado.

CONDICIÓN DÉCIMA - PAGO DE PRIMAS

En el seguro contributivo, corresponde a cada asegurado proveer los recursos necesarios para que el recaudador efectúe 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 indicada en el certificado de seguro.

El pago de la primera cuota de la prima debe realizarse dentro del plazo estipulado en el certificado de seguro. Por consiguiente, si ocurre algún siniestro que afecte el amparo principal dentro ese 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.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA. INDEMNIZACIÓN

En caso de la ocurrencia de un evento que pueda dar lugar a la reclamación bajo el presente seguro, El Asegurado y/o Beneficiario según el caso, deberá dar aviso a **LA COMPAÑÍA** de su ocurrencia dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes.

LA COMPAÑÍA, efectuará el pago de la indemnización correspondiente al presente seguro, cuando El Asegurado o los Beneficiarios, según sea el caso, demuestren la ocurrencia del siniestro. Sin embargo **LA COMPAÑÍA** podrá comprobar la veracidad y exactitud de tales pruebas, teniendo derecho y la oportunidad, de ser procedente, a través de sus médicos de examinar a la persona asegurada, mientras dure la reclamación o se encuentre pendiente una reclamación contra el presente seguro, o cualquiera de sus anexos. En todo caso, se aclara que dicha posibilidad está contemplada para verificar la ocurrencia del siniestro.

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 acreditado la ocurrencia del siniestro.

El Asegurado, los Beneficiarios, los herederos legales o sus representantes personales, según el caso, quedarán privados de todo derecho procedente del presente seguro, 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 - 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 colectivos.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA- RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

Si el Asegurado consiente en el certificado individual que el presente seguro se renovará de manera automática en la fecha de su vencimiento, por un período igual al inicialmente contratado, así se procederá, salvo que el Asegurado manifieste por escrito su decisión de no renovar, dando aviso a **LA COMPAÑÍA** con una anticipación no menor a un (1) mes de la fecha de su vencimiento.

Si **La Compañía**, decide no renovar el contrato de seguro, procederá a dar aviso a cada asegurado de su decisión, con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha en que cese sus obligaciones, y enviará noticia escrita a la última dirección registrada de cada asegurado, informando su decisión.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA- REVOCACIÓN DEL CONTRATO

El Asegurado podrá revocar unilateralmente el contrato de seguro mediante aviso dado a **LA COMPAÑÍA**, por escrito. En este caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo. El contrato quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA- TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

El seguro terminará en forma individual respecto de cualquier 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. En todo caso, se tendrá en cuenta lo dispuesto por el artículo 1152 del Código de Comercio.
3. Por vencimiento y no renovación de la póliza colectiva tratándose de un seguro no contributivo.
4. Por cancelación de la tarjeta de crédito, cuenta corriente o de ahorros, o incapacidad de pago cualquiera que sea su mecanismo de descuento.
5. Por revocación del seguro por parte de cada integrante del seguro colectivo, en los seguros contributivos.
6. Cuando el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en el contrato de seguro.
7. Cuando **LA COMPAÑÍA** pague la indemnización por la afectación de uno o varios amparos que agoten el valor máximo del seguro.

PARÁGRAFO: 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**.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA- 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**, la cual quedará liberada definitivamente, en virtud de los recibos expedidos por El Asegurado o sus herederos legales cuando aquel haya fallecido. Así mismo, esta cláusula será aplicable a todos los anexos que accedan la presente póliza.

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA- 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 DÉCIMA OCTAVA- DOMICILIO

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

ANEXO DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE

El presente amparo de desmembración 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, excepciones y exclusiones señaladas en las condiciones generales de dicho seguro, junto con las que a continuación se estipulan.

AMPARO

LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO AL ASEGURADO, UNA VEZ SE ACREDITE QUE DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO, EL ASEGURADO SUFRE LESIONES, COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA Y NO EXCLUIDO POR ELLA, QUE LE PRODUZCA DE MANERA INSTANTÁNEA O DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS DE SU OCURRENCIA LA AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA, QUIRÚRGICA O LA INHABILIDAD FUNCIONAL TOTAL Y DEFINITIVA DEL ÓRGANO LESIONADO ACCIDENTALMENTE. LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO PREVIA COMPROBACIÓN DEL HECHO, LOS VALORES CORRESPONDIENTES SEÑALADOS A CONTINUACIÓN, ACORDE A LA LESIÓN SUFRIDA Y SEGÚN LA TABLA DE PORCENTAJES APLICADA A LA SUMA ASEGURADA DETERMINADA ASÍ:

POR PERDIDA TOTAL DE LA VISTA EN AMBOS OJOS.....	100%
POR PERDIDA TOTAL DE LA VISTA EN UN OJO.....	50%
POR PERDIDA TOTAL PERMANENTE DE LA AUDICIÓN EN TODAS LAS FRECUENCIAS EN LOS DOS OÍDOS.....	100%
POR PERDIDA TOTAL PERMANENTE DE LA AUDICIÓN EN TODAS LAS FRECUENCIAS EN UN OÍDO.....	50%
POR PERDIDA TOTAL DEL HABLA.....	100%
POR PARÁLISIS CORPORAL E IRREMEDIABLE (HEMIPLEJIA, PARAPLEJÍA Y TETRAPLEJÍA ÚNICAMENTE).....	100%
POR AMPUTACIÓN O INHABILIDAD TOTAL O FUNCIONAL DE DOS O MAS MIEMBROS (POR MIEMBRO SE ENTIENDE BRAZO, PIERNA, MANO O PIE.....	100%
POR AMPUTACIÓN DE UN PIE.....	50%
POR AMPUTACIÓN DEL DEDO GRANDE DEL PIE.....	6%
POR AMPUTACIÓN DE CUALQUIER OTRO DEDO DEL PIE.....	2%
POR AMPUTACIÓN TOTAL DEL BRAZO:	
DERECHO.....	50%
IZQUIERDO.....	50%
POR AMPUTACIÓN TOTAL DE UNA MANO O EL ANTEBRAZO:	
DERECHO.....	60%
IZQUIERDO.....	40%

POR AMPUTACIÓN DEL PULGAR:

DERECHO.....20%

IZQUIERDO.....15%

POR AMPUTACIÓN DE DOS FALANGES PULGAR

DERECHO.....20%

IZQUIERDO.....15%

POR AMPUTACIÓN DE UNA FALANGE DEL PULGAR

DERECHO.....20%

IZQUIERDO.....15%

POR AMPUTACIÓN DE TRES FALANGES DE CUALQUIER OTRO DEDO DE LA MANO:

DERECHA.....10%

IZQUIERDA.....7%

POR AMPUTACIÓN DE DOS FALANGES DE CUALQUIER OTRO DEDO DE LA MANO:

DERECHA.....8%

IZQUIERDA.....6%

POR AMPUTACIÓN DE UNA FALANGE DE CUALQUIER OTRO DEDO DE LA MANO

DERECHA.....5%

IZQUIERDA.....3%

PARÁGRAFO: PARA EFECTOS DE APLICACIÓN DE LA TABLA ANTERIOR, SE ENTENDERÁ COMO PÉRDIDA O AMPUTACIÓN DE:

LA MANO: AMPUTACIÓN OCURRIDA POR LA MUÑECA

EL ANTEBRAZO: LA AMPUTACIÓN SUFRIDA HASTA EL CODO.

EL BRAZO: LA AMPUTACIÓN POR ARRIBA DEL CODO.

EL PIE: AMPUTACIÓN POR LA ARTICULACIÓN DEL CUELLO DEL PIE.

EL DEDO: AMPUTACIÓN POR LAS ARTICULACIONES METACARPÍANAS POR ENCIMA DE ELLAS.

SI EL ASEGURADO ES ZURDO, LOS PORCENTAJES POR PÉRDIDAS EN EL LADO DERECHO E IZQUIERDO SE INVERTIRÁN.

EXCLUSIÓN PARTICULAR:

ADICIONALMENTE A LAS EXCLUSIONES ESTABLECIDAS PARA LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES A LA QUE ACCEDE EL PRESENTE ANEXO, ÉSTE NO AMPARA LA MONOPLEJÍA, ES DECIR LA PARÁLISIS DE UN MIEMBRO O DE UN SÓLO GRUPO MUSCULAR.

PARÁGRAFO PRIMERO: LA INDEMNIZACIÓN POR DESMEMBRACIÓN NO ES ACUMULABLE AL PAGO POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE Y MUERTE ACCIDENTAL. POR LO TANTO, AGOTADA LA SUMA ESTABLECIDA COMO INDEMNIZACIÓN POR DICHO CONCEPTO, LA COMPAÑÍA QUEDARÁ LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD.

EN CASO DE QUE POR UN MISMO ACCIDENTE SE PRESENTASEN VARIAS PÉRDIDAS, LOS PAGOS POR ESTAS VARIAS PERDIDAS SE CALCULARÁN SUMANDO LAS CANTIDADES CORRESPONDIENTES A CADA UNA DE ELLAS, SIN EXCEDER EL VALOR ASEGURADO RESPECTIVO POR DESMEMBRACIÓN.

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.

SUMA ASEGURADA

LA COMPAÑÍA pagará al asegurado, por una sola vez, un valor igual al pactado en el certificado de seguro. Los porcentajes señalados en la tabla prevista en el presente anexo, se aplicaran sobre la suma asegurada contratada en el momento de la ocurrencia del siniestro.

RECLAMACIONES

LA COMPAÑÍA procederá al pago de la indemnización por el presente anexo, dentro del mes siguiente al día en el que el asegurado acredite la ocurrencia del siniestro, aportando los medios probatorios para ello.

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:

- a) **Inhabilidad funcional total y definitiva:** Es la deficiencia igual o mayor al 75% de la estructura del miembro en mención, no de la persona global, acorde con la calificación realizada, sobre la base del Decreto No. 917 de 1999.
- b) **Pérdida total e irreparable de la vista:** Es aquella imposibilidad total de percibir la luz.
- c) **Pérdida total de la audición:** Es la imposibilidad total de percibir sonidos a través del órgano de la audición.
- d) **Hablar:** Es la facultad que tienen las personas naturales de expresarse a través de sonidos reconocibles como lenguaje o idioma.
- e) **Pérdida total del habla:** Es la ausencia de la facultad de hablar.
- f) **Parálisis corporal:** Es la pérdida o disminución de la función motora que produce incapacidad para mover uno o más grupos musculares (parálisis).

- g) Hemiplejía: Parálisis de un lado del cuerpo (miembro superior e inferior de un mismo lado del cuerpo humano)
- h) Paraplejía: Parálisis de las piernas y de la parte inferior del cuerpo; parálisis bilateral que afecta ambos lados del cuerpo humano.
- i) Tetraplejía: Parálisis de las cuatro extremidades.

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

CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO EXEQUIAL

OBJETO DEL SEGURO:

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 MERCADERO MASIVO ELECTRÓNICO COMO: CORREO, FAX, TELÉFONO, AUTORIZACIÓN DESCUENTOS DE NÓMINA, GUÍA DE SERVICIOS) QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTE SEGURO, ASÍ COMO EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES, INDEMNIZARÁ DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN ESTE SEGURO, Y AL PLAN QUE SE ESPECIFIQUE EN EL CERTIFICADO DE SEGURO, UNA VEZ SE ACREDITE LA OCURRENCIA Y CUANTÍA DEL SINIESTRO Y ÉSTE CUMPLA CON LAS CONDICIONES Y TÉRMINOS AQUÍ PREVISTOS.

CLÁUSULA PRIMERA. AMPARO BÁSICO:

LA COMPAÑÍA, PREVIO CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES Y TÉRMINOS QUE SE DEFINEN EN EL PRESENTE CONDICIONADO, ASUME CON OCASIÓN DEL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO PRINCIPAL Y/O CUALQUIERA DE LOS ASEGURADOS DEL GRUPO ASEGURADO DESIGNADOS EN EL CERTIFICADO DE SEGURO, LA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR EN DINERO, HASTA LA SUMA ASEGURADA SEGÚN CORRESPONDA AL PLAN CONTRATADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, LOS GASTOS POR SERVICIOS FUNERARIOS Y SERVICIOS DE DESTINO FINAL.

CLÁUSULA SEGUNDA. AMPAROS ADICIONALES

LA COMPAÑÍA OTORGA LOS SIGUIENTES AMPAROS ADICIONALES:

a. AUXILIO MONETARIO PARA GASTOS EMERGENTES POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO PRINCIPAL.

ÚNICAMENTE EN EL EVENTO DEL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO PRINCIPAL, **LA COMPAÑÍA** LE ENTREGARÁ AL BENEFICIARIO DEFINIDO POR DICHO ASEGURADO EN LA SOLICITUD DE AFILIACIÓN, UNA SUMA ÚNICA EQUIVALENTE AL NÚMERO DE SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES, ESTIPULADOS EN EL PLAN CONTRATADO, CON DESTINO A SOLVENTAR CUALQUIER GASTO QUE SE SUFRAGUE ALREDEDOR DEL SERVICIO EXEQUIAL.

b. AUXILIO MONETARIO PARA GASTOS DE LIBRE DESTINACIÓN POR FALLECIMIENTO DE CUALQUIER MIEMBRO DEL GRUPO ASEGURADO.

EN EL EVENTO DEL FALLECIMIENTO DE CUALQUIER MIEMBRO DEL GRUPO ASEGURADO DIFERENTE AL ASEGURADO PRINCIPAL, **LA COMPAÑÍA** LE ENTREGARÁ A ESTE ÚLTIMO, UNA SUMA ÚNICA EQUIVALENTE AL NÚMERO DE SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES ESTIPULADOS EN EL PLAN CONTRATADO, CON DESTINO A SOLVENTAR CUALQUIER GASTO QUE SE SUFRAGUE ALREDEDOR DEL SERVICIO EXEQUIAL.

c. AUXILIO MONETARIO PARA CUBRIMIENTO DE LOS GASTOS DE TRASLADO SANITARIO DEL ASEGURADO PRINCIPAL A SU DOMICILIO HABITUAL O CIUDAD DE ORIGEN.

CUANDO EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO PRINCIPAL SE PRESENTARE DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL EN CIUDAD DISTINTA AL DE SU DOMICILIO HABITUAL O CIUDAD DE ORIGEN, Y ÉSTE CUMPLA CON LAS CONDICIONES Y TÉRMINOS AQUÍ PREVISTOS, Y SE REQUIRIESE DEL TRASLADO SANITARIO DEL FALLECIDO A SU DOMICILIO HABITUAL O CIUDAD DE ORIGEN EN COLOMBIA, **LA COMPAÑÍA** INDEMNIZARÁ EN DINERO, A QUIEN DEMUESTRE HABER SUFRAGADO TALES GASTOS, HASTA EL NÚMERO DE SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES, SEGÚN CORRESPONDA AL PLAN CONTRATADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

d. AUXILIO MONETARIO PARA CUBRIMIENTO DE LOS GASTOS DE TRASLADO SANITARIO DE CUALQUIER MIEMBRO DEL GRUPO ASEGURADO A SU DOMICILIO HABITUAL O CIUDAD DE ORIGEN.

CUANDO EL FALLECIMIENTO DE CUALQUIER MIEMBRO DEL GRUPO ASEGURADO SE PRESENTARE DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL EN CIUDAD DISTINTA AL DE SU DOMICILIO HABITUAL O CIUDAD DE ORIGEN, Y ÉSTE CUMPLA CON LAS CONDICIONES Y TÉRMINOS AQUÍ PREVISTOS, Y SE REQUIRIESE DEL TRASLADO SANITARIO DEL FALLECIDO A SU DOMICILIO HABITUAL O CIUDAD DE ORIGEN EN COLOMBIA, **LA COMPAÑÍA** INDEMNIZARÁ EN DINERO, A QUIEN DEMUESTRE HABER SUFRAGADO TALES GASTOS, HASTA EL NÚMERO DE SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES, SEGÚN CORRESPONDA AL PLAN CONTRATADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

e. EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO PRINCIPAL.

ÚNICAMENTE EN EL EVENTO DEL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO PRINCIPAL Y ÉSTE CUMPLA CON LAS CONDICIONES Y TÉRMINOS AQUÍ PREVISTOS, **LA COMPAÑÍA** ASUMIRÁ EL COSTO DE LAS PRIMAS DE ESTE SEGURO PARA LOS DEMÁS INTEGRANTES DEL GRUPO ASEGURADO HASTA EL VENCIMIENTO DE LA ANUALIDAD DE LA PÓLIZA.

f. AUXILIO POR NO UTILIZACIÓN DE LA PÓLIZA

CUANDO CUALQUIER BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA FALLEZCA, SIEMPRE Y CUANDO TENGA DERECHO A LOS SERVICIOS DE LA PÓLIZA Y NO UTILICE LOS SERVICIOS POR HABER USADO OTRO PROGRAMA DE EXEQUIAS, **LA COMPAÑÍA**, LE ENTREGARÁ AL ASEGURADO PRINCIPAL EL VALOR ESTIPULADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DEL SEGURO, PREVIA PRESENTACIÓN DE LOS MEDIOS PROBATORIOS QUE SOPORTEN DICHA SITUACIÓN.

CUANDO EL FALLECIDO ES EL ASEGURADO PRINCIPAL, ESTA SUMA SE LE RECONOCERÁ AL BENEFICIARIO DEFINIDO POR DICHO ASEGURADO PRINCIPAL EN EL CERTIFICADO DE SEGURO

CLÁUSULA TERCERA. EXCLUSIÓN Y PERIODOS DE CARENCIA:

3.1. EXCLUSIÓN: SE EXCLUYE CUALQUIER RECLAMACIÓN QUE SE PRESENTE POR CUALQUIER ENTIDAD QUE PRESTE SERVICIOS FUNERARIOS Y DE DESTINO FINAL.

3.2. PERIODOS DE CARENCIA: LAS INDEMNIZACIONES DERIVADAS DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO SERÁN EFECTIVAS:

- * A PARTIR DEL PRIMER DÍA DE AFILIACIÓN, CUANDO EL FALLECIMIENTO SEA CONSECUENCIA DE MUERTE ACCIDENTAL.
- * A PARTIR DEL DÍA CUARENTA Y SEIS (46) DE AFILIACIÓN, CUANDO EL FALLECIMIENTO SEA CONSECUENCIA DE CUALQUIER ENFERMEDAD DIFERENTE A CÁNCER, SIDA Y ENFERMEDADES GRAVES, SEGÚN DEFINICIÓN DE ESTA PÓLIZA.
- * A PARTIR DEL DÍA CIENTO OCHENTA Y UNO(181) CUANDO EL FALLECIMIENTO SEA CONSECUENCIA DE CUALQUIER ENFERMEDAD, INCLUYENDO ENFERMEDADES GRAVES, EXCEPTO CÁNCER Y SIDA.
- * A PARTIR DEL DÍA TRESCIENTOS SESENTA Y SEIS (366), POR CUALQUIER ENFERMEDAD, INCLUYENDO CÁNCER Y SIDA.

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.

CLÁUSULA CUARTA. DEFINICIONES:

Para efectos de este seguro se entenderá por:

MUERTE ACCIDENTAL: El deceso accidental del asegurado, originado en una lesión corporal sufrida por él, ajena a su voluntad, que sea consecuencia exclusiva y directa de un hecho externo y fortuito, que cause la muerte.

SEGURO EXEQUIAL: Es un seguro con destinación específica, cuyo fin es indemnizar en dinero, los gastos por servicios funerarios y servicios de destino final en que se incurra, por el fallecimiento de cualquiera de los asegurados definidos en el contrato de seguro y que tengan derecho a éste, según las condiciones y términos aquí previstos.

SERVICIOS FUNERARIOS: Para los efectos de la presente póliza, se entiende por servicios funerarios:

- * Traslados del fallecido según requerimiento dentro del perímetro urbano de cada localidad.
- * Trámites legales para la obtención de la Licencia de Inhumación o Cremación.
- * Trámites del Registro Notarial de Defunción. Tratamiento de Conservación del Cuerpo.
- * Suministro de Cofre o Ataúd.
- * Velación por el tiempo estipulado en cada región.
- * Carroza o Coche Fúnebre con cinta impresa.
- * Una buseta para acompañantes dentro del perímetro urbano de la localidad.
- * Serie de carteles.
- * Oficio Religioso Ecuménico.

SERVICIOS DE DESTINO FINAL: Hace referencia a los elementos que conforman el servicio de inhumación o cremación del cuerpo en un cementerio local o parque particular.

a. SERVICIO DE INHUMACIÓN EN PARQUE PARTICULAR:

Comprende:

- * Lote o Bóveda temporal, según plan contratado, con su respectiva lápida y su adecuación por el tiempo determinado en cada región.
- * Derechos de Inhumación.
- * Derechos de Exhumación.
- * Cremación de restos.

* Una solución de destino final en el parque para los restos.

b. SERVICIO DE CREMACIÓN EN PARQUE PARTICULAR:

* Servicio y derechos de Cremación.

* Ubicación de las cenizas en una urna cenizaria.

* Una solución de destino final para las cenizas en el Parque.

c. SERVICIO DE INHUMACIÓN EN CEMENTERIO DISTRITAL O MUNICIPAL:

* Bóveda temporal y su adecuación por el tiempo determinado en cada región.

d. SERVICIO DE CREMACIÓN EN CEMENTERIO DISTRITAL O MUNICIPAL:

* Servicio y derechos de Cremación.

* Ubicación de las cenizas en una urna cenizaria.

TOMADOR: Es la persona que obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos.

ASEGURADO PRINCIPAL: Persona natural titular del interés asegurable.

BENEFICIARIO: Es la persona que tiene derecho a recibir la prestación asegurada.

CÁNCER: Se entiende como toda enfermedad manifestada por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por el crecimiento incontrolable, anormal de células malignas con o sin comprometer cualquier otro órgano del cuerpo.

ENFERMEDADES GRAVES:

Se definen como enfermedades graves:

• **ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR O APOPLEJÍA**

Se entiende como aquel complejo sintomático, secundario a patología vascular cerebral trombótica, embólico, oclusivo y/o hemorrágico, que se manifiesta con deficiencias motoras y/o sensoriales, que producen secuelas neurológicas por más de veinticuatro (24) horas y de naturaleza permanente, correspondientes al área lesionada y en muchos casos, con trastornos del estado de conciencia.

• **INSUFICIENCIA RENAL**

Es la falla crónica e irreversible de la función de ambos riñones por daño renal permanente. Como resultado de esta falla es necesario instaurar diálisis o llevar a cabo trasplante renal.

• **INFARTO AL MIOCARDIO**

Se entiende como tal la muerte de un grupo de células miocárdicas a consecuencia de la supresión de la circulación que les pertenece en el músculo cardíaco.

• **TRANSPLANTE DE ÓRGANOS VITALES**

Se entiende como la implantación de un órgano vital, (riñón, corazón, pulmón, hígado y páncreas) proveniente de otro cuerpo humano (donante).

CLÁUSULA QUINTA.- SUMA ASEGURADA.

La suma asegurada, para el asegurado principal y/o cualquiera de los asegurados del grupo asegurado, será determinable según lo establecido expresamente para el plan contratado en el certificado individual de seguro.

CLÁUSULA SEXTA.- RECLAMACIONES:

LA COMPAÑÍA indemnizará al beneficiario, en dinero, de conformidad con la suma pactada en el certificado individual de seguro y según el plan contratado, dentro del mes siguiente a la comprobación de la ocurrencia y cuantía del siniestro, la cual podrá efectuarse por cualquier medio probatorio, entre sugiérelas cuales se sugieren los siguientes: fotocopia del documento de identidad del fallecido, certificado de defunción, registro notarial de defunción, historia clínica y los originales de las facturas de las entidades prestadoras de dichos servicios exequiales

CLÁUSULA SÉPTIMA.- GRUPO ASEGURADO Y GRUPO ASEGURABLE

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

Para efectos del presente contrato son asegurables: el Asegurado Principal, su cónyuge o compañera (o) permanente, hijos, hijastros, padre, padrastro, madre, madrastra, hermanos, tíos, nietos, abuelos, sobrinos, primos, suegros, cuñados, yerno, nuera y servicio doméstico.

CLÁUSULA OCTAVA.- VIGENCIA

La vigencia del seguro se iniciará en la fecha indicada en la carátula de la póliza o la indicada en el certificado individual, y el seguro estará vigente siempre y cuando exista pago de prima.

CLÁUSULA NOVENA.- INCLUSIÓN DE NUEVOS ASEGURADOS.

Solo se considerarán ingresos de nuevos asegurados al grupo asegurado al vencimiento del primer año del seguro y de sus renovaciones, y solo podrán ingresar quienes cumplan con las edades de ingreso establecidas en las condiciones particulares y que cumplan con la condición definida en la Cláusula Séptima.

CLAUSULA DÉCIMA.- EXCLUSIÓN DE ASEGURADOS.

Solo se podrán excluir asegurados del grupo asegurado al vencimiento del primer año del seguro y de sus renovaciones.

CLAUSULA DÉCIMA PRIMERA.- CESIÓN DEL SEGURO

La póliza o los derechos que de ella se deriven no podrán ser cedidos por los asegurados o tomadores del seguro y la muerte de uno ellos durante la vigencia no implican derecho o sustitución de éste, ni cambio en el costo del plan.

CLAUSULA DÉCIMA SEGUNDA.- RENOVACIÓN

Si el Asegurado consiente en el certificado individual que el presente seguro se renovará de manera automática en la fecha de su vencimiento, por un período igual al inicialmente contratado, así se procederá, salvo que el Asegurado manifieste por escrito su decisión de no renovar, dando aviso a **LA COMPAÑÍA** con una anticipación no menor a un (1) mes de la fecha de su vencimiento.

Si **LA COMPAÑÍA**, decide no renovar el contrato de seguro, procederá a dar aviso a cada asegurado, de su decisión con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha en que cese sus obligaciones y enviará noticia escrita, a la última dirección registrada de cada asegurado, informando su decisión.

En la renovación, el valor de la prima señalado en el certificado individual de seguro para el grupo asegurado se incrementará en el mismo porcentaje que se incrementa el valor asegurado. Así mismo, dependiendo del resultado técnico de la vigencia y del comportamiento del mercado de seguros y reaseguros **LA COMPAÑÍA** podrá realizar incrementos adicionales de prima. Tales incrementos aplicarán para la vigencia siguiente, y serán previamente notificados al Asegurado

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA.- TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL.

El Seguro terminará en forma individual respecto de cualquiera de los integrantes del Grupo Asegurado, al configurarse alguna de las siguientes causas:

- a. Por imposibilidad de recaudo de prima del grupo asegurado.
- b. Por falta de pago de la prima o de cualquier cuota, si la prima anual ha sido fraccionada. En todo caso, se tendrá en cuenta lo dispuesto por el artículo 1152 del Código de Comercio.
- c. Por no renovación de la póliza.
- d. Por revocación de la póliza por parte del Tomador del seguro o por parte del Asegurado.

PARÁGRAFOS:

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**.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA.- DUPLICIDAD Y COEXISTENCIA DE ESTE AMPARO.

En caso de duplicidad parcial o total de los amparos otorgados bien sea con una póliza de seguro de la misma **COMPAÑÍA** o de otra aseguradora, se aplicarán las reglas de coexistencia de seguros señaladas en la legislación de seguros colombiana.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA.- VALOR DE LA PRIMA.

El valor de la prima por el grupo asegurado será el establecido en las condiciones particulares de esta póliza o carátula de la misma, o en el certificado individual de seguro, para cada uno de los planes ofrecidos.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA.- PAGO DE LA PRIMA.

El pago de la prima en el presente seguro se podrá efectuar de manera anual, semestral, trimestral y mensual, conforme acuerdo entre las partes.

Si la forma de pago establecida es fraccionada, 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 por mora en el pago de la prima y **LA COMPAÑÍA** quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA.- NORMAS APLICABLES

A los aspectos no regulados en este contrato le serán aplicables las disposiciones previstas en el Código de Comercio y demás normas concordantes.

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA 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.

CLAUSULA DÉCIMA NOVENA - DOMICILIO

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

ANEXO PÓLIZA NO. APT10052

1. NO OBSTANTE LO EXPRESADO EN LAS CONDICIONES SE MODIFICAN LAS EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA PARA MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE.

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA
MUERTE ACCIDENTAL – DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL: INGRESO DE 18 HASTA LOS 70 AÑOS MÁS 364 DÍAS CON EDAD DE PERMANENCIA HASTA LOS 70 AÑOS MÁS 364 DÍAS

2. ANEXO SEGURO EXEQUIAL

GRUPO ASEGURADO

EL GRUPO ASEGURADO BÁSICO, DEBERÁ SER CONFORMADO POR PERSONAS QUE OSTENTEN LAS CALIDADES QUE MÁS ADELANTEN SE ENUNCIAN. EN CUALQUIER CASO, BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA EL GRUPO ASEGURADO BÁSICO TENDRÁ MÁS DE CUATRO (4) ASEGURADOS MAYORES A 41 AÑOS.

ASEGURADOS SOLTEROS

- * ASEGURADO PRINCIPAL, MENOR DE 71 AÑOS.
- * HERMANOS, HERMANASTROS DEL ASEGURADO PRINCIPAL MENORES DE 41 AÑOS DE EDAD.
- * HIJOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL, INGRESO DESDE EL SEXTO MES DE GESTACIÓN MENORES DE 41 AÑOS.
- * PADRES DEL ASEGURADO PRINCIPAL , MENORES DE 80 AÑOS

ASEGURADOS CASADOS

- * ASEGURADO PRINCIPAL, MENOR DE 71 AÑOS.
- * CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE DEL ASEGURADO PRINCIPAL SIN LÍMITE DE EDAD.
- * HIJOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL O DE SU CONYUGUE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE, INGRESO DESDE EL SEXTO MES DE GESTACIÓN MENORES DE 41 AÑOS DE EDAD.
- * LOS PADRES O SUEGROS DEL ASEGURADO PRINCIPAL, MENORES DE 80 AÑOS.

ASEGURADOS ADICIONALES

EDADES PARA ASEGURADOS ADICIONALES	ASEGURADOS ADICIONALES (QUE SE PUEDEN INCLUIR COMO ASEGURADOS ADICIONALES)
MENORES DE 65 AÑOS DE EDAD AL INGRESO DEL SEGURO CON PERMANENCIA HASTA LOS 75 AÑOS MAS 364 DÍAS.	HIJOS, PADRES, HERMANOS, TÍOS, NIETOS, SUEGROS, YERNOS, HUERAS, SOBRINOS, CÓNYUGE, CUÑADOS, PRIMOS.
COSTOS DE LOS ADICIONALES	COSTO POR CADA PERSONA ADICIONAL INDICADO EN EL SLIP.

NOTA: EN LA RENOVACIÓN DEL CONTRATO, LOS HIJOS DEL AFILIADO CASADO O LOS HERMANOS Y/O HIJOS DEL ASEGURADO SOLTERO DEFINIDOS EN EL GRUPO BÁSICOS QUE HAYAN CUMPLIDO 41 AÑOS DE EDAD, SE TRASLADARÁN AUTOMÁTICAMENTE DEL GRUPO BÁSICO HACIA EL GRUPO DE ADICIONALES Y SE COBRARÁ LA PRIMA RESPECTIVA

PRODUCTO

EL PRODUCTO SE ENCUENTRA DEFINIDO BAJO LA ESTRUCTURA DE UN AMPARO BÁSICO QUE OFRECEN ESTABILIDAD Y APOYO ECONÓMICO FRENTE A LA SITUACIÓN FAMILIAR PRESENTADA POR EL FALLECIMIENTO DE SU SER QUERIDO.

EL OBJETIVO DEL AMPARO BÁSICO, ES INDEMNIZAR LOS GASTOS FUNERARIOS QUE SE OCASIONEN POR CONCEPTO DEL PROTOCOLO DE SERVICIOS FUNERARIOS Y DE DESTINO FINAL.

EL OBJETIVO DE LOS AMPAROS ADICIONALES, ES INDEMNIZAR LOS OTROS GASTOS FUNERARIOS ADICIONALES AL PROTOCOLO DE SERVICIOS FUNERARIOS Y LOS GASTOS QUE ESTÁN ALREDEDOR DEL SERVICIO.

AMPARO BASICO SEGURO EXEQUIAL		
PLAN	ESTANDAR	ELITE
POR REEMBOLSO	HASTA TRES PUNTO CINCO (3,5) SMMLV	HASTA TRES PUNTO CINCO (6,5) SMMLV
ESQUEMA AUTORIZADO DE	SEGÚN DESCRIPCIÓN	SEGÚN DESCRIPCIÓN

AMPAROS ADICIONALES			
PLAN	MODALIDAD	PLAN ESTANDAR	PLAN ELITE
GASTOS DE TRASLADO SANITARIO DE CUALQUIERA DE LOS ASEGURADOS FALLECIDOS A SU DOMICILIO HABITUAL O	POR REEMBOLSO	HASTA CERO PUNTO CINCO (0,5) SMMLV	HASTA UNO (1,0) SMMLV
	ESQUEMA AUTORIZADO DE SERVICIO	INCLUIDO	INCLUIDO
AUXILIO MONETARIO DE LIBRE DESTINACIÓN POR FALLECIMIENTO DE CUALQUIER	APLICA BAJO CUALQUIER MODALIDAD	CERO PUNTO VEINTICINCO (0,25)	CERO PUNTO CINCUENTA (0,50)
AUXILIO POR NO UTILIZACIÓN DE LA PÓLIZA	APLICA BAJO CUALQUIER MODALIDAD	UNO PUNTO CINCO (1,5) SMMLV	TRES (3) SMMLV
AUXILIO MONETARIO PARA GASTOS EMERGENTES POR MUERTE DEL	APLICA BAJO CUALQUIER MODALIDAD	TRES (3) SMMLV	CINCO (5) SMMLV
EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR MUERTE DEL ASEGURADO	APLICA BAJO CUALQUIER MODALIDAD	INCLUIDO	INCLUIDO

ALCANCE DEL PROTOCOLO DE AYUDA INMEDIATA DE SERVICIOS		
BENEFICIO	ESTANDAR	ELITE
SERVICIOS DE FUNERARIA	CONTAMOS CON UN OPERADOR QUE CUENTA CON CONVENIOS CON FUNERARIAS Y SERVICIOS FÚNEBRES A NIVEL NACIONAL Y EN ESPECIAL EN LA CIUDAD DE IBAGUÉ, QUIEN SE	CONTAMOS CON UN OPERADOR QUE CUENTA CON CONVENIOS CON FUNERARIAS Y SERVICIOS FÚNEBRES A NIVEL NACIONAL Y EN ESPECIAL EN LA CIUDAD DE IBAGUÉ, QUIEN SE
SERVICIOS EN CEMENTERIO	INCLUYE TODOS LOS CEMENTERIOS LOCALES	INCLUYE TODOS LOS CEMENTERIOS LOCALES
SERVICIOS EN PARQUE PARTICULAR	NO INCLUYE	INCLUYE TODOS LOS PARQUES PARTICULARES DE LA RED EN CONVENIO

AUXILIO POR CONDICIONES ESPECIALES DE CONTRATACIÓN DEL TERCERO AUTORIZADO		
CUANDO POR RAZONES AJENAS AL TERCERO AUTORIZADO O POR DECISIÓN DEL BENEFICIARIO, EL PROTOCOLO DE DESTINO FINAL NO PUEDA SER CONTRATADO EN SU TOTALIDAD, LA COMPAÑÍA PAGARÁ LOS SIGUIENTES AUXILIOS SEGÚN EL PLAN CONTRATADO:		
AUXILIO	ESTÁNDAR	ELITE
AUXILIO PARA LA EXHUMACIÓN, CREMACIÓN DE RESTOS Y SOLUCIÓN DE DESTINO FINAL DE CUERPOS INHUMADOS EN CEMENTERIO.	(0.5) SMMLV	(1) SMMLV
AUXILIO PARA LA SOLUCIÓN DE DESTINO FINAL PARA CUERPOS CREMADOS EN CEMENTERIO.	(0.3) SMMLV	(0.8) SMMLV
AUXILIO PARA LA EXHUMACIÓN, CREMACIÓN DE RESTOS Y SOLUCIÓN DE DESTINO FINAL DE CUERPOS INHUMADOS EN PARQUES PARTICULARES	NO INCLUYE	(2) SMMLV
AUXILIO PARA LA SOLUCIÓN DE DESTINO FINAL PARA CUERPOS CREMADOS EN PARQUES PARTICULARES	NO INCLUYE	(1.5) SMMLV

EN LO NO PREVISTO EN ESTE ANEXO SE APLICARÁN LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE AMPARO, ASÍ MISMO, SE REGIRA POR LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CODIGO DE COMERCIO

DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO – Chubb Seguros Colombia S.A.
 Ustáriz & Abogados. Estudio Jurídico
 Bogotá D.C., Colombia.
 Carrera 11A # 96 – 51. Oficina 203 – Edificio Oficity.
 PBX: (571) 6108161 / (571) 6108164
 Fax: (571) 6108164
 e-mail: defensoriachubb@ustarizabogados.com
 Página Web: <https://www.ustarizabogados.com>
 Horario de Atención: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. A 6:00 p.m.

01/11/2016-1305-P-31-CLACHUBB20160163
 30/08/2015-1305-NT-31-APDAFORMANT00002
 14/10/2015-1305-NT-31-APEHUAFORMANT002