

CHUBB®

ACCIDENTES PERSONALES

01/11/2016-1305-P-31-CLACHUBB20160148
30/08/2015-1305-NT-31-APRDHFORMANT0002
30/08/2015-1305-NT-31-APRDHFORMANT0002
30/08/2015-1305-NT-31-APRDHFORMANT0002
30/08/2015-1305-NT-31-APMAFORMANT00002

CONDICIONES GENERALES

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, autorización descuentos de nómina, cuentas de servicios), que forman parte integrante de esta póliza, así como en las condiciones generales y particulares, indemnizará el valor asegurado contratado, una vez se acredite la ocurrencia del siniestro.

CONDICIÓN PRIMERA AMPARO BÁSICO - PÉRDIDA ACCIDENTAL DE LA VIDA

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

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

PARA EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO SON ASEGURABLES, LAS PERSONAS NATURALES MAYORES DE 18 AÑOS Y MENORES DE 65 AÑOS, VINCULADAS EN VIRTUD DE UNA SITUACIÓN LEGAL O REGLAMENTARIA CON UNA PERSONA JURÍDICA, ASOCIACIÓN, SOCIEDAD U ORGANIZACIÓN CON LAS CUALES TENGAN RELACIÓN ESTABLE DE LA MISMA NATURALEZA, Y CUYO VÍNCULO NO TENGA COMO RELACIÓN EXCLUSIVA EL PROPÓSITO DE CELEBRAR EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.

DESAPARECIMIENTO

PARA TODOS LOS EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO BÁSICO, SE ENTENDERÁ TAMBIÉN COMO MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO, CUANDO OCURRA ALGUNO DE LOS EVENTOS A CONTINUACIÓN SEÑALADOS, QUE DE ORIGEN A LA DECLARACIÓN JUDICIAL DE MUERTE PRESUNTA POR DESAPARECIMIENTO, CON ARREGLO A LA LEY COLOMBIANA:

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

CONDICIÓN SEGUNDA - AMPAROS ADICIONALES

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

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.

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

- A. **SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO, LESIONES AUTO 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 ESTANDO BAJO EFECTOS DEL ALCOHOL.

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.

N. LA COBERTURA TERMINARÁ AL VENCIMIENTO DE LA ANUALIDAD DEL AÑO CALENDARIO MÁS PRÓXIMO EN QUE EL ASEGURADO CUMPLA SETENTA Y DOS (72) AÑOS.

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

Es la persona que obrando por cuenta propia o ajena traslada los riesgos a la Compañía, para asegurar un determinado número de personas naturales que conforman el grupo asegurable. A su nombre se expide la presente póliza y es responsable de todas las obligaciones que conforme a la ley le correspondan.

CONDICIÓN QUINTA – GRUPO ASEGURADO Y GRUPO ASEGURABLE

Se entiende por grupo asegurado, el conformado por las personas que tienen el carácter de asegurables y se encuentren amparados por la presente póliza.

CONDICIÓN SEXTA- VALOR ASEGURADO Y VALOR DE PRIMAS

El valor asegurado será el contratado de acuerdo al plan elegido en cuadro de determinación del valor asegurado en el certificado individual de seguros. El valor asegurado indemnizable corresponde al valor total asegurado que aparece descrito en el mencionado cuadro, sin que la compañía asuma responsabilidad adicional al valor total de la indemnización en un solo contado.

El valor de la prima para cada persona asegurada será el señalado en el formulario de aceptación y a falta de este, el establecido en el certificado individual de seguro. **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. **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 SÉPTIMA - TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

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

1. Por muerte del Asegurado.
2. 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.
3. Por vencimiento y no renovación de la póliza, a la cual accede el certificado de seguro individual del asegurado.
4. Por cancelación de la tarjeta de crédito, cuenta corriente o de ahorros, por retiro de la empresa o incapacidad de pago cualquiera que sea su mecanismo de descuento.
5. Por revocación de la póliza por parte del Tomador o del seguro por parte del Asegurado.
6. Al vencimiento del año calendario más próximo en que el Asegurado cumpla setenta y dos (72) años.
7. Cuando **LA COMPAÑÍA** paga 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 OCTAVA - 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 al Tomador 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 NOVENA - PAGO DE LA PRIMA

Si la presente póliza tiene el carácter de seguro contributivo, de forma que la totalidad de la prima es sufragada por los integrantes del grupo asegurado, le corresponde a cada asegurado proveer los recursos necesarios para que el Tomador efectúe el pago oportuno de las primas a la Compañía. Si la póliza tiene el carácter de seguro no contributivo, es decir que la totalidad de la prima es ser sufragada exclusivamente por el tomador, éste debe disponer de los recursos necesarios para el pago oportuno de las primas a la Compañía.

El pago de la prima en el presente seguro se podrá efectuar de manera anual, semestral, trimestral, mensual o única, conforme acuerdo entre las partes, con base en los amparos contratados y a la tarifa que aparece en la solicitud - certificado de seguro.

El pago de la primera cuota de la prima debe realizarse dentro de los treinta días siguientes al inicio de vigencia del seguro. Por consiguiente, si ocurre algún siniestro dentro de este periodo, **la Compañía** pagará el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas y pendientes de pago hasta completar la anualidad respectiva.

Si las primas posteriores a la primera cuota, no fueran pagadas en los plazos establecidos, se producirá la terminación del contrato y LA COMPAÑÍA quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos.

CONDICIÓN DÉCIMA - DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

El Tomador y el Asegurado individualmente considerados, están obligados a 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.

Si la declaración se hace sin sujeción a un cuestionario determinado, la inexactitud o reticencia producen igual efecto si El Tomador o El Asegurado ha encubierto por culpa hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o reticencia proviene de error inculpable al Asegurado o al Tomador el contrato de seguro no será nulo, pero **LA COMPAÑÍA** sólo estará obligada en caso de tación asegurada, equivalente al que la tarifa o prima señalada en el contrato represente respecto a la tarifa o prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

Si la reticencia o inexactitud proviene del Asegurado, se aplicara las mismas sancio nes r respecto de su seguro.

Las sanciones consagradas en esta cláusula no se aplican si **LA COMPAÑÍA**, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre los que versan los vicios de la declaración o si ya celebrado el contrato se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA - DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Corresponde a cada uno de los integrantes del grupo asegurable hacer la designación de sus propios beneficiarios. En ningún caso El Tomador puede intervenir en la designación de beneficiarios ni serlo tampoco.

En consideración a la naturaleza del seguro se requiere la designación del beneficiario del auxilio educativo.

Si la designación fuere ineficaz o quedare sin efecto por cualquier causa, tendrá la condición de beneficiarios el cónyuge o compañero permanente del respectivo Asegurado en la mitad del seguro y los herederos de éste en la otra mitad.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA - SINIESTROS E INDEMNIZACIÓN

En caso de siniestro que pueda dar lugar a la reclamación bajo la presente póliza, El Asegurado y/o Beneficiario según el caso, deberá dar aviso a **LA COMPAÑÍA** de la ocurrencia del siniestro, dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes, a la fecha de éste.

LA COMPAÑÍA, efectuará el pago de la indemnización correspondiente a la presente póliza, dentro del mes siguiente al día en el que el o los Beneficiarios, según sea el caso, acrediten la ocurrencia del siniestro, aportando los medios probatorios correspondientes. Sin embargo **LA COMPAÑÍA** podrá comprobar la veracidad y exactitud de tales pruebas, teniendo derecho y la examinar a la persona asegurada, mientras dure la reclamación o se encuentre pendiente una reclamación contra la presente póliza. En todo caso, se aclara que dicha posibilidad está contemplada para verificar la ocurrencia del siniestro. **LA COMPAÑÍA** pagará en un solo contado la totalidad del auxilio educativo a los Beneficiarios, o a los representantes de este, según sea el caso, dentro del mes siguiente a la fecha en que el Asegurado o beneficiario haya acreditado la ocurrencia del siniestro.

Pagada la indemnización por el seguro mencionado, cesará toda responsabilidad de la **COMPAÑÍA**, respecto de los beneficiarios del seguro.

El Asegurado, los Beneficiarios, los herederos legales o sus representantes personales, según el caso, quedarán privados de todo derecho procedente de la presente póliza, en caso de que la reclamación presentada a **LA COMPAÑÍA** sea de cualquier manera fraudulenta, o si en apoyo de ella se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o documentos engañosos o dolosos o cualquier otro medio para sustentarla.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA - 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 CUARTA - PRESCRIPCIÓN

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

La prescripción ordinaria será de dos (2) años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a La extraordinaria será de cinco (5) años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA - 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.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA - VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES

La suma asegurada correspondiente a cada uno de los integrantes del grupo asegurado, se considerará individualmente, de acuerdo con la forma indicada en la carátula de la póliza, según el valor del seguro acordado específicamente para cada uno de los integrantes. En caso de tener amparos adicionales será el valor del seguro acordado específicamente para él.

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA- DOMICILIO

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

01/11/2016-1305-P-31-CLACHUBB20160148
30/08/2015-1305-NT-31-APRDHFORMANT0002
30/08/2015-1305-NT-31-APRDHFORMANT0002
30/08/2015-1305-NT-31-APRDHFORMANT0002
30/08/2015-1305-NT-31-APMAFORMANT00002

AMPARO RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN - D.M

OBJETO DEL SEGURO

Chubb Seguros Colombia S.A. acuerda asumir a través del presente anexo, y previo pago de la prima correspondiente, señalada en la solicitud certificado de seguro de vida grupo arriba especificada, los amparos descritos a continuación, los cuales quedan sujetos a todos los términos, condiciones y excepciones señaladas en las condiciones generales de dicha póliza, junto con las que a continuación se estipulan.

DEFINICIÓN

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

PARA EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO, SE ENTIENDE COMO INSTITUCIÓN HOSPITALARIA, EL ESTABLECIMIENTO REGISTRADO Y AUTORIZADO POR REUNIR TODAS LAS CONDICIONES EXIGIDAS POR LAS AUTORIDADES CORRESPONDIENTES PARA EL DESARROLLO DE SU OBJETO SOCIAL, DE ACUERDO CON LA LEGISLACIÓN COLOMBIANA, PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMOS.

NO SON CONSIDERADAS COMO INSTITUCIONES HOSPITALARIAS, PARA EFECTOS DE COBERTURA DEL AMPARO DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS INSTITUCIONES MENTALES PARA TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS; LOS LUGARES DE REPOSO, CONVALESCENCIA O DESCANSO PARA ANCIANOS, DROGADICTOS O ALCOHÓLICOS; LOS CENTROS DE CUIDADO INTERMEDIO; LOS LUGARES DONDE SE PROPORCIONAN TRATAMIENTOS NATURALISTAS O DE ESTÉTICA.

LA INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN COMO VALOR ASEGURADO EN LA SOLICITUD-CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, SE PAGARÁ AL ASEGURADO, DESDE LA FECHA DE INGRESO EN EL HOSPITAL, POR UN PERÍODO QUE NO EXCEDA LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS, PARA TODOS LOS PERÍODOS DE HOSPITALIZACIÓN A CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O LESIÓN.

LA 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.

LA HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO QUE COMIENZE EN LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA Y QUE SE DABA A LA MISMA CAUSA O CAUSAS RELACIONADAS CON UNA HOSPITALIZACIÓN ANTERIOR Y POR LA CUAL SE HAYA PAGADO INDEMNIZACIÓN DIARIA BAJO ESTE PLAN, SIN QUE EXISTA UN PERÍODO ENTRE ELLAS DE POR LO MENOS DOCE (12) MESES, SERÁ CONSIDERADA UNA CONTINUACIÓN DE DICHA HOSPITALIZACIÓN ANTERIOR, PARA EFECTOS DE DETERMINAR EL PERÍODO DE INDEMNIZACIÓN ESTIPULADO Y EL MÁXIMO BENEFICIO PAGADERO POR LA PÓLIZA.

POR EL CONTRARIO, HOSPITALIZACIONES SEPARADAS POR UN PERÍODO IGUAL O SUPERIOR A DOCE (12) MESES Y HOSPITALIZACIONES QUE NO TENGAN UNA MISMA CAUSA O CAUSAS RELACIONADAS, NO SERÁN CONSIDERADAS COMO OCURRIDAS DURANTE EL MISMO PERÍODO DE INDEMNIZACIÓN ESTIPULADO Y EL MÁXIMO BENEFICIO PAGADERO BAJO ESTE PLAN.

PARÁGRAFO. LIMITES DE EDADES PARA EL PRESENTE ANEXO

NO OBSTANTE LO PREVISTO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO, LA EDAD INICIAL MÁXIMA DE INGRESO SERÁ DE 65 AÑOS TANTO PARA HOMBRES COMO PARA MUJERES, Y LA COBERTURA DEL PRESENTE ANEXO SE OTORGARÁ COMO MÁXIMO HASTA LA EDAD DE 69 AÑOS

EXCLUSIONES

EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE EL SINIESTRO DETERMINADO POR CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- 1. POR GUERRA, INVASIÓN O ACTO DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES DE GUERRA, HAYA MEDIADO O NO DECLARACIÓN, GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN, ASONADA, MOTÍN, HUELGA, MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS O EN GENERAL CUALQUIER CLASE DE CONMOCIÓN CIVIL.**
- 2. SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO, LESIONES AUTOINFLIGIDAS, BIEN QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE DEMENCIA, INCLUSIVE LA PROVOCADA POR EL MISMO ASEGURADO.**
- 3. DEDICARSE A PRACTICAR O TOMAR PARTE EN ENTRENAMIENTOS PROPIOS DE DEPORTES CONSIDERADOS COMO DE ALTO RIESGO, TALES COMO BUCEO, ALPINISMO O MONTAÑISMO, ESCALADA EN HILO DONDE SE HAGA USO DE SOGAS O GUÍAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, CARRERAS QUE NO SEAN A PIE O QUE SE DEDIQUE PROFESIONALMENTE A CUALQUIER DEPORTE.**
- 4. 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.**
- 5. POR ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, DROGAS TÓXICAS, ALUCINÓGENOS O INGESTIÓN DE ESTUPEFACIENTES.**
- 6. ENFERMEDADES FÍSICAS, MENTALES, O, CUALQUIER DOLENCIA ORIGINADA EN ALGUNA ENFERMEDAD, ANOMALÍA O MALFORMACIÓN CONGÉNITA Y/O TRATAMIENTOS POR DESEQUILIBRIOS MENTALES O CURAS DE REPOSO O DEL SUEÑO, VÁRICES CON FINES ESTÉTICOS, TRATAMIENTO PARA LA INFERTILIDAD.**
- 7. 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.**
- 8. LA ORIGINADA COMO CONSECUENCIA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA S.I.D.A. O LAS ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL VIRUS V.I.H.**
- 9. LA ORIGINADA POR HOSPITALIZACIÓN POR CHEQUEOS DE CONTROL O COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y COMPLICACIONES DE POSTPARTO.**
- 10. CONDICIONES MÉDICAS PREEXISTENTES, YA SEA QUE SE TRATE DE UNA ENFERMEDAD QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA O TRATADA O UNA LESIÓN SUFRIDA POR EL ASEGURADO EN LOS DOCE (12) MESES ANTERIORES A LA FECHA DE INICIO DE COBERTURA DE LA PRESENTE PÓLIZA DE SEGURO. ESTA CONDICIÓN DESAPARECE CUANDO**

SE TRATA DE UNA ENFERMEDAD O LESIÓN EN VIRTUD DE LA CUAL, EL ASEGURADO HA ESTADO CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA POR UN PERÍODO DE DOCE (12) MESES CONSECUTIVOS Y SOLO OPERA PARA EL PRESENTE AMPARO.

11. NINGÚN EVENTO ORIGINADO EN EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO Y CONSULTAS MÉDICAS, TRATAMIENTOS DE BELLEZA, O CIRUGÍAS CON FINES ESTÉTICOS O DE EMBELLECIMIENTO.

12. HOSPITALIZACIÓN PARA CHEQUEOS MÉDICOS DE RUTINA U OTROS EXÁMENES PREVIOS A LOS CUALES NO EXISTA INDICACIONES DE TRASTORNOS DE SALUD.

13. HOSPITALIZACIÓN EN UN ESTABLECIMIENTO QUE NO LLENA LOS REQUISITOS DESCRITOS EN LAS CONDICIONES DE ESTA ENCUESTA BAJO LA ATENCIÓN Y CUIDADO DE UN MÉDICO AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, EN COLOMBIA.

14. POR PARTICIPAR EL ASEGURADO EN ACTOS ILÍCITOS O CONTRARIOS A LAS LEYES COLOMBIANAS.

15. TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS ASOCIACIONES MÉDICO CIENTÍFICAS A NIVEL MUNDIAL O AQUELLOS DE CARÁCTER EXPERIMENTAL.

PARÁGRAFO PRIMERO: 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.

PARÁGRAFO SEGUNDO. CONVERTIBILIDAD. EL DERECHO DE CONVERSIÓN DE LA PÓLIZA NO ES APLICABLE A ESTE AMPARO.

VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES

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

COEXISTENCIA DE SEGUROS

El Asegurado debe informar a **LA COMPAÑÍA** los seguros que de igual naturaleza tenga contratados o que llegue a contratar, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la celebración de los contratos de seguro.

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.

INDEMNIZACIONES

El Asegurado o Beneficiario deberá dar noticia a **LA COMPAÑÍA** de la ocurrencia del siniestro dentro de los treinta (30) días siguientes de su conocimiento.

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

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

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

DEFINICIONES

Para efectos de interpretación de coberturas de este amparo, otorgado con el presente anexo, se definen a continuación los términos utilizados, los cuales serán interpretados cada vez que ellos aparezcan en la forma señalada a continuación:

ENFERMEDAD: Significa cualquier alteración de la salud de la persona del Asegurado resultante de la acción de un agente patógeno, con relación al organismo, que conduzca a un tratamiento médico o quirúrgico.

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

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

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.

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

INSTITUCIÓN HOSPITALARIA: Es el establecimiento registrado y autorizado que reúne todas las condiciones exigidas por las autoridades correspondientes para el desarrollo de su objeto social, de acuerdo con la legislación Colombiana, para la atención de enfermos. No se considera como institución hospitalaria, para efectos de cobertura del amparo de la presente póliza, las instituciones mentales para tratamiento de enfermedades psiquiátricas; los lugares de reposo, convalecencia o descanso para ancianos, drogadictos o alcohólicos; los centros de cuidado intermedio; los lugares donde se proporcionan tratamientos naturalistas o de estética.

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

MÉDICO: Es la persona natural que, cumpliendo los requisitos legales, está autorizada para el ejercicio de la profesión en el área clínica, quirúrgica o de apoyo diagnóstico o asistencial.

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

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

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

ANEXO DE RENTA DOMICILIARIA D.M.

CONDICIONES PRIMERA: COBERTURA:

Chubb Seguros Colombia S.A. acuerda asumir a través del presente anexo las coberturas que a continuación se describen. Este anexo hace parte de la póliza de vida grupo arriba especificada, el cual queda sujeto a todos los términos, condiciones y excepciones señaladas en las condiciones generales de dicha póliza, junto con las que a continuación se estipulan:

LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO, PREVIA COMPROBACIÓN MÉDICA, QUE EXISTIÓ HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA, LA SUMA CONTRATADA EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, DE ACUERDO A LAS DEFINICIONES DE ESTA PÓLIZA.

LA INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA COMO VALOR ASEGURADO EN LA SOLICITUD – CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, SE PAGARÁ AL ASEGURADO, DESDE LA FECHA DE LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA, POR UN PERÍODO QUE NO EXCEDA LOS OCHO (8) DÍAS, Y CUBRIRÁ UN ÚNICO EVENTO POR AÑO.

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 DOMICILIARIA, EL BENEFICIO DIARIO ESTARÁ LIMITADO A LA MITAD DE LA SUMA ESTIPULADA EN EL CERTIFICADO DEL SEGURO.

PARÁGRAFO 1. PERIODO DE CARENIA:

EL PRESENTE ANEXO, TENDRÁ UN DEDUCIBLE DE UN DÍA A PARTIR DE LA FECHA DE LA EXPEDICIÓN MÉDICA DE LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA.

PARÁGRAFO 2. LA HOSPITALIZACIÓN DEBERÁ ESTAR DEBIDAMENTE CERTIFICADA POR LA ENTIDAD QUE LA AUTORIZA, LA CUAL DEBERÁ CUMPLIR CON LOS REQUISITOS MÍNIMOS ESTABLECIDOS PARA LOS PROGRAMAS DISEÑADOS PARA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA.

PARÁGRAFO 3. LÍMITES DE EDADES PARA EL PRESENTE ANEXO

NO OBSTANTE LO PREVISTO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO, LA EDAD INICIAL MÁXIMA DE INGRESO SERÁ DE 65 AÑOS TANTO PARA HOMBRES COMO PARA MUJERES, Y LA COBERTURA DEL PRESENTE ANEXO SE OTORGARÁ COMO MÁXIMO HASTA LA EDAD DE 69 AÑOS.

CONDICIÓN SEGUNDA: DEFINICIONES

RENDA DIARIA: SUMA DE DINERO QUE SE PAGARÁ AL ASEGURADO DE CONFORMIDAD CON LAS CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA Y SEGÚN LOS DÍAS ESTIPULADOS EN EL CERTIFICADO DE SEGURO.

HOSPITALARIA DOMICILIARIA: PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTA PÓLIZA SE ENTIENDE POR HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA TODA SITUACIÓN MÉDICA DEL ASEGURADO, QUE LE IMPIDE SALIR DE SU DOMICILIO POR EL TRATAMIENTO DE UNA PATOLOGÍA QUE REQUIERE EL CUIDADO DE ENFERMERÍA Y LA SUPERVISIÓN MÉDICA QUE POR SU COMPLEJIDAD PERMITE LA ATENCIÓN EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE, DONDE SE LE DAN LOS CUIDADOS ESPECIALES PERTINENTES Y LOS MEDICAMENTOS Y PROCEDIMIENTOS SON SUMINISTRADOS O EJECUTADOS POR UN PROFESIONAL EN EL ÁREA DE LA SALUD BAJO LA PRESCRIPCIÓN, DIRECCIÓN Y RESPONSABILIDAD DE UN PROGRAMA DOMICILIARIA QUE CUMPLA CON LOS REQUISITOS MÍNIMOS ESENCIALES CERTIFICADOS POR LA ENTIDAD COMPETENTE.

CONDICIÓN TERCERA: EXCLUSIONES

EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE EL SINIESTRO DETERMINADO POR CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- 1. POR GUERRA, INVASIÓN O ACTO DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES DE GUERRA, HAYA MEDIADO O NO DECLARACIÓN, GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN, ASONADA, MOTÍN, HUELGA, MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS O EN GENERAL CUALQUIER CLASE DE CONMOCIÓN CIVIL.**
- 2. SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO, LESIONES AUTOINFLIGIDAS, BIEN QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE DEMENCIA, INCLUSIVELA PROVOCADA POR EL MISMO ASEGURADO.**
- 3. DEDICARSE A PRACTICAR O TOMAR PARTE EN ENTRENAMIENTOS PROPIOS DE DEPORTES CONSIDERADOS COMO DE ALTO RIESGO, TALES COMO BUCEO, ALPINISMO O MONTAÑISMO, ESCALADA EN HILO DONDE SE HAGA USO DE SOGAS O GUÍAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, CARRERAS QUE NO SEAN A PIE O QUE SE DEDIQUE PROFESIONALMENTE A CUALQUIER DEPORTE.**
- 4. 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.**
- 5. POR ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, DROGAS TÓXICAS, ALUCINÓGENOS O**
- 6. ENFERMEDADES FÍSICAS, MENTALES, O, CUALQUIER DOLENCIA ORIGINADA EN ALGUNA ENFERMEDAD, ANOMALÍA O MALFORMACIÓN CONGÉNITA Y/O TRATAMIENTOS POR DESEQUILIBRIOS MENTALES O CURAS DE REPOSO O DEL SUEÑO, VÁRICES CON FINES ESTÉTICOS, TRATAMIENTO PARA LA INFERTILIDAD**
- 7. 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.**
- 8. LA ORIGINADA COMO CONSECUENCIA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA S.I.D.A. O LAS ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL VIRUS V.I.H.**
- 9. LA ORIGINADA POR HOSPITALIZACIÓN POR CHEQUEOS DE CONTROL O COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y COMPLICACIONES DE POSTPARTO.**
- 10. CONDICIONES MÉDICAS PREEXISTENTES, YA SEA QUE SE TRATE DE UNA ENFERMEDAD QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA O TRATADA O UNA LESIÓN SUFRIDA POR EL ASEGURADO EN LOS DOCE (12) MESES ANTERIORES A LA FECHA DE INICIO DE COBERTURA DE LA PRESENTE PÓLIZA DE SEGURO.**
- 11. NINGÚN EVENTO ORIGINADO EN EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO Y CONSULTAS MÉDICAS, TRATAMIENTOS DE BELLEZA, O CIRUGÍAS CON FINES ESTÉTICOS O DE EMBELLECIMIENTO.**
- 12. HOSPITALIZACIÓN PARA CHEQUEOS MÉDICOS DE RUTINA U OTROS EXÁMENES PREVIOS A LOS CUALES NO EXISTA INDICACIONES DE TRASTORNOS DE SALUD.**

01/11/2016-1305-P-31-CLACHUBB20160148

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

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

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

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

13. POR PARTICIPAR EL ASEGURADO EN ACTOS ILÍCITOS O CONTRARIOS A LAS LEYES COLOMBIANAS.

PARÁGRAFO PRIMERO: 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 **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.

PARÁGRAFO SEGUNDO. CONVERTIBILIDAD. EL DERECHO DE CONVERSIÓN DE LA PÓLIZA NO ES APLICABLE A ESTE AMPARO.

CONDICIÓN CUARTA: VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES

La suma asegurada correspondiente a cada uno de los integrantes del grupo asegurado, se considerará individualmente de acuerdo al certificado individual de seguro, según el valor del seguro acordado específicamente para cada uno de los integrantes.

CONDICIÓN QUINTA: COEXISTENCIA DE SEGUROS

El Asegurado debe informar a **LA COMPAÑÍA** los seguros que de igual naturaleza tenga contratados o que llegue a contratar, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la celebración de los contratos de seguro.

CONDICIÓN 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.

CONDICIÓN SÉPTIMA. INDEMNIZACIONES

El Asegurado o Beneficiario deberá dar noticia a **LA COMPAÑÍA** de la ocurrencia del siniestro dentro de los treinta (30) días siguientes de su conocimiento.

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

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

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

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

01/11/2016-1305-P-31-CLACHUBB20160148
30/08/2015-1305-NT-31-APRDHFORMANT0002
30/08/2015-1305-NT-31-APRDHFORMANT0002
30/08/2015-1305-NT-31-APRDHFORMANT0002
30/08/2015-1305-NT-31-APMAFORMANT00002

AMPARO CIRUGÍA AMBULATORIA CHUBB

Chubb Seguros Colombia S.A. acuerda asumir a través del presente amparo, y previo pago de la prima correspondiente, señalada en el certificado individual de seguro de vida grupo arriba especificada, los amparos descritos a continuación, los cuales quedan sujetos a todos los términos, condiciones y excepciones señaladas en las condiciones generales de dicha póliza, junto con las que a continuación se estipulan.

DEFINICIÓN

PARA EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO, LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO POR UNA SOLA VEZ ANUAL POR EVENTO, LA SUMA PACTADA Y SEÑALADA EN EL CORRESPONDIENTE CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, SI COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA ENFERMEDAD O LESIÓN AMPARADA POR LA PÓLIZA, DIAGNOSTICADA Y SUFRIDA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SE DEBE PRACTICAR UNA CIRUGÍA AMBULATORIA EN UN CENTRO MÉDICO O CENTRO DE CIRUGÍA QUE CUMPLE CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS PARA TAL FIN, BAJO EL CUIDADO Y SUPERVISIÓN DE UN MÉDICO QUE DEBE POSEER LICENCIA PERMANENTE Y VÁLIDA PARA PRACTICAR LA MEDICINA EN COLOMBIA.

PARÁGRAFO. LIMITES DE EDADES PARA EL PRESENTE AMPARO

NO OBSTANTE LO PREVISTO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE AMPARO, LA EDAD INICIAL MÁXIMA DE INGRESO SERÁ DE 65 AÑOS TANTO PARA HOMBRES COMO PARA MUJERES, Y LA COBERTURA DEL PRESENTE AMPARO SE OTORGARÁ COMO MÁXIMO HASTA LA EDAD DE 69 AÑOS

EXCLUSIONES

EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE EL SINIESTRO DETERMINADO POR CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- 1. POR GUERRA, INVASIÓN O ACTO DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES DE GUERRA, HAYA MEDIADO O NO DECLARACIÓN, GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN, ASONADA, MOTÍN, HUELGA, MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS O EN GENERAL CUALQUIER CLASE DE CONMOCIÓN CIVIL.**
- 2. SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO, LESIONES AUTOINFLIGIDAS, BIEN QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE DEMENCIA, INCLUSIVE LA PROVOCADA POR EL MISMO ASEGURADO.**
- 3. DEDICARSE A PRACTICAR O TOMAR PARTE EN ENTRENAMIENTOS PROPIOS DE DEPORTES CONSIDERADOS COMO DE ALTO RIESGO, TALES COMO BUCEO, ALPINISMO O MONTAÑISMO, ESCALADA EN HILO DONDE SE HAGA USO DE SOGAS O GUÍAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, CARRERAS QUE NO SEAN A PIE O QUE SE DEDIQUE PROFESIONALMENTE A CUALQUIER DEPORTE.**
- 4. 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.**
- 5. POR ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, DROGAS TÓXICAS, ALUCINÓGENOS O INGESTIÓN DE ESTUPEFACIENTES.**

- 6. ENFERMEDADES FÍSICAS, MENTALES, O, CUALQUIER DOLENCIA ORIGINADA EN ALGUNA ENFERMEDAD, ANOMALÍA O MALFORMACIÓN CONGÉNITA Y/O TRATAMIENTOS POR DESEQUILIBRIOS MENTALES O CURAS DE REPOSO O DEL SUEÑO, VÁRICES CON FINES ESTÉTICOS, TRATAMIENTO PARA LA INFERTILIDAD.**
- 7. 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**
- 8. LA ORIGINADA COMO CONSECUENCIA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA S.I.D.A. O LAS ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL VIRUS V.I.H.**
- 9. LA ORIGINADA POR HOSPITALIZACIÓN POR CHEQUEOS DE CONTROL O COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y COMPLICACIONES DE POSTPARTO.**
- 10. CONDICIONES MÉDICAS PREEXISTENTES, YA SEA QUE SE TRATE DE UNA ENFERMEDAD QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA O TRATADA O UNA LESIÓN SUFRIDA POR EL ASEGURADO EN LOS DOCE (12) MESES ANTERIORES A LA FECHA DE INICIO DE COBERTURA DE LA PRESENTE PÓLIZA DE SEGURO. ESTA CONDICIÓN DESAPARECE CUANDO SE TRATA DE UNA ENFERMEDAD O LESIÓN EN VIRTUD DE LA CUAL, EL ASEGURADO HA ESTADO CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA POR UN PERÍODO DE DOCE (12) MESES CONSECUTIVOS.**
- 11. NINGÚN EVENTO ORIGINADO EN EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO Y CONSULTAS MÉDICAS, TRATAMIENTOS DE BELLEZA, O CIRUGÍAS CON FINES ESTÉTICOS O DE EMBELLECIMIENTO.**
- 12. CHEQUEOS MÉDICOS DE RUTINA U OTROS EXÁMENES PREVIOS A LOS CUALES NO EXISTA INDICACIONES DE TRASTORNOS DE SALUD.**
- 13. CIRUGÍAS EFECTUADAS 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.**
- 14. POR PARTICIPAR EL ASEGURADO EN ACTOS ILÍCITOS O CONTRARIOS A LAS LEYES COLOMBIANAS.**
- 15. TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS ASOCIACIONES MÉDICO CIENTÍFICAS A NIVEL MUNDIAL O AQUELLOS DE CARÁCTER EXPERIMENTAL.**
- 16. TODA CLASE DE EXAMEN O PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO (ENDOSCOPIA BIOPSIAS, CATETERISMO), Y TODO PROCEDIMIENTO, QUIRÚRGICO O NO, TERAPÉUTICO O NO, QUE SE REALICE CON ANESTESIA LOCAL.**

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.

VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES

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

COEXISTENCIA DE SEGUROS

El Asegurado debe informar a **LA COMPAÑÍA** los seguros que de igual naturaleza tenga contratados o que llegue a contratar, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la celebración de los contratos de seguro.

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.

INDEMNIZACIONES

LA COMPAÑÍA procederá al pago de la indemnización por el presente amparo, dentro del mes siguiente a la fecha en la que El Beneficiario acredite la ocurrencia del siniestro, aportando los medios probatorios correspondientes.

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

DEFINICIONES

Para efectos de interpretación de coberturas de este amparo, otorgado con el presente anexo, se definen a continuación los términos utilizados, los cuales serán interpretados cada vez que ellos aparezcan en la forma señalada a continuación:

ENFERMEDAD: Significa cualquier alteración de la salud de la persona Asegurada resultante de la acción de un agente patógeno, con relación al organismo, que conduzca a un tratamiento médico o quirúrgico.

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

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

CIRUGÍA AMBULATORIA: Es todo procedimiento quirúrgico que se realiza sin necesidad de internar al paciente por un periodo mayor de 24 horas.

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

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.

CENTRO MÉDICO O DE CIRUGÍA

AMBULATORIA: Es una institución que tiene médicos, enfermeras y anestesiólogos debidamente licenciados; por lo menos dos salas de cirugía y una sala de recuperación, Laboratorios de diagnóstico y salas de radiografías, que le permiten prestar asistencia de emergencias y se encuentran registradas y autorizadas de acuerdo a la legislación del País. No serán considerados como centros médicos o de cirugía ambulatoria, para efectos de cobertura del presente amparo, 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. Se considera centro de cirugía ambulatoria aquellos procedimientos especializados tales como: cirugía refractiva, fotocoagulación de retina, procedimientos terapéuticos, otorrinológicos, ortopédicos, endoscópicos, procedimientos terapéuticos con ultrasonido o similares.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: Es una intervención de cirugía la cual se realiza en la sala quirúrgica de un centro médico o centro de cirugía que cumple con los requisitos mínimos legales exigidos para tal fin, bajo el cuidado y supervisión de un médico que debe poseer licencia permanente y válida para practicar la medicina en Colombia. Generalmente se practica como un proceso instrumental con ayudas como bisturí, pinzas, etc. Realizada en un recinto especialmente dotado de equipos que soporten la vida (respirador, máquina de anestesia, pulsoxímetro o similares equipos de reanimación) y con medidas especiales de asepsia y antisepsia y cuyo procedimiento implique la remoción de tejidos o de algún órgano y que generalmente se realiza bajo la anestesia general o regional, esta última realizada por un especialista en anestesiología.

SALA DE CIRUGÍA: Es el recinto especialmente dotado de equipos que soporten la vida (respirador, máquina de anestesia, pulsoxímetro o similares, equipos de reanimación, etc.) y con medidas especiales de asepsia y antisepsia generalmente ubicado en un centro médico o centro de cirugía que cumple con los requisitos mínimos legales exigidos para tal fin, por las autoridades respectivas.

PROCEDIMIENTO MENOR: Es todo procedimiento, quirúrgico o no, que se realice con anestesia local.

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

MÉDICO: Es la persona natural que, cumpliendo los requisitos legales, está autorizada para el ejercicio de la profesión en el área clínica, quirúrgica o de apoyo diagnóstico o asistencial.

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

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

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

01/11/2016-1305-P-31-CLACHUBB20160148
30/08/2015-1305-NT-31-APRDHFORMANT0002
30/08/2015-1305-NT-31-APRDHFORMANT0002
30/08/2015-1305-NT-31-APRDHFORMANT0002
30/08/2015-1305-NT-31-APMAFORMANT00002