

CHUBB®

**ACCIDENTES PERSONALES
PROTECCION PLAN 50X3**

01/11/2016-1305-P-31-CLACHUBB20160174
30/08/2015-1305-NT-31-APMAFORMANT00002
30/08/2015-1305-NT-31-APITPAFORMANT002
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 SUJECCIÓN A LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA SOLICITUD PRESENTADA POR EL TOMADOR, EN LAS INDIVIDUALES PRESENTADAS POR LOS ASEGURADOS (SIENDO INCLUIDAS LAS INFORMACIONES SUMINISTRADAS A TRAVÉS DEL MERCADEO MASIVO ELECTRÓNICO COMO: CORREO, FAX, TELÉFONO, AUTORIZACIÓN DESCUENTOS DE NÓMINA, GUÍA DE SERVICIOS, ETC.) QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA, ASÍ COMO EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES, INDEMNIZARÁ EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO, UNA VEZ SE ACREDITE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO.

CONDICIÓN PRIMERA - AMPARO BÁSICO.

EL RIESGO ASEGURADO MEDIANTE LA PRESENTE PÓLIZA Y SUS ANEXOS CONSISTE EN LA OCURRENCIA, DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL, DE UN ACCIDENTE QUE GENERE LESIONES FÍSICAS AL ASEGURADO DE ACUERDO CON LAS DEFINICIONES, AMPAROS ESPECÍFICOS Y EXCLUSIONES CONTENIDAS EN LAS PRESENTES CONDICIONES GENERALES Y EN LAS CONDICIONES PARTICULARES QUE LE OCACIONEN SU MUERTE REAL O PRESUNTA.

AMPARO ESPECÍFICO 1: PÉRDIDA ACCIDENTAL DE LA VIDA

LA COMPAÑÍA PAGARÁ LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA, A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS O EN SU DEFECTO A LOS BENEFICIARIOS 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 SEGURO, 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 ACCIDENTE, ENTENDIDO ÉSTE COMO UN

HECHO EXTERNO A LA CORPOREIDAD DEL ASEGURADO, IRRESISTIBLE, SÚBITO Y 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.

AMPARO ESPECÍFICO 2: DESAPARECIMIENTO

PARA TODOS LOS EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO BÁSICO, SE ENTENDERÁ TAMBIÉN COMO MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO LA OCURRENCIA DE ALGUNO DE LOS EVENTOS QUE SE SEÑALAN A CONTINUACIÓN, SIEMPRE QUE DÉ 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 Y 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.

SI EL DESAPARECIMIENTO, CON BASE EN EL CUAL SE DECLARA JUDICIALMENTE LA MUERTE PRESUNTA, NO TIENE RELACIÓN CON ALGUNO DE LOS EVENTOS SEÑALADOS, NO SE CONFIGURARÁ SINIESTRO.

CONDICIÓN SEGUNDA - AMPAROS ADICIONALES.

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

CONDICIÓN TERCERA – EXCLUSIONES.

EL PRESENTE SEGURO NO TENDRÁ COBERTURA PARA EL AMPARO BÁSICO O PARA CUALQUIERA DE LOS AMPAROS ADICIONALES, POR CUALQUIER EVENTO QUE SEA CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

- A. ACCIDENTE DE AVIACIÓN, CUANDO EL ASEGURADO VIAJE COMO PILOTO O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN DE CUALQUIER AERONAVE SALVO, QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AERONAVE DE LINEA COMERCIAL PARA TRANSPORTE DE PASAJEROS.**
- B. ACCIDENTE DE AVIACIÓN CUANDO EL ASEGURADO VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AERONAVE DE LINEA NO COMERCIAL PARA TRANSPORTE DE PASAJEROS.**
- C. ACCIDENTES QUE LA PERSONA ASEGURADA O LOS BENEFICIARIOS, POR ACCIÓN U OMISIÓN, PROVOQUEN DOLOSAMENTE O CON CULPA GRAVE.**
- D. ACCIONES DE TERCERAS PERSONAS, CON UTILIZACIÓN DE ARMA DE FUEGO, CORTO PUNZANTE O CONTUNDENTE.**
- E. DEDICARSE EL ASEGURADO A PRACTICAR, COMPETIR O TOMAR PARTE EN ENTRENAMIENTOS PROPIOS DE DEPORTES CONSIDERADOS EN LA LITERATURA MUNDIAL COMO DE ALTO RIESGO, TALES COMO BUCEO, ALPINISMO O ESCALADA EN ROCA, MONTAÑISMO, ESCALADA EN HILO DONDE SE HAGA USO DE SOGAS O GUÍAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, CARRERAS DE AUTOS O QUE SE DEDIQUE PROFESIONALMENTE A ALGÚN DEPORTE.**

- F. ENCONTRARSE EL ASEGURADO EN SERVICIO ACTIVO Y EN EJERCICIO DE SUS FUNCIONES, COMO MILITAR, POLICÍA MIEMBRO DE ORGANISMO DE SEGURIDAD, DE INTELIGENCIA, GUARDAESPALDAS O VIGILANTE DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD.**
- G. ENFERMEDADES DE CUALQUIER NATURALEZA, SALVO QUE LAS MISMAS HAYAN SIDO ORIGINADAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO EN LA PÓLIZA.**
- H. ESTADO DE GESTACIÓN, ALUMBRAMIENTO, ABORTO O COMPLICACIONES SUFRIDAS A CAUSA DE CUALQUIERA DE ESTOS ESTADOS.**
- I. GUERRA, INVASIÓN O ACTO DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES DE GUERRA, HAYA MEDIADO O NO DECLARACIÓN, GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN, ASONADA, MOTÍN, HUELGA, MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS O EN GENERAL CUALQUIER CLASE DE CONMOCIÓN CIVIL.**
- J. HABER INGERIDO EL ASEGURADO DROGAS TÓXICAS, ALUCINÓGENOS O INGESTIÓN DE ESTUPEFACIENTES O CUANDO LA PERSONA ASEGURADA CONDUZCA CUALQUIER CLASE DE VEHÍCULO ESTANDO BAJO EFECTOS DEL ALCOHOL ETÍLICO.**
- K. HABERSE INFRINGIDO CUALQUIER NORMA LEGAL PENAL POR PARTE DEL ASEGURADO.**
- L. INFECCIONES PRODUCIDAS POR PICADURAS DE INSECTOS TALES COMO MALARIA, TIFO, FIEBRE AMARILLA.**
- M. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O CONSECUENCIAS DERIVADAS DE ELLAS, SALVO QUE LAS MISMAS HAYAN SIDO ORIGINADAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO EN LA PÓLIZA.**
- N. SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO, LESIONES AUTO INFLINGIDAS, BIEN QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ALGÚN ESTADO DE DEMENCIA O ENAJENACIÓN MENTAL.**
- O. TRATAMIENTOS MÉDICOS O RAYOS X, CHOQUES ELÉCTRICOS ETC., SALVO QUE LAS MISMAS HAYAN SIDO ORIGINADAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO EN LA PÓLIZA.**

PARÁGRAFO PRIMERO: EN TODO CASO, ESTE SEGURO NO SE APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES PROHÍBAN A LA COMPAÑÍA PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE SINIESTROS.

PARÁGRAFO SEGUNDA: 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 jurídica a cuyo nombre se expide la presente póliza, para asegurar un determinado número de personas naturales que conformen el grupo asegurable, siendo responsable de todas las obligaciones que como tal le incumbe, conforme a la ley y en especial, al pago de la prima.

CONDICIÓN QUINTA- GRUPO ASEGURADO Y GRUPO ASEGURABLE

Se entiende por grupo Asegurado, el conformado por las personas que tienen el carácter de asegurables y que se encuentran amparados por la presente póliza. Para efectos del presente contrato son asegurables las personas naturales vinculadas en virtud de una situación legal o reglamentaria con una persona jurídica, asociación, sociedad u

organización con las cuales tenga relación estable de la misma naturaleza y cuyo vínculo no tenga como relación exclusiva el propósito de contratar el presente contrato de seguro.

El seguro objeto de esta póliza es colectivo en los términos del artículo 1064 del Código de Comercio, las estipulaciones contenidas en este contrato se entenderán aplicables respecto de cada uno de los Asegurados individualmente considerados. Igualmente, **LA COMPAÑÍA** para efectos administrativos y de operación, podrá identificar en sus sistemas de información cada riesgo asegurado bajo un número de identificación único y podrá expedir un solo documento que será la póliza matriz.

CONDICIÓN SEXTA – SUMA ASEGURADA, PRIMAS Y AJUSTE DE PRIMAS.

El valor asegurado y el valor de la prima del amparo básico y de los amparos adicionales, es el establecido en el certificado individual de seguro.

El valor de la prima se reajustará anualmente en el mismo índice de precio al Consumidor (IPC) del año inmediatamente anterior establecido por el DANE a nivel nacional.

Con el fin de salvaguardar el principio técnico de suficiencia de la prima **LA COMPAÑÍA**, de común acuerdo con el Tomador de la póliza colectiva podrá incrementar el valor de la prima, previa información a los Asegurados individualmente considerados en aquellas pólizas colectivas contributivas.

Para obtener el amparo a que se refiere la presente póliza, toda persona debe cumplir los requisitos de asegurabilidad exigidos por **LA COMPAÑÍA**, tal como se indiquen en anexo o condición particular.

CONDICIÓN SÉPTIMA - TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus anexos termina por las siguientes causas:

1. Por vencimiento y no renovación de la póliza.
2. Por falta de pago de la prima o de cualquier cuota, si la prima anual ha sido fraccionada.
3. Al vencimiento de la cobertura individual anual que se produzca dentro de los seis (6) meses anteriores o posteriores a la fecha en que el Asegurado de la cumpla setenta (70) años.
4. Cuando el Asegurado por escrito, solicite su exclusión del seguro o, el Tomador solicite la revocación del contrato.
5. Tratándose del seguro del cónyuge, al fallecimiento del Asegurado principal.
6. Cuando **LA COMPAÑÍA** pague la indemnización por la afectación de uno o varios amparos que agoten el valor máximo del seguro.
7. Por muerte del Asegurado principal o por haber dejado de pertenecer al grupo Asegurado.

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**.

LA COMPAÑÍA puede revocar unilateralmente la cobertura individual respecto de cualquiera de los integrantes del grupo Asegurado, para lo cual deberá notificar al Tomador y al Asegurado titular la terminación del seguro, mediante noticia escrita enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío.

CONDICIÓN OCTAVA - PAGO DE LA PRIMA.

Póliza Colectiva No Contributiva: El Tomador es responsable del pago de la totalidad de las primas según se estipula en la caratula de la póliza.

Póliza Colectiva Contributiva: Es responsabilidad de cada Asegurado integrante del grupo sufragar la totalidad de la prima según se estipula en la caratula de la póliza o el certificado individual de seguro.

01/11/2016-1305-P-31-CLACHUBB20160174

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

30/08/2015-1305-NT-31-APITPAFORMANT002

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

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

Para las dos modalidades de seguro:

I) Si llegase a ocurrir algún siniestro antes del vencimiento del plazo para el pago de la prima, **LA COMPAÑÍA** pagará el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas y pendientes de pago, hasta completar la anualidad respectiva.

II) Si las primas o sus cuotas no fueran pagadas dentro del plazo, se producirá la terminación automática del contrato de seguro y **LA COMPAÑÍA** quedará libre de toda responsabilidad respecto de los eventos que ocurran con posterioridad al vencimiento del plazo correspondiente.

III) El plazo para el pago de las primas o de sus cuotas será de un mes a partir del inicio de vigencia del período al que corresponde el monto de la prima a pagar, a menos que el certificado individual de seguro disponga otro término o por condición particular se pacte otra modalidad de pago.

CONDICIÓN NOVENA- DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

El Tomador o los Asegurados individualmente considerados, según el caso, deberán declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo, o cualesquiera otros cuestionarios que hayan servido de base para el otorgamiento del presente seguro. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidas por **LA COMPAÑÍA**, la hubiesen retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producirán la nulidad relativa del contrato de seguro.

Sin embargo, si la inexactitud o la reticencia son imputables a error inculparable del Tomador, el contrato no será nulo, pero **LA COMPAÑÍA** estará únicamente en caso de siniestro obligado a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente, respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado de riesgo, excepto los previstos en el artículo 1160 del Código del Comercio.

Si la reticencia o inexactitud provienen del Asegurado, se aplicarán las mismas sanciones respecto de su seguro individual.

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

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

CONDICIÓN DÉCIMA - DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

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

Cuando no se hubiere designado Beneficiario o la designación fuere ineficaz o quedare sin efecto por cualquier causa, tendrán la condición de tales, el cónyuge del respectivo Asegurado en la mitad del seguro y los herederos de éste en la otra mitad. Igual regla se aplicará en el evento de haber sido designados genéricamente como Beneficiarios los herederos del Asegurado.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA – AVISO, RECLAMACIÓN, INDEMNIZACIÓN Y PAGO DEL SINIESTRO.

En caso de siniestro que pueda dar lugar a la reclamación bajo la presente póliza, el Asegurado y/o Beneficiario según corresponda, deberán dar aviso a **LA COMPAÑÍA** de la ocurrencia del mismo, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes, a la fecha de este.

01/11/2016-1305-P-31-CLACHUBB20160174

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

30/08/2015-1305-NT-31-APITPAFORMANT002

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

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

Para que **LA COMPAÑÍA**, efectúe el pago de la indemnización correspondiente a la presente póliza, el Asegurado o los Beneficiarios, según sea el caso, presentaran pruebas fehacientes, que demuestren la existencia del hecho amparado, para lo cual podrán presentar, entre otros, los siguientes documentos: Registro civil de defunción, copia documentos de identificación del Asegurado y Beneficiarios.

Sin embargo, **LA COMPAÑÍA** podrá comprobar la veracidad y exactitud de tales pruebas, teniendo derecho y la oportunidad, de ser procedente, de efectuar investigaciones técnicas, o a través de sus médicos de examinar a la persona Asegurada para los amparos que así lo ameriten, mientras se encuentre pendiente una reclamación contra el presente seguro o cualquiera de sus anexos.

La **COMPAÑÍA** pagará al Asegurado o a los Beneficiarios, según sea el caso, la indemnización a que está obligada por la póliza y/o sus amparos adicionales, dentro del término legal de un mes, contado a partir de la fecha en que se acredite la ocurrencia del siniestro y su cuantía.

Para los amparos adicionales **LA COMPAÑÍA** podrá indicar en los respectivos anexos los documentos que se consideren idóneos para la reclamación sin perjuicio de la libertad probatoria que tienen los Beneficiarios.

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

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA - REVOCACIÓN DEL CONTRATO.

Cualquiera de los integrantes del colectivo Asegurado podrá revocar unilateralmente el contrato de seguro, respecto de su cobertura individual, mediante aviso por escrito a **LA COMPAÑÍA**. El contrato quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación.

El Tomador o el Asegurado en las pólizas contributivas, serán responsables en tal caso de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de la revocación.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA – PRESCRIPCIÓN.

La prescripción de las acciones derivadas de esta póliza y de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

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

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

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

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA- EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA.

Amparo	Ingreso	Permanencia
Muerte Accidental real o presunta	18 a 65 años	Hasta los 69 años
Incapacidad total y permanente por accidente	18 a 65 años	Hasta los 69 años
Renta por hospitalización por accidente	18 a 65 años	Hasta los 69 años

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA- 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 se tendrá en cuenta el valor del seguro acordado específicamente para cada uno de los amparos contratados.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA - DOMICILIO.

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

ANEXO AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE.

LA COMPAÑÍA ASUME Y AMPARA A TRAVÉS DEL PRESENTE ANEXO, PREVIO PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE SEÑALADA EN LA SOLICITUD - CERTIFICADO DE SEGURO Y DE ACUERDO CON LOS AMPAROS CONTRATADOS EN LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES ARRIBA IDENTIFICADA, EL RESULTADO FÍSICO QUE CAUSE UN ACCIDENTE AMPARADO CONSISTENTE EN LA GENERACIÓN DEL ESTADO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO, QUEDANDO SUJETO ESTE ANEXO A TODOS LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y EXCEPCIONES SEÑALADOS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE DICHA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES, QUE NO SE MODIFICAN CON EL PRESENTE ANEXO.

CONDICIÓN PRIMERA –AMPARO.

PARA LOS EFECTOS EXCLUSIVOS DE ESTE AMPARO, SE ENTIENDE COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE LA SUFRIDA POR EL ASEGURADO NO MAYOR DE 65 AÑOS DE EDAD, ORIGINADA EN LESIONES FÍSICAS ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES, SUFRIDAS POR EL ASEGURADO, COMO CONSECUENCIA ÚNICA Y EXCLUSIVA DE UN ACCIDENTE SÚBITO, IMPREVISTO Y EXTERNO, AMPARADO Y OCURRIDO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA Y QUE DE POR VIDA, Y LUEGO DE LA REHABILITACIÓN INTEGRAL, SUS LIMITACIONES SEAN TAN SEVERAS QUE SOLO LE PERMITAN AL ASEGURADO DESARROLLAR LABORES EN SU CASA O EN UNA INSTITUCIÓN ESPECIALIZADA Y AUNQUE, NO OBSTANTE SU ESTADO, PODRÍA EJERCER ALGUNA ACTIVIDAD QUE LE PERMITIRÍA DEVENGAR ALGUNA REMUNERACIÓN, SU FINALIDAD PRINCIPAL ES OCUPAR SU TIEMPO. LA LESIÓN O ALTERACIÓN DEBE PERSISTIR POR UN PERIODO CONTINUO NO MENOR DE 180 DÍAS CALENDARIO Y NO DEBE HABER SIDO PROVOCADA POR EL MISMO ASEGURADO.

SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SE CONSIDERARÁN TAMBIÉN COMO TAL LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- A) LA AMPUTACIÓN TOTAL DE DOS O MÁS MIEMBROS (BRAZOS, PIERNAS, MANOS O PIES).**
- B) LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISTA POR AMBOS OJOS.**
- C) LA AMPUTACIÓN TOTAL DE UN MIEMBRO Y LA PÉRDIDA IRREPARABLE DE LA VISTA POR UN OJO.**
- D) LA AMPUTACIÓN DE UN MIEMBRO Y LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA AUDICIÓN O DEL HABLA.**
- E) LA DEMENCIA INCURABLE, PREVIA DECLARACIÓN JUDICIAL.**

PARÁGRAFO: PARA EFECTOS DE LA PRESENTE PÓLIZA, REALIZAR CUALQUIER CLASE DE TRABAJO REMUNERADO A POTESTAD ÚNICA Y EXCLUSIVA DE LA COMPAÑÍA SE ASIMILA A LAS CATEGORÍAS 45 OCUPACIÓN RESTRINGIDA, PROTEGIDA O CONFINADA O 46 SIN POSIBILIDAD DE OCUPACIÓN, CORRESPONDIENTES A LA CALIFICACIÓN DE LA MINUSVALÍA OCUPACIONAL DEL CAPÍTULO TERCERO DEL MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ REGLAMENTADO POR EL DECRETO 917 DE 1999.

CONDICIÓN SEGUNDA – EXCLUSIONES.

APLICAN A ESTE ANEXO LAS MISMAS EXCLUSIONES PREVISTAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE.

CONDICIÓN TERCERA - CONDICIÓN TERCERA – SUMA ASEGURADA.

La suma asegurada correspondiente a cada uno de los integrantes del grupo Asegurado, se considerará individualmente para cada uno de ellos y será la pactada en la solicitud certificado individual de seguro. Dicha suma será pagada por una sola vez.

El pago de la suma asegurada bajo este amparo, no es acumulable al amparo básico del seguro de accidentes personales y por lo tanto una vez pagada la suma asegurada por este amparo, **LA COMPAÑÍA** quedará libre de cualquier responsabilidad.

CONDICIÓN CUARTA · RECLAMACION Y PAGO DE LA SUMA ASEGURADA

El Asegurado o Beneficiario deberán dar noticia a **LA COMPAÑÍA** de la ocurrencia de un siniestro susceptible de afectar el presente amparo, a más tardar dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en el que haya conocido o debido conocer su ocurrencia y aquella suministrará al Asegurado o Beneficiario, según el caso, en tal momento, la información correspondiente a la documentación necesaria para la formalización de la reclamación.

El Beneficiario o su representante legal, según el caso, deberá remitir, junto con copia del certificado individual del seguro, los documentos necesarios para acreditar la ocurrencia del siniestro, pudiendo utilizar para ello los medios probatorios admitidos en la ley colombiana, entre ellos, la certificación que expida una Empresa Promotora de Salud, E.P.S., una Administradora de Riesgos Profesionales, A.R.P., una Administradora de Fondos de Pensiones, AFP, que acredite que al Asegurado se encuentra totalmente incapacitado, indicando los motivos de dicha incapacidad y que tal incapacidad le impide continuar laborando en forma permanente.

PARÁGRAFO PRIMERO: El Asegurado que reciba Cualquier pago de la suma asegurada correspondiente al valor total asegurado por el presente amparo quedará automáticamente excluido de éste, como también del amparo básico de la póliza de accidentes personales, liberando a **LA COMPAÑÍA** de toda responsabilidad en caso de fallecimiento posterior.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Los Beneficiarios quedarán privados de todo derecho con base en 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 hicieran o utilizaren declaraciones falsas o documentos engañosos o cualquier otro medio doloso para sustentarla.

EN LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES, SE APLICARÁN AL PRESENTE ANEXO LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE AMPARO Y LAS DISPOSICIONES DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

ANEXO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

CONDICIÓN PRIMERA - AMPARO

LA COMPAÑÍA PAGARÉ AL ASEGURADO LA SUMA DIARIA SEÑALADA EN EL CORRESPONDIENTE CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, SI A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO Y OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA INGRESA COMO PACIENTE INTERNO A UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA, COMO MÍNIMO POR 24 HORAS, SIN EXCEDER DE 90 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.

CONDICIÓN SEGUNDA- EXCLUSIONES

APLICAN A ESTE ANEXO LAS MISMAS EXCLUSIONES PREVISTAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE, EXCEPTO LAS ESTABLECIDAS EN LOS LITERALES G, H, I, K Y L. ADICIONALMENTE SE EXCLUYE:

- 1. LA HOSPITALIZACIÓN ORIGINADA POR CHEQUEOS DE CONTROL O COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y COMPLICACIONES DE POSTPARTO.**
- 2. LA HOSPITALIZACIÓN EN UN ESTABLECIMIENTO QUE NO LLENE 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.**

CONDICIÓN TERCERA -PAGO DE SINIESTROS

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

Cualquier desistimiento que reciba **LA COMPAÑÍA** de la persona Asegurada, del Beneficiario, o de sus representantes personales, respecto de cualquier beneficio cubierto y/o pagado bajo esta póliza, será considerado como una exoneración final y completa de toda responsabilidad de **LA COMPAÑÍA** con respecto a dicho beneficio.

La renta diaria por hospitalización, como valor asegurado previsto 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 noventa (90) días, para todos los periodos de hospitalización a consecuencia de una lesión ocurrida por un accidente cubierto por la presente póliza.

La renta diaria por hospitalización, para personas Aseguradas mayores de sesenta y cinco (65) años de edad, se realizará así: durante los primeros siete m días de hospitalización, el beneficio diario estará limitado a la mitad de la suma estipulada en el certificado del seguro.

CONDICIÓN CUARTA· 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 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, 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 siquiátricas; los lugares de reposo, convalecencia o descanso para ancianos, drogadictos o alcohólicos; los centros de cuidado intermedio; los lugares donde se proporcionan tratamientos naturistas o de estética.

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

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

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

EN LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES, SE APLICARÁN AL PRESENTE ANEXO LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE AMPARO Y LAS DISPOSICIONES DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

ANEXO DE RENTA MENSUAL POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

CONDICIÓN PRIMERA - AMPARO

LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO MENSUAL SEÑALADA EN EL CORRESPONDIENTE CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, SI A CONSECUENCIA DA UN ACCIDENTA AMPARADO Y OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA INGRESA COMO PACIENTE INTERNO A UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA, COMO MÍNIMO POR 4 DÍAS, SIN EXCEDER DE TRES (3) MESES, 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.

CONDICIÓN SEGUNDA- EXCLUSIONES

APLICAN A ESTE ANEXO LAS MISMAS EXCLUSIONES PREVISTAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE, EXCEPTO LAS ESTABLECIDAS EN LOS LITERALES G, H, I, K Y L. ADICIONALMENTE SE EXCLUYE:

- 1. LA HOSPITALIZACIÓN ORIGINADA POR CHEQUEOS DE CONTROL O COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y COMPLICACIONES DE POSTPARTO.**
- 2. LA HOSPITALIZACIÓN EN UN ESTABLECIMIENTO QUE NO LLENE 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.**

CONDICIÓN TERCERA -PAGO DE SINIESTROS

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

Cualquier desistimiento que reciba **LA COMPAÑÍA** de la persona Asegurada, del Beneficiario, o de sus representantes personales, respecto de cualquier beneficio cubierto y/o pagado bajo esta póliza, será considerado como una exoneración final y completa de toda responsabilidad de **LA COMPAÑÍA** con respecto a dicho beneficio.

Para todos los períodos de hospitalización a consecuencia de una lesión ocurrida por un accidente cubierto por la presente póliza la renta mensual por hospitalización, como valor asegurado previsto en la solicitud-certificado individual de seguro, se pagará al Asegurado a partir del quinto día de permanencia del Asegurado en el hospital por un período que no exceda los tres (3) meses, sin que la indemnización superé más de un pago por mes. En caso de presentarse más de una hospitalización igualmente aplica la condición de permanencia mínima en el hospital de cuatro días, salvo que la hospitalización sea continua hasta agotar la suma asegurada por los tres meses contratados.

PARÁGRAFO PRIMERO: Por voluntad del Asegurado, el pago de la suma asegurada tendrá destinación específica para el Pago de las facturas de telefonía móvil a cargo del Asegurado y se pagará a la empresa de telecomunicaciones, a través del Tomador del seguro, en una sola cuota dentro del mes siguiente a aquel en que se acredite la ocurrencia del siniestro.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Si al Asegurado amparado no tiene obligaciones insolutas con la empresa de telecomunicaciones, la suma asegurada será pagadera directamente al Asegurado.

CONDICIÓN CUARTA- 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 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, 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 siquiátricas; los lugares de reposo, convalecencia o descanso para ancianos, drogadictos o alcohólicos; los centros de cuidado intermedio; los lugares donde se proporcionan tratamientos naturalistas o de estética.

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 de la vigencia de este anexo. 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 periodo de doce (12) meses consecutivos.

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

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

MES: Conjunto de días consecutivos en que se divide cada una de las doceavas partes en que se divide el año.

EN LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES, SE APLICARÁN AL PRESENTE ANEXO LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE AMPARO Y LAS DISPOSICIONES DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

**ANEXO - PARTE INTEGRAL DE LA PÓLIZA DE
ACCIDENTES PERSONALES APT 9602**

TOMADOR: MOVISTAR

1. AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL

LA COMPAÑÍA PAGARA EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO, LA SUMA PACTADA EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, COMO AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL CUANDO 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 ESTE AMPARO APLICAN TODAS LAS CONDICIONES EXPRESADAS EN EL AMPARO DE BÁSICO DE MUERTE ACCIDENTAL.

2. PARA LOS AMPAROS DE MUERTE ACCIDENTAL O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE SE CUBREN LOS ACCIDENTES EN MOTOCICLETAS Y BICICLETAS AL 50% DEL VALOR ASEGURADO ESTIPULADO EN EL CUADRO DE BENEFICIOS PARA ESTAS COBERTURAS.

EN LO NO PREVISTO EN ESTE ANEXO, SE APLICARAN AL AMISMO, LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO. ASÍ MISMO SE REGISTRÁN 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-CLACHUBB20160174

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

30/08/2015-1305-NT-31-APITPAFORMANT002

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

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