

CHUBB®

**ACCIDENTES PERSONALES
PROTECCION PLAN DOBLE (100)**

01/11/2016-1305-P-31-CLACHUBB20160175
30/08/2015-1305-NT-31-APMAFORMANT00002
30/08/2015-1305-NT-31-APITPAFORMANT002
30/08/2015-1305-NT-31-APRDHFORMANT0002

CONDICIONES GENERALES

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ LA COMPAÑÍA CON SUJECCIÓN A LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA SOLICITUD PRESENTADA POR EL TOMADOR, EN LAS INDIVIDUALES PRESENTADAS POR LOS ASEGURADOS (SIENDO INCLUIDAS LAS INFORMACIONES SUMINISTRADAS A TRAVÉS DEL MERCADERO 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, UNA VEZ ACREDITE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO.

CONDICIÓN PRIMERA- AMPARO BASICO.

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, Y QUE PUEDEN OCASIONAR LA MUERTE REAL O PRESUNTA DEL ASEGURADO.

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 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 OCHO) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA FECHA DEL ACCIDENTE.

AMPARO ESPECIFICO 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 A CONTINUACIÓN SEÑALADOS, 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 RIO, LAGO O MAR.

C. LA DESAPARICIÓN COMO CONSECUENCIA DEL EXTRAVÍO, CAÍDA, EXPLOSIÓN, NAUFRAGIO O ENCALLADURA DE CUALQUIERVEHÍCULO, RESPECTO DELCUALNO EXISTA EXCLUSIÓN EXPRESA DE COBERTURA.

CONDICIÓN SEGUNDA AMPAROS ADICIONALES.

PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE SEGURO Y CON SUJECIÓN 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.

CONDICIÓN TERCERA – EXCLUSIONES.

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

A. SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIONES AUTO INFLINGIDAS, BIEN SEA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE O NO 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. EN LA PRÁCTICA, ENTRENAMIENTO O PARTICIPACIÓN EN COMPETENCIAS CORRESPONDIENTES A DEPORTES COMO EL BUCEO, ALPINISMO O ESCALAMIENTO EN MONTAÑAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO Y, EN GENERAL, LA PRÁCTICA DE DEPORTES DE MANERA PROFESIONAL.

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, MOTIN, HUELGA,

ACTOS DE MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS O DE PERSONAS AL MARGEN DE LA LEY Y, EN GENERAL, CUALQUIER CLASE DE CONMOCIÓN CIVIL O POPULAR.

E. LAS LESIONES O MUERTE DEL ASEGURADO POR HABER INGERIDO DROGAS TÓXICAS O ALUCINÓGENOS O POR INGESTIÓN DE ESTUPEFACIENTES. O CUANDO LA PERSONA ASEGURADA CONDUZCA CUALQUIER CLASE DE VEHÍCULO ESTANDO BAJO EFECTOS DEL ALCOHOL.

F. CUANDO EL ACCIDENTE ES CONSECUENCIA DE HABER INFRINGIDO CUALQUIER NORMA LEGAL POR PARTE DEL ASEGURADO.

G. 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.

H. LA CAUSADA EN ACCIDENTE DE AVIACIÓN, CUANDO EL ASEGURADO VIAJE COMO PILOTO O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN DE CUALQUIER AERONAVE, ES DECIR, SALVO QUE VUELE COMO PASAJERO EN UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS, PAGANDO TIQUETE.

I. LA LESIÓN O MUERTE ORIGINADA EN INFECCIONES PRODUCIDAS POR PICADURAS DE INSECTOS TALES COMO MALARIA, TIFO O FIEBRE AMARILLA.

J. 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.

K. LA ORIGINADA COMO CONSECUENCIA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA SIDA. O LAS ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL VIRUS VIH.

L. LA LESIÓN O MUERTE DEBIDA AL ESTADO DE GESTACIÓN, ALUMBRAMIENTO, ABORTO O COMPLICACIONES SUFRIDAS A CAUSA DE CUALQUIERA DE ESTOS ESTADOS.

PARÁGRAFO: 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: 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 que se encuentren amparados por la presente póliza.

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, reglamentaria o contractual con una persona jurídica, asociación, sociedad u organización con la cual tengan relaciones estables de la misma naturaleza y cuyo vínculo no tenga como relación exclusiva el propósito de celebrar el presente contrato de seguro.

CONDICIÓN SEXTA -VALOR Y AJUSTE DE PRIMAS

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

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 mora en el pago de la prima o de cualquier cuota si la prima anual ha sido fraccionada.
3. Por vencimiento y no renovación de la póliza a la cual accede el certificado individual de seguro.
4. Por dejar de pertenecer al grupo asegurado.
5. Por revocación de la póliza por el tomador o del seguro individual por parte del asegurado.
6. 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 cumpla setenta años.
7. Cuando **LA COMPAÑÍA** pague la suma asegurada correspondiente a 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**.

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 envió.

CONDICIÓN OCTAVA -PAGO DE LA PRIMA.

La presente póliza tiene el carácter de seguro contributivo, es decir, la totalidad de la prima es sufragada por los integrantes del grupo Asegurado, por lo que le corresponde a cada Asegurado proveer los recursos necesarios para que el Tomador 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 que aparece en la solicitud - certificado de seguro.

El pago de la primera cuota de la prima debe realizarse dentro de los setenta y cinco (75) 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 respecto de los eventos que ocurran con posterioridad al vencimiento de dichos plazos.

CONDICIÓN NOVENA - 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 referido a la cobertura individual, respecto de cualquiera de los integrantes del grupo asegurado.

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 culpa hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o reticencia proviene de error inculpable del asegurado o del tomador, el contrato de seguro no será nulo, pero **LA COMPAÑÍA** sólo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación 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.

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 -DESIGNACION 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.

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 PRIMERA – SINIESTROS.

En caso de siniestro que pueda dar lugar a la reclamación bajo la presente póliza, el Asegurado y/o el Beneficiario según el caso, deberá dar aviso a **LA COMPAÑÍA** de la ocurrencia del siniestro, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, a la fecha de producirse.

Para que **LA COMPAÑÍA** efectúe el pago de la suma asegurada correspondiente a la presente póliza, el asegurado o los beneficiarios, según sea el caso, presentarán pruebas fehacientes que demuestren la ocurrencia del hecho amparado. Sin embargo, **LA COMPAÑÍA** podrá comprobar la veracidad y exactitud de tales pruebas, teniendo derecho y oportunidad, a través de sus médicos, de examinar a la persona asegurada mientras dure la reclamación o se encuentre pendiente una reclamación contra la presente póliza.

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

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

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA -REVOCACIÓN DEL CONTRATO.

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

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA – PRESCRIPCIÓN.

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

CONDICIÓN DÉCIMA 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 frente a **LA COMPAÑÍA**, la cual quedará definitivamente liberada de cualquier responsabilidad 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 - EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA.

Las edades de ingreso y permanencia para los amparos ofrecidos por esta póliza serán los siguientes, de acuerdo con el tipo de consecuencia que genere para el Asegurado el accidente sufrido y amparado por esta póliza y sus anexos:

AMPARO	INGRESO	PERMANENCIA
Muerte accidental real o presunta	De 18 a 65 años	Hasta los 69 años.
Incapacidad total y permanente por accidente	De 18 a 65 años	Hasta los 65 años.
Renta por hospitalización por accidente o enfermedad	Hasta los 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 el certificado de seguro, 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 **LA COMPAÑÍA** la establecida en la carátula de la póliza.

ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

CONDICIONES GENERALES.

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. 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 PERJUICIO 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 COMPAÑIA 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-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 COMPAÑIA** quedará libre de cualquier responsabilidad.

CONDICIÓN CUARTA - RECLAMACIÓN Y PAGO DE LA SUMA ASEGURADA

El Asegurado o Beneficiario deberán dar noticia a **LA COMPAÑIA** 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 el 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 COMPAÑIA** 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 COMPAÑIA** sea de cualquier manera fraudulenta o si en apoyo de ella se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o documentos engañosos o cualquier otro medio doloso para sustentarla.

EN LO NO PREVISTO EN ESTE ANEXO, SE APLICARAN AL MISMO LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO Y LAS DISPOSICIONES DEL CODIGO DE COMERCIO.

ANEXO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO LA SUMA DIARIA SEÑALADA EN EL CORRESPONDIENTE CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, SI A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO O UNA ENFERMEDAD O LESIÓN DIAGNOSTICADA O SUFRIDA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, EL ASEGURADO INGRESA COMO PACIENTE 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.

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 Y H, 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 PRIMERA -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 PERIODO QUE NO EXCEDA LOS NOVENTA (90) DÍAS, PARA TODOS LOS PERÍODOS DE HOSPITALIZACIÓN A CONSECUENCIA DE UNA LESIÓN OCURRIDA POR UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD CUBIERTA 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 (7) DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN, EL BENEFICIO DIARIO ESTARÁ LIMITADO A LA MITAD DE LA SUMA ESTIPULADA EN EL CERTIFICADO DEL SEGURO.

CONDICIÓN SEGUNDA -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 para clínicas.

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 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 intracardiaca (marcapasos temporales y definitivos) y equipos de desfibrilación, nebulizadores y otros.

DIA: 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 APLICARAN AL MISMO LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO Y LAS DISPOSICIONES DA CODIGO DE COMERCIO.

ANEXO DE RENTA MENSUAL POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

PAGO DE MEDICAMENTOS

CONDICIONES GENERALES.

LA COMPAÑÍA ACUERDA ASUMIR A TRAVÉS DEL PRESENTE AMPARO Y PREVIO PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE, SEÑALADA EN LA SOLICITUD CERTIFICADO DE SEGURO 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.

DEFINICIÓN.

Para efectos del presente amparo, **LA COMPAÑÍA** indemnizará la suma mensual, para compra de medicamentos, señalada en el correspondiente certificado individual de seguro, si a consecuencia de un accidente amparado o una enfermedad o lesión diagnosticada o sufrida durante la vigencia de la póliza el asegurado ingresa como paciente interno a una institución hospitalaria, como mínimo por 8 días, sin exceder de tres meses.

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. ADICIONALMENTE SE EXCLUYE:

L. 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 PRIMERA -O 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.

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-CLACHUBB20160175
30/08/2015-1305-NT-31-APMAFORMANT00002
30/08/2015-1305-NT-31-APITPAFORMANT002
30/08/2015-1305-NT-31-APRDHFORMANT0002