

Chubb Seguros Colombia S.A. Bogotá D.C., Colombia
NIT: 860.026.518-6 O +(571) 319 0300
Calle 72 #10-51 Piso 7 F +(571) 319 0408

CHUBB®

PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES MODALIDAD COLECTIVA

03/04/2018-1305-P-31-CLACHUBB20180006-D001

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

CONDICIONES GENERALES:

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ "LA COMPAÑÍA" O "CHUBB", CON SUJECCIÓN A LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, EN LOS CERTIFICADOS QUE SE EXPIDAN EN RELACIÓN CON ELLA Y A LAS SOLICITUDES DE SEGURO (LAS CUALES SE ENTIENDEN INCORPORADAS AL PRESENTE CONTRATO), HA CONVENIDO CELEBRAR UN CONTRATO DE SEGURO QUE AMPARE HASTA EL LÍMITE ASEGURADO, ESTABLECIDO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGUROS, LA PÉRDIDA ACCIDENTAL DE LA VIDA DEL ASEGURADO. EL CONTRATO DE SEGURO OPERA DE CONFORMIDAD CON LAS CONDICIONES Y EXCLUSIONES QUE SE DESCRIBEN A CONTINUACIÓN.

CONDICIÓN PRIMERA - AMPARO BÁSICO - PÉRDIDA ACCIDENTAL DE LA VIDA.

MEDIANTE ESTE AMPARO LA COMPAÑÍA ASUME EL RIESGO DE MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO, TAL COMO SE DEFINE MÁS ADELANTE EN LA CONDICIÓN CUARTA.

CONDICIÓN SEGUNDA – AMPAROS ADICIONALES.

EL ASEGURADO PODRÁ CONTRATAR LOS AMPAROS ADICIONALES OFRECIDOS PARA ESTA PÓLIZA, DETERMINANDO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO O EN EL CUADRO DE COBERTURAS CUÁL DESEA ADQUIRIR.

LA DESCRIPCIÓN DE LOS AMPAROS ADICIONALES Y COBERTURAS SON LAS ESTIPULADAS EN LOS RESPECTIVOS ANEXOS.

LAS EXCLUSIONES ESPECIALES DE LOS AMPAROS ADICIONALES SE HARÁN CONSTAR EN EL ANEXO DE DICHO AMPARO, DEL MISMO MODO Y EN LO PERTINENTE, TAMBIÉN LES SERÁN APLICABLES LAS EXCLUSIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

CONDICIÓN TERCERA – EXCLUSIONES.

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

- A. ACCIDENTE DE AVIACIÓN, CUANDO EL ASEGURADO VIAJE COMO PILOTO O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN DE CUALQUIER AERONAVE, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AERONAVE DE LINEA COMERCIAL PARA TRANSPORTE DE PASAJEROS.**
- B. ACCIDENTE DE AVIACIÓN CUANDO EL ASEGURADO VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AERONAVE DE LINEA NO COMERCIAL PARA TRANSPORTE DE PASAJEROS.**
- C. ACCIDENTES QUE LA PERSONA ASEGURADA O LOS BENEFICIARIOS, POR ACCIÓN U OMISIÓN, PROVOQUEN DOLOSAMENTE O CON CULPA GRAVE.**
- D. ACCIONES DE TERCERAS PERSONAS, CON UTILIZACIÓN DE ARMA DE FUEGO, CORTO PUNZANTE O CONTUNDENTE.**
- E. DEDICARSE EL ASEGURADO A PRACTICAR, COMPETIR O TOMAR PARTE EN ENTRENAMIENTOS PROPIOS DE DEPORTES CONSIDERADOS EN LA LITERATURA MUNDIAL COMO DE ALTO RIESGO, TALES COMO BUCEO, ALPINISMO O ESCALADA EN ROCA, MONTAÑISMO, ESCALADA EN HILO DONDE SE HAGA USO DE SOGAS O GUÍAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, CARRERAS DE AUTOS O QUE SE DEDIQUE PROFESIONALMENTE A ALGÚN DEPORTE.**
- F. ENCONTRARSE EL ASEGURADO EN SERVICIO ACTIVO Y EN EJERCICIO DE SUS FUNCIONES, COMO MILITAR, POLICÍA MIEMBRO DE ORGANISMO DE SEGURIDAD, DE INTELIGENCIA, GUARDAESPALDAS O VIGILANTE DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD.**
- G. ENFERMEDADES DE CUALQUIER NATURALEZA, SALVO QUE LAS MISMAS HAYAN SIDO ORIGINADAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO EN LA PÓLIZA.**
- H. ESTADO DE GESTACIÓN, ALUMBRAMIENTO, ABORTO O COMPLICACIONES SUFRIDAS A CAUSA DE CUALQUIERA DE ESTOS ESTADOS.**
- I. GUERRA, INVASIÓN O ACTO DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES DE GUERRA, HAYA MEDIADO O NO DECLARACIÓN, GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN, ASONADA, MOTÍN, HUELGA, MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS O EN GENERAL CUALQUIER CLASE DE CONMOCIÓN CIVIL.**
- J. HABER INGERIDO EL ASEGURADO DROGAS TÓXICAS, ALUCINÓGENOS O INGESTIÓN DE ESTUPEFACIENTES O CUANDO LA PERSONA ASEGURADA CONDUZCA CUALQUIER CLASE DE VEHÍCULO ESTANDO BAJO EFECTOS DEL ALCOHOL ETÍLICO.**
- K. HABERSE INFRINGIDO CUALQUIER NORMA LEGAL PENAL POR PARTE DEL ASEGURADO.**
- L. INFECCIONES PRODUCIDAS POR PICADURAS DE INSECTOS TALES COMO MALARIA, TIFO, FIEBRE AMARILLA.**
- M. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O CONSECUENCIAS DERIVADAS DE ELLAS, SALVO QUE LAS MISMAS HAYAN SIDO ORIGINADAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO EN LA PÓLIZA.**
- N. SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO, LESIONES AUTO INFLINGIDAS, BIEN QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ALGÚN ESTADO DE DEMENCIA O ENAJENACIÓN MENTAL.**
- O. TRATAMIENTOS MÉDICOS O RAYOS X, CHOQUES ELÉCTRICOS ETC., SALVO QUE LAS MISMAS HAYAN SIDO ORIGINADAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO EN LA PÓLIZA.**

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

DUPLICIDAD DE PÓLIZAS

EL ASEGURADO SÓLO PODRÁ TENER UNA COBERTURA CON LA COMPAÑÍA, RESPECTO DE UN MISMO AMPARO DE ESTA PÓLIZA DE SEGURO. EN CASO DE TENER MÁS DE UNA COBERTURA CON LA COMPAÑÍA, RESPECTO DE UN MISMO AMPARO DE ESTA PÓLIZA DE SEGURO, ELLO NO

LE DARÁ DERECHO A EXIGIR MÁS DE UNA SUMA ASEGURADA.

SI LA COMPAÑÍA EXPIDE CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE SEGURO ADICIONALES RESPECTO DEL MISMO ASEGURADO Y OCURRE UN SINIESTRO, SE CONSIDERARÁ A ESTA PERSONA ASEGURADA SOLAMENTE CON BASE EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO QUE LE PROPORCIONE EL MAYOR BENEFICIO. LA COMPAÑÍA DEVOLVERÁ, EN TAL CASO, EL VALOR DE LAS PRIMAS NO DEVENGADAS QUE HAYAN SIDO PERCIBIDAS CON BASE EN LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE SEGURO DE MENOR BENEFICIO.

CONDICIÓN CUARTA – DEFINICIONES.

Para efectos de interpretación de esta póliza, se definen los términos utilizados, los cuales serán interpretados cada vez que ellos aparezcan, en la forma señalada a continuación:

MUERTE ACCIDENTAL: El fallecimiento del asegurado que sea consecuencia exclusiva y directa de un accidente, ocurrido dentro de la vigencia de la cobertura individual del seguro, entendido éste como un hecho externo a la corporeidad del asegurado y a su voluntad, súbito y fortuito, que le cause la muerte de manera instantánea o dentro de los ciento ochenta (180) días calendario siguientes a la fecha del accidente.

DESAPARECIMIENTO: Para todos los efectos del presente amparo básico, se entenderá también como muerte accidental del asegurado, cuando ocurra alguno de los eventos que a continuación se señalan, y den origen a la declaración judicial de muerte presunta por desaparición con arreglo a la ley colombiana:

- A. Desaparición en catástrofes naturales tales como terremotos, inundaciones, maremotos.
- B. Desaparición en un río, lago, o mar.
- C. Desaparición como consecuencia del extravío, caída, explosión, naufragio o encalladura de cualquier vehículo, respecto del cual no exista exclusión expresa de cobertura.

CONDICIÓN QUINTA – TOMADOR.

Para efectos de esta póliza, en los términos del artículo 1039 del Código de Comercio, el Tomador es la persona que ha convenido con LA COMPAÑÍA el seguro para un tercero determinado o determinable.

CONDICIÓN SEXTA – SEGURO COLECTIVO.

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

CONDICIÓN SÉPTIMA. –REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.

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

CONDICIÓN OCTAVA – EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA.

Las edades de ingreso y permanencia para el amparo básico serán los siguientes, salvo que expresamente se modifiquen por condición particular mediante anexo convenido entre las partes:

Amparo	Ingreso	Permanencia
Muerte Accidental	De 18 a 65 años más 364 días.	Hasta los 70 años más 364 días.

CONDICIÓN NOVENA – VIGENCIA.

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

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

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

El valor de la prima se reajustará según lo establecido en el certificado individual de seguro.

Con el fin de salvaguardar el principio técnico de suficiencia de la prima, LA COMPAÑÍA podrá incrementar el valor de la prima, a través de notificación previa por el canal previamente autorizado, dirigida a los asegurados individualmente considerados.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA – PAGO DE LA PRIMA.

Póliza Colectiva No Contributiva: El Tomador es responsable del pago de la totalidad de las primas según se estipula en la carátula 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 carátula de la póliza o el certificado individual de seguro.

Para las dos modalidades de seguro: **i)** Si llegase a ocurrir algún siniestro antes del vencimiento del plazo para el pago de la prima, la COMPAÑÍA pagará el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas causadas y pendientes de pago. **ii)** Si las primas o sus cuotas no fueran pagadas dentro del plazo, se producirá la terminación automática del contrato de seguro. **iii)** El plazo para el pago de las primas o de sus cuotas será de un mes contado a partir del inicio de vigencia, a menos que el certificado individual de seguro disponga otro término o por condición particular se pacte otra modalidad de pago.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA – DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.

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

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

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

En caso de siniestro que pueda dar lugar a la reclamación bajo la presente póliza, el Asegurado y/o Beneficiario según corresponda, deberán dar aviso a LA COMPAÑÍA de la ocurrencia del mismo, dentro del mes siguiente a la fecha de este.

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

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

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

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

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

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA – DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE.

En el seguro de accidentes personales, corresponde a cada asegurado declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo. La reticencia o la inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidos por LA COMPAÑÍA la hubiere retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del contrato de seguro.

En caso de presentarse alguna de las condiciones consagradas en el artículo 1058 del Código de Comercio, que pudiera dar lugar a las sanciones allí consagradas, éstas sólo afectarán al asegurado que se encuentre en tal condición y no producirá efectos respecto de los demás asegurados en las pólizas colectivas.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA - REVOCACIÓN DEL CONTRATO.

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

El Tomador o el Asegurado en las pólizas contributivas, serán responsables en tal caso de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de la revocación. Si las primas ya se hubieren pagado, LA COMPAÑÍA reintegrará al asegurado las primas recibidas no devengadas.

Por su parte LA COMPAÑÍA también podrá revocar las coberturas individuales de seguro para lo cual deberá notificar al asegurado mediante noticia escrita enviada a la última dirección registrada de su domicilio, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha del envío. Si las primas ya se hubieren pagado, LA COMPAÑÍA reintegrará al asegurado las primas recibidas no devengadas.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA - TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL.

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

- A. Por muerte del Asegurado.
- B. Por falta de pago de la prima
- C. Por vencimiento y no renovación de la póliza, a la cual accede el certificado de seguro individual del asegurado.
- D. Por revocación del seguro por parte de cada integrante del seguro colectivo en los seguros contributivos, o parte del Tomador en los seguros no contributivos.
- E. Por revocación del seguro por la COMPAÑÍA.
- F. Por haber cumplido el asegurado la edad máxima de permanencia pactada en la póliza para el amparo básico.
- G. Cuando LA COMPAÑÍA paga la indemnización por la afectación de uno o varios amparos que agoten el valor máximo del seguro.

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA– INTRANSFERIBILIDAD.

La presente póliza no será transferible y por lo tanto ningún depósito, traspaso, acto o contrato semejante, podrá producir efectos respecto a LA COMPAÑÍA, la cual quedará definitivamente liberada por virtud de los recibos expedidos por El Asegurado o por quienes lo representen en caso de sucesión, cuando aquel haya fallecido. Así mismo, esta cláusula será aplicable a todos los anexos que accedan la presente póliza.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA - LÍMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD POR EVENTO CATASTRÓFICO.

Cuando la presente póliza otorgue cobertura para un número plural de asegurados, LA COMPAÑÍA no será responsable en ningún caso, por suma alguna en exceso del límite agregado de responsabilidad estipulado. Si la totalidad de las sumas que individualmente hubiere debido pagar LA COMPAÑÍA a consecuencia de un solo accidente, excediera del expreso límite agregado de responsabilidad pactado en condición particular, LA COMPAÑÍA pagará a cada asegurado que hubiere sido afectado por tal accidente, la suma que proporcionalmente le corresponda con relación al límite agregado de responsabilidad por evento catastrófico.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA– PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS.

En caso de ser necesario de conformidad con lo establecido por la Superintendencia Financiera de Colombia, el Asegurado se obliga con LA COMPAÑÍA a diligenciar con datos ciertos y reales el formato que para tal menester se presente y a suministrar los documentos que se soliciten como anexo, al inicio de la póliza y al momento de la renovación de la misma.

CONDICIÓN VIGÉSIMA– PRESCRIPCIÓN.

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

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

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

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA– NORMAS SUPLETORIAS.

En todo lo no previsto en las presentes condiciones específicas, este contrato se regirá por las disposiciones legales del Código de Comercio Colombiano.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA – NOTIFICACIONES.

Salvo el aviso de siniestro, cualquier declaración que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá consignarse por escrito y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío escrito por servicio postal autorizado en Colombia dirigido a la última dirección registrada por las partes.

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCER - DOMICILIO.

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

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.

**ANEXO DE DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE A LA PÓLIZA ACCIDENTES
PERSONALES- MODALIDAD COLECTIVA VIGENCIA MENSUAL**

03/04/2018-1305-A-31-ANEXCHUBB0000001-D001
30/08/2015-1305-NT-A-31-APDAFORMANT00002

EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL DE DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE, HACE PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES, SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA INCLUIDO EN EL CUADRO DE AMPAROS DE LA SOLICITUD CERTIFICADO DE SEGURO, SUS MODIFICACIONES O RENOVACIÓN, DE ACUERDO CON EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO, QUEDANDO SUJETO A TODOS LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y EXCEPCIONES SEÑALADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE DICHO SEGURO JUNTO CON LAS QUE A CONTINUACIÓN SE ESTIPULAN.

**CONDICIÓN PRIMERA – AMPARO ADICIONAL DE
DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE. MEDIANTE ESTE AMPARO**

**LA COMPAÑÍA ASUME EL RIESGO DE DESMEMBRACIÓN
ACCIDENTAL DEL ASEGURADO, TAL COMO SE DEFINE MÁS
ADELANTE EN LA CONDICIÓN TERCERA.**

CONDICIÓN SEGUNDA –EXCLUSIONES.

**EN ADICIÓN A LAS EXCLUSIONES ESTABLECIDAS PARA LA PÓLIZA
DE ACCIDENTES PERSONALES A LA QUE ACCEDE EL PRESENTE
ANEXO, ÉSTE NO AMPARA LA MONOPLEJÍA.**

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

CONDICIÓN TERCERA - DEFINICIONES.

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

DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL: La amputación traumática, quirúrgica o la inhabilidad funcional total y definitiva del órgano lesionado accidentalmente como consecuencia de un accidente amparado por la póliza y no excluido por ella, que se produzca de manera instantánea o dentro de los ciento ochenta (180) días a la ocurrencia del accidente.

INHABILIDAD FUNCIONAL TOTAL Y DEFINITIVA: Es la deficiencia igual o mayor al 75% de la estructura del miembro en mención, no de la persona global, acorde con la calificación realizada, sobre la base del Decreto No. 1507 de 2014 o norma que los modifique, sustituya o adicione.

PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISTA: Es aquella imposibilidad total de percibir la luz.

PÉRDIDA TOTAL DE LA AUDICIÓN: Es la imposibilidad total de percibir sonidos a través del órgano de la audición.

HABLAR: Es la facultad que tienen las personas naturales de expresarse a través de sonidos reconocibles como lenguaje o idioma.

PÉRDIDA TOTAL DEL HABLA: Es la ausencia de la facultad de hablar.

PARÁLISIS CORPORAL: Es la pérdida o disminución de la función motora que produce incapacidad para mover uno o más grupos musculares (parálisis).

MONOPLEJÍA: Parálisis de un miembro o de un sólo grupo muscular

HEMIPLEJIA: Parálisis de un lado del cuerpo (miembro superior e inferior de un mismo lado del cuerpo humano)

PARAPLEJIA: Parálisis de las piernas y de la parte inferior del cuerpo; parálisis bilateral que afecta ambos lados del cuerpo humano.

TETRAPLEJIA: Parálisis de las cuatro extremidades.

CONDICIÓN CUARTA – EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA.

Las edades de ingreso y permanencia para el amparo de Desmembración por Accidente serán las siguientes, salvo que expresamente se modifiquen por condición particular mediante anexo convenido entre las partes:

Amparo	Ingreso	Permanencia
Desmembración Por Accidente	De 18 a 65 años más 364 días.	Hasta los 70 años más 364 días.

CONDICIÓN QUINTA – SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL.

La suma asegurada correspondiente a cada uno de los integrantes del colectivo asegurado, se considerará individualmente de acuerdo con la forma indicada en el listado o en el certificado individual de seguro, según corresponda. Los porcentajes señalados en la tabla prevista en el presente anexo, se aplicarán sobre la suma asegurada contratada para cada asegurado en el momento de la ocurrencia del siniestro.

CONDICIÓN SEXTA – RECLAMACIONES POR DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL Y TABLA DE INDEMNIZACIONES.

Para que LA COMPAÑÍA proceda al pago de la indemnización por el presente amparo, el Asegurado, deberá acreditar la ocurrencia del siniestro, aportando las pruebas fehacientes, que demuestren la existencia del hecho amparado.

La indemnización al asegurado, previa comprobación del hecho, será el valor correspondiente señalado a continuación, acorde a la lesión sufrida y según la tabla de porcentajes aplicada a la suma asegurada determinada así:

POR PÉRDIDA TOTAL DE LA VISTA EN AMBOS OJOS	100%
POR PÉRDIDA TOTAL DE LA VISTA EN UN OJO	50%
POR PÉRDIDA TOTAL PERMANENTE DE LA AUDICIÓN EN TODAS LAS FRECUENCIAS EN LOS DOS OÍDOS	100%
POR PÉRDIDA TOTAL PERMANENTE DE LA AUDICIÓN EN TODAS LAS FRECUENCIAS EN UN OÍDO	50%
POR PÉRDIDA TOTAL DEL HABLA	100%
POR PARÁLISIS CORPORAL E IRREMEDIABLE (Hemiplejia, Paraplejia y tetraplejia únicamente)	100%
POR AMPUTACIÓN O INHABILIDAD TOTAL O FUNCIONAL DE DOS O MAS MIEMBROS (POR MIEMBRO SE ENTIENDE BRAZO, PIERNA, MANO O PIE)	100%
POR AMPUTACIÓN DE UN PIE	50%
POR AMPUTACIÓN DEL DEDO GRANDE DEL PIE	6%
POR AMPUTACIÓN DE CUALQUIER OTRO DEDO DEL PIE.	2%
POR AMPUTACIÓN TOTAL DEL BRAZO:	DERECHO 50% IZQUIERDO 50%
POR AMPUTACIÓN TOTAL DE UNA MANO O EL ANTEBRAZO:	DERECHO 60% IZQUIERDO 40%
POR AMPUTACIÓN DEL PULGAR:	DERECHO 20% IZQUIERDO 15%.
POR AMPUTACIÓN DE DOS FALANGES PULGAR	DERECHO 20% IZQUIERDO 15%
POR AMPUTACIÓN DE UNA FALANGE DEL PULGAR	DERECHO 20% IZQUIERDO 15%
POR AMPUTACIÓN DE TRES FALANGES DE CUALQUIER OTRO DEDO DE LA MANO :	DERECHA 10% IZQUIERDA 7%
POR AMPUTACIÓN DE DOS FALANGES DE CUALQUIER OTRO DEDO DE LA MANO :	DERECHA 8% IZQUIERDA 6%
POR AMPUTACIÓN DE UNA FALANGE DE CUALQUIER OTRO DEDO DE LA MANO	DERECHA 5% IZQUIERDA 3%

PARÁGRAFO: Para efectos de aplicación de la tabla anterior, se entenderá como pérdida o amputación de:

- A. La mano: amputación ocurrida por la muñeca.
- B. El antebrazo: la amputación sufrida hasta el codo.
- C. El brazo: la amputación por arriba del codo.
- D. El pie: amputación por la articulación del cuello del pie.
- E. El dedo: amputación por las articulaciones metacarpianas por encima de ellas.
- F. Si el asegurado es zurdo, los porcentajes por pérdidas en el lado derecho e izquierdo se invertirán.

CONDICIÓN SÉPTIMA – DEDUCCIONES.

La indemnización Desmembración Accidental no es acumulable al amparo básico del seguro de Accidentes Personales ni al amparo de Incapacidad Total y Permanente, y por lo tanto una vez pagada una indemnización de la tabla de indemnizaciones se deducirá el porcentaje pagado del valor asegurado del amparo básico de la póliza de Accidentes Personales.

En caso de que por un mismo accidente se presentasen varias pérdidas, los pagos por estas varias perdidas, se calcularán sumando las cantidades correspondientes a cada una de ellas, sin exceder el valor asegurado respectivo por desmembración.

CONDICIÓN OCTAVA – TERMINACIÓN DEL AMPARO ADICIONAL DE DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE.

Los beneficios concedidos por el presente amparo adicional, terminarán para cada Asegurado individualmente considerado, al vencimiento de la vigencia más próxima a la fecha en que cumpla setenta (70) años más 364 días, o cuando se produzca el pago de la reclamación por el amparo Básico de Accidentes Personales.

EN LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, SE APLICARÁN AL PRESENTE AMPARO ADICIONAL LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES LA PÓLIZA DE SEGURO A LA CUAL ACCEDE ESTE ANEXO ASI MISMO SE REGIRÁN POR LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

**ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE A LA
PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES - MODALIDAD COLECTIVA
VIGENCIA MENSUAL**

03/04/2018-1305-A-31-ANEXCHUBB0000002-D001
30/08/2015-1305-NT-A-31-APITPAFORMANT002

EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE, HACE PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES, SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA INCLUIDO EN EL CUADRO DE AMPAROS DE LA SOLICITUD CERTIFICADO DE SEGURO, SUS MODIFICACIONES O RENOVACIÓN, DE ACUERDO CON EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO, QUEDANDO SUJETO A TODOS LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y EXCEPCIONES SEÑALADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE DICHO SEGURO JUNTO CON LAS QUE A CONTINUACIÓN SE ESTIPULAN.

CONDICIÓN PRIMERA - AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE. MEDIANTE ESTE AMPARO LA COMPAÑÍA ASUME EL RIESGO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO POR ACCIDENTE TAL COMO SE DEFINE MÁS ADELANTE EN LA CONDICIÓN TERCERA.

CONDICIÓN SEGUNDA –EXCLUSIONES.

AL PRESENTE ANEXO SE LE APLICAN, EN LO PERTINENTE, TODAS LAS EXCLUSIONES DEL AMPARO BÁSICO.

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

CONDICIÓN TERCERA – DEFINICIONES

Para efectos de interpretación de cobertura de este amparo adicional, se definen los términos utilizados, los cuales serán interpretados cada vez que ellos aparezcan, en la forma señalada a continuación:

FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: Fecha en la que se genera en el individuo una pérdida en su capacidad laboral en forma permanente y definitiva. Para cualquier contingencia, esta fecha debe documentarse con la historia clínica, los exámenes clínicos y de ayuda diagnóstica y, puede ser anterior o corresponder a la fecha de calificación.

FECHA DE CALIFICACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: Momento en el cual queda en firme el dictamen emitido por la instancia competente sobre la pérdida de la capacidad laboral del Asegurado.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: Para todos los efectos exclusivos de este amparo, se entiende como incapacidad total y permanente por accidente la invalidez igual o superior al cincuenta por ciento (50%) sufrida por el Asegurado, cuya fecha de estructuración esté dentro de la vigencia del seguro, originada en lesiones físicas orgánicas o alteraciones funcionales no preexistentes y no causadas intencionalmente por éste, que se encuentra debidamente calificada por cualquiera de las Juntas de Calificación de Invalidez de las que trata la Ley 100 de 1993, establecidas legalmente en el territorio nacional.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente por accidente, se considerará también como tal en 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 pérdida total e irreparable de la audición o del habla.
- E) La demencia incurable, previa declaración judicial.

PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL: Pérdida o disminución de las habilidades, destrezas, aptitudes y/o potencialidades de orden físico, mental y social que le permiten desempeñarse en su trabajo habitual.

PORCENTAJE DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: Grado de pérdida de capacidad laboral.

PREEXISTENCIA: Se entiende por enfermedad, lesión o condición preexistente, aquella patología que ha sido diagnosticada o tratada con fecha anterior a la iniciación de la vigencia del amparo de cada asegurado. También se considera preexistente la enfermedad o lesión aparente a simple vista o que por sus síntomas o signos no pudiese pasar inadvertida.

CONDICIÓN CUARTA – PERSONAS ASEGURABLES.

Son personas asegurables bajo el presente amparo adicional el asegurado principal.

CONDICIÓN QUINTA - EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA.

Las edades de ingreso y permanencia para el amparo de Incapacidad Total y Permanente por Accidente serán las siguientes, salvo que expresamente se modifiquen por condición particular mediante anexo convenido entre las partes:

Amparo	Ingreso	Permanencia
Incapacidad Total y Permanente por Accidente	De 18 a 64 años más 364 días.	Hasta los 65 años más 364 días.

CONDICIÓN SEXTA –SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL.

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

CONDICIÓN SÉPTIMA - RECLAMACIONES POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE.

El Asegurado deberá acreditar la ocurrencia de la Incapacidad Total y Permanente por Accidente, mediante el dictamen de pérdida de capacidad laboral, emitido por la Junta de Calificación de Invalidez o alguna de las entidades que de conformidad con el Sistema de Seguridad Social reglamentado por la Ley 100 de 1993.

Dicha calificación debe indicar el porcentaje de la pérdida de la capacidad laboral y la fecha de estructuración de la incapacidad total y permanente. El porcentaje de pérdida de capacidad laboral debe ser superior al cincuenta (50%).

Previo al pago de la indemnización que corresponda bajo el presente amparo adicional, LA COMPAÑÍA podrá dentro del término legal para decidir la reclamación, exigir al Asegurado pruebas fehacientes y satisfactorias sobre la existencia o persistencia de la incapacidad total y permanente.

CONDICIÓN OCTAVA – DEDUCCIONES.

La indemnización por Incapacidad Total y Permanente por Accidente no es acumulable al amparo básico del seguro de Accidentes Personales, y por lo tanto una vez pagada la indemnización por dicha Incapacidad Total y Permanente por Accidente termina el Seguro para el Asegurado individualmente considerado.

CONDICIÓN NOVENA - TERMINACIÓN DEL AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE.

Los beneficios concedidos por el presente amparo adicional, terminarán para cada Asegurado individualmente considerado, al vencimiento de la vigencia más próxima a la fecha en que cumpla sesenta y cinco (65) años más 364 días, o cuando se produzca el pago de la reclamación por el amparo Básico de Accidentes Personales.

EN LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, SE APLICARÁN AL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO. ASI MISMO SE REGIRÁN POR LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

**ANEXO DE AMPARO DE MUERTE ACCIDENTAL COMO PASAJERO EN
TRANSPORTE PARTICULAR A LA PÓLIZA DE ACCIDENTES
PERSONALES - MODALIDAD COLECTIVA VIGENCIA MENSUAL**

03/04/2018-1305-A-31-ANEXCHUBB0000003-D001
14/10/2015-1305-NT-A-31-APMTPRFORMANT002

EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL DE MUERTE ACCIDENTAL COMO PASAJERO EN TRANSPORTE PARTICULAR, HACE PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES, SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA INCLUIDO EN EL CUADRO DE AMPAROS DE LA SOLICITUD CERTIFICADO DE SEGURO, SUS MODIFICACIONES O RENOVACIÓN, DE ACUERDO CON EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO, QUEDANDO SUJETO A TODOS LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y EXCEPCIONES SEÑALADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE DICHO SEGURO JUNTO CON LAS QUE A CONTINUACIÓN SE ESTIPULAN.

CONDICIÓN PRIMERA – MUERTE ACCIDENTAL COMO PASAJERO EN TRANSPORTE PARTICULAR

MEDIANTE ESTE AMPARO LA COMPAÑÍA ASUME EL RIESGO DE MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO, MIENTRAS VIAJA EN AUTOMÓVIL PARTICULAR O AL SER ATROPELLADO COMO PEATÓN EN VÍA PÚBLICA POR CUALQUIER VEHÍCULO. EL AMPARO OTORGADO COMPRENDE UNA COBERTURA HASTA 180 DÍAS CALENDARIO, POSTERIORES AL ACCIDENTE, SIEMPRE Y CUANDO LA MUERTE DEL ASEGURADO SEA CONSECUENCIA DIRECTA Y EXCLUSIVA DE LAS LESIONES PADECIDAS EN EL ACCIDENTE.

DEMOSTRADA LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO EN LAS CONDICIONES MENCIONADAS LA COMPAÑÍA PAGARÁ, DE ACUERDO A LA OPCIÓN CONTRATADA, LA SUMA ASEGURADA CONSIGNADA EN EL CUADRO DE BENEFICIOS DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

CONDICIÓN SEGUNDA – EXCLUSIONES.

AL PRESENTE ANEXO SE LE APLICAN, EN LO PERTINENTE, TODAS LAS EXCLUSIONES DEL AMPARO MUERTE ACCIDENTAL.

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

CONDICIÓN TERCERA – PERSONAS ASEGURABLES.

Son personas asegurables bajo el presente amparo adicional el asegurado principal.

CONDICIÓN CUARTA – EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA.

Las edades de ingreso y permanencia para el amparo de renta diaria por hospitalización serán las siguientes, salvo que expresamente se modifiquen por condición particular mediante anexo convenido entre las partes:

Amparo	Ingreso	Permanencia
Muerte accidental como pasajero en transporte particular.	De 18 años a 65 años más 364 días	Hasta los 70 años más 364 días.

CONDICIÓN SEXTA – SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL.

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

CONDICIÓN SÉPTIMA – AVISO DEL SINIESTRO, RECLAMACIÓN E INDEMNIZACIÓN.

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

El valor asegurado contratado se pagará como indemnización bajo la modalidad de renta mensual durante doce (12) meses consecutivos.

EN LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, SE APLICARAN AL PRESENTE AMPARO, LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO. ASI MISMO SE REGIRAN POR LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CODIGO DE COMERCIO.

ANEXO DE BONO CANASTA PARA GASTOS DEL HOGAR POR MUERTE ACCIDENTAL

01/11/2016-1305-A-36-CLACHUBB20160079
30/08/2015-1305-NT-31-APMAFORMANT00002

EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL DE BONO CANASTA PARA GASTOS DEL HOGAR POR MUERTE ACCIDENTAL, HACE PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES, SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA INCLUIDO EN EL CUADRO DE AMPAROS DE LA SOLICITUD CERTIFICADO DE SEGURO, SUS MODIFICACIONES O RENOVACIÓN, DE ACUERDO CON EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO, QUEDANDO SUJETO A TODOS LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y EXCEPCIONES SEÑALADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE DICHO SEGURO JUNTO CON LAS QUE A CONTINUACIÓN SE ESTIPULAN.

CONDICIÓN PRIMERA – AMPARO BONO CANASTA PARA GASTOS DEL HOGAR POR MUERTE ACCIDENTAL.

LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ EL VALOR PACTADO, SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO ADICIONAL EL ASEGURADO FALLECE POR CAUSA DE ACCIDENTE, TAL Y COMO SE DEFINE EN LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE ESTE AMPARO.

CONDICIÓN SEGUNDA – EXCLUSIONES.

AL PRESENTE ANEXO SE LE APLICAN, EN LO PERTINENTE, TODAS LAS EXCLUSIONES DEL AMPARO MUERTE ACCIDENTAL.

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

CONDICIÓN TERCERA – PERSONAS ASEGURABLES.

Son personas asegurables bajo el presente amparo adicional el asegurado principal.

CONDICIÓN CUARTA - EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA.

Las edades de ingreso y permanencia para el amparo de renta diaria por hospitalización serán las siguientes, salvo que expresamente se modifiquen por condición particular mediante anexo convenido entre las partes:

Amparo	Ingreso	Permanencia
Bono canasta para gastos del hogar por muerte accidental.	De 18 años a 65 años más 364 días.	Hasta los 70 años más 364 días.

CONDICIÓN SEXTA –SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL.

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

CONDICIÓN SÉPTIMA – AVISO DEL SINIESTRO, RECLAMACIÓN E INDEMNIZACIÓN.

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

El valor asegurado contratado se pagará como indemnización bajo la modalidad de renta mensual durante doce (12) meses consecutivos.

EN LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, SE APLICARAN AL PRESENTE AMPARO, LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO. ASI MISMO SE REGIRAN POR LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CODIGO DE COMERCIO.

CONDICIONES PARTICULARES

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA.

Las edades de ingreso y permanencia para los siguientes amparos serán como se describe a continuación, modificadas a través de la presente condición particular.

Amparo	Ingreso	Permanencia
Todos los amparos	De 18 a 65 años más 364 días.	Hasta los 74 años más 364 días.

CONDICIONES PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA

SERVICIO	MONTO MÁXIMO PÓR EVENTO	MÁXIMOS DE EVENTOS
Orientación médica telefónica	Sin límite	Sin límite
Médico a domicilio según pertinencia médica	Sin límite	Sin límite

AUXILIOS EN SALUD Y BIENESTAR	COORDINACIÓN Y AUXILIO PARA EXÁMENES DEL LABORATORIO DERIVADOS ATENCIÓN EN CLÍNICA. <ul style="list-style-type: none">• Hemograma completo• EMO elemental y microscópico de orina• Glucosa• Grupo sanguíneo• Otros exámenes básicos para valoración. COORDINACIÓN Y AUXILIO PARA EXÁMENES DE IMAGEN DERIVADOS ATENCIÓN DE URGENCIA. <ul style="list-style-type: none">• Radiografías simples• Ecografía simple ATENCIÓN DE MEDICO ESPECIALISTA (ORTOPEDIA) EN CLÍNICA POR ACCIDENTE Y/O RIESGO VITAL. COBERTURA DE HASTA \$600.000 POR EVENTO. MÁXIMO 4 EVENTOS POR AÑO	
Traslado médico terrestre en caso de accidente y/o riesgo vital	\$ 300.000 por evento	4 eventos por año

ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

A365 Colombia, pone a disposición del afiliado y/o beneficiario el servicio de orientación médica telefónica las 24 horas del día los 365 días del año.

Los operadores médicos que atienden la solicitud del usuario y/o beneficiario, según la sintomatología o el evento presentado, harán un diagnóstico presuntivo ajustado a las claves internacionales de servicios pre hospitalarios de emergencia y orientarán al usuario, respecto de las conductas provisionales que debe asumir, mientras se produce el contacto profesional con la tripulación de la unidad móvil de atención de emergencias – ambulancia, en el caso de ser necesarias.

El equipo médico de A365 Colombia mantendrá los contactos necesarios con los facultativos que atienden a los pacientes, para supervisar y verificar que la asistencia y el traslado sean adecuados.

LÍMITE DE EVENTOS: Este servicio se prestará sin límite de eventos.

MÉDICO A DOMICILIO SEGÚN PERTINENCIA MÉDICA

En el caso de que el afiliado y/o beneficiario, sufra accidente o enfermedad, que le provoque compromiso de su estado general de salud, una vez se comunique con la línea de servicio se generará la atención que el usuario y/o beneficiario requiera. Se realizará la clasificación de Triage bajo pertinencia médica y según el nivel de complejidad, se le asignará el servicio de asistencia médica domiciliaria, en los tiempos de espera según la legislación colombiana vigente.

El Triage Rojo y Naranja (considerando triage 1 y 2), se coordinará el envío de un médico en una unidad de Emergencia, tipo ambulancia siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita, en dichas ciudades básica o medicalizada según sea el caso, en los demás niveles de Triage Amarillo (considerado triage 3), se asignará consulta médica domiciliaria en vehículo de consulta domiciliaria básica, que no podrá realizar ningún tipo de traslado. Si la clasificación es verde o Azul (considerado triage 4 y/o 5) se realizará una orientación médica telefónica, según la evaluación del sistema de clasificación de Triage, la complejidad de la asistencia solicitada y la pertinencia médica.

En caso de la clasificación verde o azul, y que el cliente aun así solicite el servicio médico a domicilio, A365 coordinará la visita de un médico a costo del cliente a precio preferencial. El cual debe ser pagado de manera directa e inmediata al proveedor.

Este servicio tiene cobertura la visita médica en el domicilio habitual del afiliado y/o beneficiario por emergencia y los medicamentos iniciales que se administren al momento de la valoración (primera dosis, tales como analgésicos, antipiréticos, antiinflamatorios, corticoides, antibióticos) Cualquier gasto derivado a un proceso clínico, paraclínico, terapéutico y/o farmacológico ambulatorio que deba realizarse el afiliado, deberán ser asumidos por el afiliado y/o beneficiarios. Además el afiliado o beneficiario tendrá seguimientos médicos, durante las siguientes 48 horas por médico vía telefónica, para dar acompañamiento a su evolución clínica.

LÍMITE DE EVENTOS: Ilimitado, 8 eventos al año, con copago de \$ 30.000 por evento.

(El valor del copago se incrementará anualmente de acuerdo al índice de precios al consumidor publicado por el DANE, + 2 puntos), por evento que deberán ser cancelados directamente al profesional que preste la atención, desde el primer evento luego de los 8 eventos enviaremos el servicio con un costo preferencial deberán ser cancelados directamente al profesional que preste la atención, desde el primer evento.

*Este servicio se prestará dentro del perímetro urbano en ciudades capitales, municipios aledaños a las ciudades principales con una distancia de 20 kilómetros del perímetro urbano.

AUXILIOS EN SALUD Y BIENESTAR

A365 gestionará a favor del Afiliado o Beneficiario que así lo solicite previamente a la central telefónica, la prestación del servicio de asistencia de atención médica en área de emergencia para su bienestar y salud, a consecuencia de que el afiliado o beneficiario presente un Accidente que ponga en riesgo la vida, A365 asumirá el valor de la valoración, estudios e insumos que se describen a continuación, que resulten procedentes para la atención de la Emergencia presentada y la superen, hasta por una cobertura máximo de \$600.000 por Evento; si los costos y gastos generados por la prestación de este servicio supera el citado, la cantidad que exceda de la misma será cubierta por el propio Afiliado o Beneficiario, que reciba el referido servicio o por su familiar responsable, previa autorización por parte del Afiliado o Beneficiario, por cualquier medio susceptible de prueba.

Esta asistencia comprende los siguientes servicios, previa orden médica para su realización:

Auxilio para la atención Preferencial por Accidente y/o riesgo vital en:

Exámenes de laboratorio:

- a) Hemograma completo
- b) Glucosa
- c) Grupo sanguíneo
- d) EMO (Elemental y microscópico de orina)

Estudios de imagen:

- a) Radiografía simple en zona de trauma: 1 placa
- b) Ecografía abdomino-pélvica: 1 estudio

Medicamentos de emergencia:

- a) Analgésicos (dolor)
- b) Anti-inflamatorios (inflamación)
- c) Antipiréticos (fiebre)

Material de uso médico: yeso, venda, así como en su caso equipo y material de sutura. Esta asistencia cuenta con 4 eventos al año en total para afiliado y/o beneficiarios.

El accidente se debe notificar de manera inmediata a la central de operaciones de A365 de lo contrario al paso de 12 horas se catalogará como enfermedad y no se tendrá la cobertura del servicio.

TRASLADO MÉDICO TERRESTRE EN CASO DE ACCIDENTE Y/O RIESGO VITAL

En caso que el usuario y/o beneficiario sufra un accidente (que le provoque lesiones o traumatismos) o Urgencia médica vital (emergencia - código rojo), que requiera a criterio de la central medica de A365 Colombia, manejo en centro hospitalario, A365 gestionará y cubrirá el costo del traslado en ambulancia terrestre hasta el centro hospitalario más cercano, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita. En caso de no existir ésta, A365 coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos en la localidad.

La central médica de A365 Colombia, orientará a quien solicita el servicio respecto de las conductas provisionales que se deben asumir, mientras se produce el arribo de la unidad móvil de emergencia; dependiendo del criterio de la central médica de A365 Colombia, el traslado podrá realizarse por cualquiera de los siguientes medios:

- Traslado en Ambulancia básica: Cuando el estado clínico del paciente- empleado no revista ningún compromiso del estado vital y no se requiera acompañamiento medico como tal, A365 Colombia coordinará y pondrá a disposición del afiliado una unidad móvil de traslado de pacientes TAB para que lo traslade hasta el centro hospitalario más cercano, si el estado clínico del paciente lo permite y existe la disponibilidad, la central médica de A365, podrá optar por el traslado en vehículo - taxi o en transporte especializado de pacientes que no son ambulancia.

- Traslado médico en ambulancia medicalizada TAM: Cuando la central médica de A365 Colombia haya clasificado la condición clínica del paciente y se defina que su traslado debe realizarse en unidades móviles de traslado de pacientes medicalizadas - TAM, A365 Colombia coordinará y realizará seguimiento al traslado del paciente hasta su arribo al centro médico más cercano.

LÍMITE DE EVENTOS: \$300.000 por evento, 4 eventos al año

Esta Cobertura no incluye el traslado inter-institucional, dentro del perímetro urbano, este servicio se prestará dentro del perímetro urbano en ciudades capitales, municipios aledaños a las ciudades principales con una distancia de 20 kilómetros del perímetro urbano.

OBLIGACIONES DEL AFILIADO

Cada vez que en estas condiciones generales se utilice la expresión “AFILIADO”, se entiende que ella incluye a todas las personas mencionadas en el glosario de términos y que hayan adquirido y pagado previamente alguno de los planes detallados al final de estas condiciones generales.

El afiliado estará obligado en todos los casos y para todos los servicios que le serán brindados por A365 a:

- a) Obtener la autorización expresa de A365, a través de la central operativa en Colombia, antes de comprometer cualquier gasto o realizar acciones por iniciativa propia tendientes a suplir los servicios de asistencia aquí descritos.
- b) El afiliado deberá siempre aceptar las recomendaciones y soluciones indicadas por A365, frente a los servicios que se soliciten y las decisiones que tome el AFILIADO sobre atenderlas o rechazarlas no compromete la responsabilidad de A365 en ningún caso.

PROCESO DE ATENCIÓN ASISTENCIA

La central médica de A365 Colombia, estará disponible las 24 horas del día, 365 días del año, y contempla las siguientes actividades:

1. Recepción de la solicitud de atención y traslado y/o autorización para ATENCION en AUXILIOS EN SALUD Y BIENESTAR.
2. Verificación de los derechos y coberturas según lo contemplado en el cuerpo del contrato y el anexo de asistencia.
3. Verificación y confirmación estado clínico con riesgo vital.
4. Si el paciente aún no ha sido trasladado, asesoría en atención prehospitalaria por parte del equipo médico en central de A365 Colombia.
5. Determinación por parte del equipo médico de A365 Colombia del centro hospitalario más cercano e idóneo para la atención del AFILIADO Y/O BENEFICIARIO del servicio accidentado.
6. Coordinar la remisión del AFILIADO Y/O BENEFICIARIO accidentado al centro médico escogido por la central médica de A365 Colombia.
7. Seguimiento al traslado del AFILIADO Y/O BENEFICIARIO accidentado.
8. Garantizar el seguimiento y control de todas las actividades, intervenciones y procedimientos médicos y administrativos que lleven a la definición y oportuna atención de la asistencia en AUXILIO DE SALUD Y BIENESTAR.

EXCLUSIONES GENERALES DEL SERVICIO DE ASISTENCIA

- Que el solicitante no se identifique como AFILIADO Y/O BENEFICIARIO de PROGRAMA DE ASISTENCIA.
- Que el AFILIADO Y/O BENEFICIARIO no se encuentre al día en sus pagos o se encuentre suspendido del servicio de PROGRAMA DE ASISTENCIA.
- Que el solicitante incumpla cualquiera de las obligaciones y condiciones de cobertura indicadas en este contrato.

- También quedan excluidas las Situaciones de Asistencia que sean consecuencia directa o indirecta de: Huelgas, Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.
- No se realizará ningún tipo de reembolso de servicios tomados por el AFILIADO Y/O BENEFICIARIO que no hayan sido coordinados y autorizados por la central de operaciones de A365.
- Cuando el AFILIADO Y/O BENEFICIARIO no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.
- Autolesiones o participación del AFILIADO Y/O BENEFICIARIO en actos delictuosos ya sea culpable o dolosamente. La participación del Beneficiario en combates, salvo en caso de defensa propia.
- La práctica de deportes como profesional, la participación en competiciones oficiales y en exhibiciones. La participación del AFILIADO Y/O BENEFICIARIO en carreras de caballos, de bicicletas, de coches y en cualquier clase de carreras y exhibiciones o pruebas y/o contiendas de seguridad y/o de resistencia.
- Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de Accidente causado por combustibles nucleares.
- Cuando por orden de alguna autoridad competente se impida la ejecución de los trabajos. Cuando el personal de cualquier autoridad oficial con orden de embargo, allanamiento, aseguramiento de bienes, aprehensión, cateo, investigación, rescate, etc., se vea obligada a forzar, destruir o romper cualquier elemento de acceso como son: puertas, ventanas, chapas, cerraduras, etc., en el domicilio del asegurado o beneficiarios.

OTRAS EXCLUSIONES GENERALES

No son objeto de los servicios, las situaciones de asistencia que presenten las siguientes causas:

- a) La mala fe, fraude o abuso de confianza del USUARIO Y/O BENEFICIARIO, comprobada por el personal de A365.
- b) Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, huracanes, tempestades ciclónicas, etc.
- c) Hechos y actos del hombre derivados de: terrorismo, guerra, guerrilla, vandalismo, asalto, motín o tumulto, etc.
- d) Hechos y actos de fuerzas armadas, fuerza o cuerpo de seguridad. e) La energía nuclear radiactiva.
- e) La ingestión de alcohol, drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos sin prescripción médica.
- f) Enfermedades Psiquiátricas y/o mentales.
- g) Reembolsos de gastos médicos ambulatorios.
- h) Enfermedades y/o accidentes causados por el uso o consumo de estupefacientes, alcohol y/o droga.
- i) Accidentes o lesiones causados por la práctica de deportes de alto riesgo nombrados, pero no limitados a: Paracaidismo, surf, bungee jumping, snowboard, alpinismo o montañismo, motocross, parapente, aladeltismo, rafting, buceo, esquí, ciclismo de montaña, skateboard, skitesurf, esquí acuático, cuatriciclo, motonáutica, windsurf, Sandboard, moto de nieve, planeador o soaring, kayak, canotaje, lancha, globo aerostático, catamarán, vela,
- j) Daños causados a sí mismo por alteración de sus facultades mentales y/o enfermedades psiquiátricas.
- k) Transporte que no sea prestado por Ambulancias legalmente autorizadas.
- l) Traslado del AFILIADO Y/O BENEFICIARIO de una clínica u hospital a otro centro de atención médica.
- m) Enfermedades o condiciones patológicas preexistentes, conocidas o no por el USUARIO, Enfermedades Crónicas, Congénitas, degenerativas, procesos oncológicos o las producidas debido a malos procedimientos médicos por consecuencia de cirugías y/o tratamientos realizados con anterioridad.
- n) Gastos de Hospitalización Clínica, Quirúrgica y Unidad de cuidados intensivo.

****NINGUNA DE LAS ANTERIORES ASISTENCIAS FUNCIONA POR REEMBOLSO, AFILIADO Y/O BENEFICIARIO DEBE LLAMAR SIEMPRE A SOLICITAR LA AUTORIZACIÓN DEL CALL CENTER PARA CUALQUIER CASO PRESENTADO****

GLOSARIO DE TÉRMINOS DEFINICIONES

Siempre que se utilicen en las presentes condiciones generales, los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye.

AFILIADO: Es la persona física que haya contratado a través de cliente los servicios de asistencia que presta A365, y que efectivamente se encuentre registrado en la base de datos que envíe para tal efecto a A365.

BENEFICIARIO: Dentro de este rubro se entienden como beneficiarios, quienes podrán gozar de todos los SERVICIOS a los que tiene derecho el usuario de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en este documento. El usuario definirá sus 2 beneficiarios de primer grado de consanguinidad que se identificarán al momento de solicitud de la asistencia, los cuales no podrán ser cambiados a excepción de un fallecimiento o un cambio de término de la vigencia del plan.

- Su cónyuge o compañero (a) permanente.
- Sus hijos menores de veintiún (21) años que convivan y dependan económicamente del titular. Incluye hijos discapacitados.
- Nietos menores de veintiún (21) años que convivan y dependan económicamente del titular.
- Sus padres, siempre y cuando dependan económicamente del titular y el titular sea soltero.
- Sus abuelos, siempre que dependan económicamente del titular, que convivan con el titular y que el titular sea soltero.
- Hermanos menores de veintiún (21) años, siempre que convivan y dependan económicamente del titular y este sea soltero, no tenga hijos o teniéndolos sean mayores de 21 años.

SERVICIOS: Los servicios de asistencia contemplados en el producto que haya sido contratado por el AFILIADO y cuyas definiciones se incluyen en el presente documento.

SITUACIÓN DE ASISTENCIA: Todo hecho ocurrido en los términos y con las características y limitaciones establecidas en el cuerpo del presente documento, que den derecho a la prestación de los SERVICIOS, de acuerdo a los términos y condiciones que se aluden en estas condiciones generales.

EMERGENCIA: Es toda situación urgente en la que está en peligro la vida de la persona o la función de algún órgano. Es aquel caso en el que la falta de asistencia sanitaria conduciría a la muerte en minutos (hora dorada) y en el que la aplicación de los primeros auxilios por cualquier persona es de importancia primordial. Para efectos considera EMERGENCIA una situación accidental y fortuita, que ponga en riesgo la integridad, vida y/o seguridad del USUARIO Y/O BENEFICIARIO.

URGENCIA: Es la aparición fortuita de un problema de etiología diversa y de gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto o de sus allegados (OMS). Desde el punto de vista médico, podemos definirla también como toda aquella patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que obligatoriamente su atención no debe retrasarse más de seis horas.

EVENTO: Es una situación de asistencia reportada por un AFILIADO Y/O BENEFICIARIO que da derecho a la prestación de uno de los SERVICIOS, de acuerdo a los términos y condiciones que se aluden en el presente instrumento.

ACCIDENTE: Todo evento súbito e imprevisto que provoque daños materiales y/o corporales a un AFILIADO y/o BENEFICIARIO, causado única y directamente por una causa externa, violenta, fortuita y evidente (excluyendo la enfermedad previa y la preexistencia) que ocurra durante la vigencia de los servicios.

RESIDENCIA PERMANENTE: El domicilio permanente que manifieste tener un AFILIADO Y/O BENEFICIARIO en el formulario de asistencia.

EQUIPO TÉCNICO: El personal asistencial apropiado que esté gestionando los SERVICIOS a los AFILIADO Y/O

BENEFICIARIO por cuenta de A365, de acuerdo a los términos y condiciones que se aluden en el presente instrumento.

MONTO POR EVENTO: Es el costo máximo que será cubierto por A365, asociado a la prestación de un SERVICIO. Si el valor de la prestación es superior a este monto por evento, la diferencia será de cargo del USUARIO Y/O BENEFICIARIO.

PROVEEDOR: Es el EQUIPO TECNICO de A365, o subcontratado por A365, apropiado para prestar los servicios a un AFILIADO Y/O BENEFICIARIO de acuerdo a los términos y condiciones que se aluden en el presente instrumento.

ENFERMEDAD: La enfermedad es la alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa, para efectos del presente contrato dicha alteración de la salud no debe ser preexistente o crónica, se entiende por preexistencia cualquier lesión, enfermedad o dolencia que afecte al USUARIO, diagnosticada con anterioridad a la fecha de inicio del contrato, conocida o no, por el USUARIO Y/O BENEFICIARIO.

Por lo anterior y a criterio de A365 no se prestarán los SERVICIOS materia de este instrumento en situación de preexistencia, además si se presentan los siguientes supuestos, por mencionar pero sin limitar y a entera discreción de A365 su comprobación:

- Que la enfermedad haya sido diagnosticada por un médico en el momento y determine su preexistencia.
- Que la enfermedad haya sido aparente a la vista.
- Que por sus síntomas y signos, no pudo pasar desapercibida.
- Aquellos por los que se hayan efectuado gastos o realizado un diagnóstico que señale que dichos síntomas o signos tuvieron inicio en fecha anterior a la contratación.

COPAGO: Deducible o pago parcial que el AFILIADO Y/O BENEFICIARIO debe cancelar para adquirir un servicio.

PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.

Queda entendido que A365 podrá prestar los servicios en forma directa, o a través de terceros con quienes dicha compañía contrate.

Los servicios a que se refiere el presente documento, configura la única obligación a cargo de A365 y/o su red de prestadores y en ningún caso reembolsará al CLIENTE las sumas que este hubiera erogado.