

CHUBB®

PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES

01/11/2016-1305-P-31-CLACHUBB20160161
30/08/2015-1305-NT-31-APRDHFORMANT0002

CONDICIONES GENERALES OBJETO DEL SEGURO:

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., quien en adelante se denominará **LA COMPAÑÍA**, con sujeción a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por El Tomador, en las individuales presentadas por los Asegurados (siendo incluidas las informaciones suministradas a través del mercadeo masivo electrónico como: correo, fax, teléfono, guía de servicios) que forman parte integrante de este seguro, así como en las condiciones generales y particulares, indemnizará el valor asegurado contratado ante la ocurrencia de cualquiera de los siguientes eventos o amparos:

CONDICIÓN PRIMERA AMPARO BÁSICO - PERDIDA ACCIDENTAL DE LA VIDA

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

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

LAS EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA PARA EL AMPARO BÁSICO Y LOS AMPAROS ADICIONALES QUE SE ESPECIFIQUEN EN EL CERTIFICADO DE SEGUROS SERÁN LOS SIGUIENTES, SALVO QUE EXPRESAMENTE SE MODIFIQUEN POR CONDICIÓN PARTICULAR O MEDIANTE ANEXO CONVENIDO ENTRE LAS PARTES:

INGRESO PERMANENCIA

MUERTE ACCIDENTALREAL O PRESUNTADE 18 A 65 AÑOS HASTA LOS 70 AÑOS

PARÁGRAFO: MUERTE PRESUNTA POR DESAPARECIMIENTO

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

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

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

CONDICIÓN SEGUNDA - AMPAROS ADICIONALES

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

CONDICIÓN TERCERA – EXCLUSIONES

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

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

- A) UICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO, LESIONES AUTO INFLIGIDAS, BIEN QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE DEMENCIA.
- B) LAS LESIONES O MUERTE CAUSADAS POR TERCERAS PERSONAS, CON ARMA DE FUEGO, CORTO PUNZANTE O CONTUNDENTE.
- C) LAS LESIONES O MUERTE POR DEDICARSE EL ASEGURADO A PRACTICAR O TOMAR PARTE EN ENTRENAMIENTOS PROPIOS DE DEPORTES CONSIDERADOS EN LA LITERATURA MUNDIAL COMO DE ALTO RIESGO, TALES COMO BUCEO, ALPINISMO O ESCALADA EN ROCA, MONTAÑISMO, ESCALADA EN HILO DONDE SE HAGA USO DE SOGAS O GUÍAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, CARRERAS DE AUTOS O QUE SE DEDIQUE PROFESIONALMENTE A ALGÚN DEPORTE.
- D) LAS LESIONES O MUERTE DEL ASEGURADO EN CASO DE GUERRA, INVASIÓN O ACTO DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES DE GUERRA, HAYA MEDIADO O NO DECLARACIÓN, GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN, ASONADA, MOTÍN, HUELGA, MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS O EN GENERAL CUALQUIER CLASE DE CONMOCIÓN CIVIL.

- E)** LAS LESIONES O MUERTE DEL ASEGURADO POR HABER INGERIDO DROGAS TÓXICAS, ALUCINÓGENOS O INGESTIÓN DE ESTUPEFACIENTES. O CUANDO LA PERSONA ASEGURADA CONDUZCA CUALQUIER CLASE DE VEHÍCULO ESTANDO BAJO EFECTOS DEL ALCOHOL.
- F)** LAS LESIONES O MUERTE ORIGINADAS EN ENFERMEDADES FÍSICAS, CONGÉNITAS, MENTALES, CUALQUIER DOLENCIA O TARA PREEXISTENTES, ENFERMEDADES INFECCIOSAS EXCEPTO LAS INFECCIONES BACTERIANAS CONTRAÍDAS POR UNA LESIÓN ACCIDENTAL.
- G)** CUANDO EL ACCIDENTE ES CONSECUENCIA DE HABER INFRINGIDO CUALQUIER NORMA LEGAL POR PARTE DEL ASEGURADO. 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, 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, 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 S.I.D.A. O LAS ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL VIRUS V.I.H.
- L)** LA LESIÓN O MUERTE DEBIDA AL ESTADO DE GESTACIÓN, ALUMBRAMIENTO, ABORTO O COMPLICACIONES SUFRIDAS A CAUSA DE CUALQUIERA DE ESTOS ESTADOS.

PARÁGRAFO: EL ASEGURADO NO PODRÁ ESTAR AMPARADO POR MÁS DE UN SEGURO, CORRESPONDIENTE A ESTE MISMO PLAN Y COLECTIVO ASEGURADO. EN CASO DE ESTARLO, ELLO NO LE DARÁ DERECHO A EXIGIR LOS DOS PAGOS DE LA INDEMNIZACIÓN, TODA VEZ QUE EL ASEGURADO TIENE LA OBLIGACIÓN DE INFORMAR LA EXISTENCIA DEL PRIMER SEGURO, PARA QUE LA **COMPAÑÍA** SE ABSTENGA DE EXPEDIR OTRO. EN CASO DE NO HACERLO Y OCURRIERE EL SINIESTRO SE CONSIDERARÁ, A ESTA PERSONA ASEGURADA SOLAMENTE CON EL SEGURO QUE LE PROPORCIONE EL MAYOR BENEFICIO. **LA COMPAÑÍA** DEVOLVERÁ, EN TODO CASO, EL VALOR DE LA PRIMA PAGADA EN EL OTRO SEGURO, RECONOCIENDO SOLAMENTE EL CORRIENTE INTERÉS LEGAL.

CONDICIÓN CUARTA - TOMADOR

Para efectos de esta póliza el tomador, en los términos del artículo 1038 del Código de Comercio, es la persona jurídica que ha convenido con **LA COMPAÑÍA** el seguro para un tercero determinado o determinable.

Las obligaciones del tomador cesarán una vez el seguro ha sido aceptado o ratificado por el tercero. En consecuencia, al darse dicha ratificación o aceptación, el tercero asume las obligaciones y derechos inherentes al tomador.

CONDICIÓN QUINTA - SEGURO COLECTIVO CONTRIBUTIVO.

Para efectos de esta póliza, el seguro de accidentes personales es contributivo si la prima o precio del seguro es sufragada en todo o parte por cada asegurado.

LA COMPAÑÍA para efectos administrativos y de operación, podrá identificar en sus sistemas de información cada riesgo asegurado bajo un número de identificación único y podrá expedir un documento póliza matriz.

Los asegurados, recibirán de **LA COMPAÑÍA**, las condiciones generales y particulares del seguro, así como el certificado de seguro.

Dependiendo del resultado técnico de la vigencia y del comportamiento del mercado de seguros y reaseguros, dicho incremento será el indicado en el certificado individual de seguro. **LA COMPAÑÍA** podrá realizar incrementos adicionales de prima conforme a las tasas

CONDICIÓN SEXTA - VALORES ASEGURADORES INDIVIDUALES

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

CONDICIÓN SEPTIMA - DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

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

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

CONDICIÓN OCTAVA- VIGENCIA.

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

CONDICIÓN NOVENA- VALOR Y AJUSTE DE PRIMAS

El valor de la prima para cada persona asegurada será el señalado en el certificado de seguro.

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

CONDICIÓN DÉCIMA - PAGO DE PRIMAS

En el seguro contributivo, corresponde a cada asegurado proveer los recursos necesarios para que el recaudador efectúe el pago oportuno de las primas a **la Compañía**.

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

El pago de la primera cuota de la prima debe realizarse dentro del plazo estipulado en el certificado de seguro. Por consiguiente, si ocurre algún siniestro que afecte el amparo principal dentro ese periodo, **la Compañía** pagará el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas y pendientes de pago hasta completar la anualidad respectiva.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA. INDEMNIZACIÓN

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

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

LA COMPAÑÍA pagará la indemnización al Asegurado o a los Beneficiarios, según sea el caso, dentro del mes siguiente a la fecha en que el Asegurado o beneficiario hayan demostrado la ocurrencia del siniestro.

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

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA - DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

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

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

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA- RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

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

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

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA- REVOCACIÓN DEL CONTRATO

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

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA- TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

El seguro terminará en forma individual respecto de cualquier asegurado, al presentarse alguna de las siguientes causas:

1. Por muerte del Asegurado, o por dejar de pertenecer al colectivo asegurado tratándose de un seguro no contributivo.

2. Por falta de pago de la prima o de cualquier cuota, si la prima ha sido fraccionada. En todo caso, se tendrá en cuenta lo dispuesto por el artículo 1152 del Código de Comercio.
3. Por vencimiento y no renovación de la póliza colectiva tratándose de un seguro no contributivo.
4. Por cancelación de la tarjeta de crédito, cuenta corriente o de ahorros, o incapacidad de pago cualquiera que sea su mecanismo de descuento.
5. Por revocación del seguro por parte de cada integrante del seguro colectivo, en los seguros contributivos.
6. Cuando el Asegurado cumpla la edad de permanencia establecida en el presente seguro.
7. Cuando **LA COMPAÑÍA** paga la indemnización por la afectación de uno o varios amparos que agoten el valor máximo del seguro.
8. **PARÁGRAFO:** Si el Asegurado es quien solicita la terminación del contrato de seguro, ello ocurrirá en la fecha de recibo de la solicitud escrita por parte de **LA COMPAÑÍA**.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA - INTRANSFERIBILIDAD

Se acuerda que la presente cobertura de la póliza no será transferible a persona alguna; por lo tanto ningún depósito, fideicomiso, traspaso, acto o contrato, producirá efectos respecto a **LA COMPAÑÍA**, la cual quedará liberada definitivamente, en virtud de los recibos expedidos por El Asegurado o sus herederos legales cuando aquel haya fallecido. Así mismo, esta cláusula será aplicable a todos los anexos que accedan la presente póliza.

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA- NOTIFICACIONES

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

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA- DOMICILIO

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

ANEXO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

CONDICIONES GENERALES OBJETO DEL SEGURO:

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A quien en adelante se denominará **LA COMPAÑÍA**, con sujeción a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por El Tomador, en las individuales presentadas por los Asegurados, 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 - VIDA

MEDIANTE ESTE AMPARO CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. ASUME EL RIESGO DE MUERTE DEL ASEGURADO, CON SUJECIÓN A LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA SOLICITUD PRESENTADA POR EL TOMADOR O POR EL ASEGURADO, EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES, ASÍ COMO EN LOS ANEXOS, QUE SON PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

PARÁGRAFO 1: MUERTE PRESUNTA POR DESAPARECIMIENTO.

SI NO SE ENCONTRASE EL CUERPO DEL ASEGURADO CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A, PAGARÁ DE ACUERDO A LA OPCIÓN CONTRATADA, LA SUMA ASEGURADA CONSIGNADA EN EL CUADRO DE BENEFICIOS DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGUROS, PREVIA PRESENTACIÓN DE LA SENTENCIA DEBIDAMENTE EJECUTORIADA MEDIANTE LA CUAL EL JUEZ HAYA DECLARADO LA MUERTE PRESUNTA DEL ASEGURADO.

PARÁGRAFO 2: MUERTE POR SUICIDIO:

DURANTE LOS DOCE (12) PRIMEROS MESES DE VINCULACIÓN DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA, ESTA NO AMPARA EL SUICIDIO. EN CONSECUENCIA NO QUEDA OBLIGADA CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A AL PAGO DE NINGUNA INDEMNIZACIÓN POR ESTE EVENTO. SI LA MUERTE POR SUICIDIO OCURRE ENCONTRÁNDOSE EL ASEGURADO VINCULADO BAJO UN SEGURO CONJUNTO DE VIDA, CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A REEMBOLSARÁ LA DIFERENCIA ENTRE LA PRIMA CONJUNTA Y LA PRIMA INDIVIDUAL AL BENEFICIARIO NOMBRADO POR EL ASEGURADO FALLECIDO, Y CONTINUARÁ BRINDANDO COBERTURA AL ASEGURADO SOBREVIVIENTE.

TRANSCURRIDO EL PLAZO SEÑALADO, EL SUICIDIO DE LOS ASEGURADOS SE ENCUENTRA AMPARADO BAJO LA PRESENTE PÓLIZA.

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

PARÁGRAFO 3: PREEXISTENCIAS:

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A, NO OTORGA COBERTURA AL ASEGURADO CUANDO LA MUERTE ES CONSECUENCIA DE PATOLOGÍAS PREEXISTENTES AL MOMENTO SE SUSCRIBIR EL SEGURO.

CONDICIÓN TERCERA - AMPAROS ADICIONALES

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

CONDICIÓN CUARTA -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 Ó 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.

CONDICIÓN QUINTA - REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

TODO MIEMBRO DEL GRUPO ASEGURABLE PODRÁ OBTENER LOS AMPAROS A LOS QUE SE REFIERE ESTA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO CUMPLA CON LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

- SER MAYOR DE 18 AÑOS DE EDAD
- SER MENOR DE 65 AÑOS DE EDAD A LA FECHA DE INGRESO A LA PÓLIZA.
- NO TENER MÁS DE 70 AÑOS PARA PODER PERMANECER EN LA PÓLIZA.
- LOS REQUISITOS QUE DE MANERA INDIVIDUAL SE EXIGEN PARA LOS AMPAROS ADICIONALES.
- SER MIEMBRO DEL GRUPO PARTICIPANTE.
- DILIGENCIAR Y FIRMAR EL FORMULARIO DE ASEGURABILIDAD

CONDICIÓN SEXTA -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 incumben, conforme a la ley y en especial, al pago de la prima.

CONDICIÓN SÉPTIMA - VALOR DE PRIMAS

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

CONDICIÓN OCTAVA -VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES

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

CONDICIÓN NOVENA - DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Corresponde a cada uno de los Asegurados, integrantes del grupo asegurable, la designación de sus propios beneficiarios, pudiendo ser ellos a título gratuito o a título oneroso.

La designación de Beneficiarios a título oneroso, deberá estipularse específicamente en la póliza, en defecto de tal estipulación, la designación del Beneficiario se presumirá hecha a título gratuito. Cuando la designación del Beneficiario sea a título gratuito él podrá ser cambiado en cualquier momento, pero tal cambio surtirá efecto solamente a partir de la fecha de recibo de la notificación escrita por parte de **LA COMPAÑÍA**. 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 o compañero permanente del respectivo Asegurado en la mitad del seguro y los herederos legales de éste en la otra mitad. Igual regla se aplicará en el evento de haber sido designados genéricamente como Beneficiarios los herederos legales del Asegurado.

CONDICIÓN DÉCIMA - PAGO DE PRIMAS

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

El tomador es responsable por el pago de las primas, por lo cual debe tener en cuenta que si la presente póliza de vida grupo tiene el carácter de seguro contributivo, es decir, que la totalidad de la prima es sufragada por los integrantes del grupo asegurado, le corresponde al asegurado proveer los recursos necesarios para que el Tomador efectúe el pago de la prima a **LA COMPAÑÍA**. Si la presente póliza tiene el carácter de no contributivo la totalidad de la prima debe ser sufragada por el tomador, éste debe disponer de los recursos necesarios para el pago oportuno de la prima.

El pago de la primera cuota de la prima debe realizarse dentro del plazo estipulado en el certificado de seguro. Por consiguiente, si ocurre algún siniestro que afecte el amparo principal dentro ese periodo, **la Compañía** pagará el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas y pendientes de pago hasta completar la anualidad respectiva.

CONDICIÓN DÉCIMA - PRIMERA - INDEMNIZACIÓN

El Asegurado o Beneficiario deberán dar noticia a **LA COMPAÑÍA** de la ocurrencia de un siniestro susceptible de afectar la presente póliza, a más tardar dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en el que haya conocido o debido conocer su ocurrencia..

El pago de la indemnización se hará a los Beneficiarios designados en caso de muerte, dentro del mes siguiente a aquel en que se acredite la ocurrencia del siniestro, mediante los medios probatorios correspondientes. Cualquier recibo de desistimiento que los beneficiarios o sus representantes personales, otorguen a **LA COMPAÑÍA** por cualquier beneficio pagado por esta póliza, será considerado como una exoneración final y completa de toda responsabilidad de **LA COMPAÑÍA** con respecto a dicho beneficio.

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 - DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

El Tomador o El Asegurado, según el caso, deberá declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo, .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 inculpable 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 ha encubierto por su culpa hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado de riesgo.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA - IRREDUCTIBILIDAD- INCONTESTABILIDAD

Transcurridos dos (2) años en vida del Asegurado, desde la fecha de iniciación de la respectiva cobertura individualmente considerada, el valor del seguro de vida no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA - INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE EDAD

Si con respecto a la edad de los Asegurados se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, se procederá de conformidad con las siguientes reglas:

Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa de **LA COMPAÑÍA**, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio.

Si es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por **LA COMPAÑÍA**.

Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida anteriormente.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA - MODIFICACIÓN DEL ESTADO DE RIESGO

Como pacto en contrario a lo previsto por el inciso final del artículo 1060 del Código de Comercio, el Tomador o Asegurado según el caso, deberá notificar por escrito a **LA COMPAÑÍA**, los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que signifiquen agravación del riesgo o variación de su identidad local. La notificación se hará con antelación no menor a diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si éste depende del arbitrio del asegurado o del tomador. Si le es extraño, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a que tenga conocimiento de ella, conocimiento que presume transcurridos treinta (30) días hábiles desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior, el Asegurador podrá revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA- VIGENCIA

La vigencia del certificado individual de seguro se iniciará en la fecha indicada en la solicitud -certificado de seguro prevista para tal efecto.

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA – RENOVACIÓN

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

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

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA - REVOCACIÓN DEL CONTRATO

Si El Tomador da aviso por escrito a **LA COMPAÑÍA** para que esta póliza sea revocada, el contrato quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación por parte de **LA COMPAÑÍA** o en la fecha especificada por El Tomador para tal terminación, la que ocurra más tarde.

En este caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo. El Asegurado podrá revocar su seguro individual con arreglo al mismo procedimiento, pero en ningún caso podrá solicitar que las condiciones del contrato se apliquen a un seguro de vida de carácter individual.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA - 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. En todo caso, se tendrá en cuenta lo dispuesto por el artículo 1152 del Código de Comercio.
3. Cuando el asegurado cumpla setenta (70) años de edad.
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.
8. Por retiro de la empresa o incapacidad de pago cualquiera que sea su mecanismo de descuento.

CONDICIÓN VIGÉSIMA - PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones derivadas de este contrato, es 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 - CONVERTIBILIDAD-

Los asegurados menores de 70 años que se separen del grupo después de permanecer en el por lo menos durante (1) año continuo, tendrán derecho a ser asegurados en forma individual sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tenga en la póliza de grupo, pero sin beneficios adicionales, en el plan de seguros de vida individual de los que estén autorizados en otra Compañía de Seguros con la cual tenga un contrato para garantizar este beneficio, siempre y cuando lo solicite dentro de los treinta (30) días comunes siguientes contados a partir de su retiro del grupo.

Si el ASEGURADO fallece dentro del plazo para solicitar la póliza individual, conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que ella se hubiere expedido por otra Compañía (medio o no solicitud) sus beneficiarios tendrán derecho a la prestación asegurada bajo la presente póliza, caso en el cual se deducirá de la indemnización el valor de la prima correspondiente.

PARÁGRAFO: Esta condición no aplica para los amparos adicionales.

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 correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada por las partes.

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA DOMICILIO

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

AMPARO RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. acuerda asumir a través del presente amparo, y previo pago de la prima correspondiente, señalada en el certificado de seguro del seguro colectivo arriba especificado, el siguiente amparo, 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 DIARIA PACTADA AL ASEGURADO, SEÑALADA EN EL CORRESPONDIENTE CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, SI A CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O LESIÓN DIAGNOSTICADA O SUFRIDA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, INGRESA COMO PACIENTE INTERNO A UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA, COMO MÍNIMO POR 36 HORAS, SIN EXCEDER DE 15 DÍAS, PARA EL TRATAMIENTO RESPECTIVO, BAJO EL CUIDADO Y SUPERVISIÓN DE UN MÉDICO QUE DEBE POSEER LICENCIA PERMANENTE Y VÁLIDA PARA PRACTICAR LA MEDICINA EN COLOMBIA.

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

NO SON CONSIDERADAS COMO INSTITUCIONES HOSPITALARIAS, PARA EFECTOS DE COBERTURA DEL AMPARO DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS INSTITUCIONES MENTALES PARA TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES 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.

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

LA INDEMNIZACIÓN PARA PERSONAS ASEGURADAS MAYORES DE SESENTA Y CINCO (65) AÑOS DE EDAD, SE REALIZARÁ ASÍ: DURANTE LOS PRIMEROS SIETE (7) DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN, EL BENEFICIO DIARIO ESTARÁ LIMITADO A LA MITAD DE LA SUMA ESTIPULADA EN EL CERTIFICADO DEL SEGURO.

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

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

LIMITES DE EDADES PARA EL PRESENTE ANEXO

NO OBSTANTE LO PREVISTO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE AMPARO, LA EDAD INICIAL MÁXIMA DE INGRESO SERÁ DE 65 AÑOS TANTO PARA HOMBRES COMO PARA MUJERES, Y LA COBERTURA DEL PRESENTE ANEXO SE OTORGARÁ COMO MÁXIMO HASTA LA EDAD DE 69 AÑOS. EN EL CASO DE LOS HIJOS DEPENDIENTES DEBEN SER MAYORES DE 6 MESES Y MENORES DE 25 AÑOS DE EDAD.

EXCLUSIONES

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

- 1.** POR GUERRA, INVASIÓN O ACTO DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES DE GUERRA, HAYA MEDIADO O NO DECLARACIÓN, GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN, ASONADA, MOTÍN, HUELGA, MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS O EN GENERAL CUALQUIER CLASE DE CONMOCIÓN CIVIL.
- 2.** SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO, LESIONES AUTOINFLIGIDAS, BIEN QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE DEMENCIA O LA PROVOCADA POR EL MISMO ASEGURADO.
- 3.** DEDICARSE A PRACTICAR O TOMAR PARTE EN ENTRENAMIENTOS PROPIOS DE DEPORTES CONSIDERADOS COMO DE ALTO RIESGO, TALES COMO BUCEO, ALPINISMO O MONTAÑISMO, ESCALADA EN HILO DONDE SE HAGA USO DE SOGAS O GUÍAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, CARRERAS QUE NO SEAN A PIE O QUE SE DEDIQUE PROFESIONALMENTE A CUALQUIER DEPORTE.
- 4.** LA CAUSADA EN ACCIDENTE DE AVIACIÓN, CUANDO EL ASEGURADO VIAJE COMO PILOTO O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN DE CUALQUIER AERONAVE, SALVO QUE VUELE COMO PASAJERO EN UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS, PAGANDO TIQUETE.
- 5.** POR ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, DROGAS TÓXICAS, ALUCINÓGENOS O INGESTIÓN DE ESTUPEFACIENTES.
- 6.** ENFERMEDADES FÍSICAS, MENTALES, O, CUALQUIER DOLENCIA ORIGINADA EN ALGUNA ENFERMEDAD, ANOMALÍA O MALFORMACIÓN CONGÉNITA Y/O TRATAMIENTOS POR DESEQUILIBRIOS MENTALES O CURAS DE REPOSO O DEL SUEÑO, VÁRICES CON FINES ESTÉTICOS, TRATAMIENTO PARA LA INFERTILIDAD.
- 7.** MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN SERVICIO ACTIVO Y EN EJERCICIO DE SUS FUNCIONES COMO MILITAR, POLICÍA MIEMBRO DE ORGANISMO DE SEGURIDAD, DE INTELIGENCIA, GUARDAESPALDAS O VIGILANTE DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD.
- 8.** LA ORIGINADA COMO CONSECUENCIA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA S.I.D.A. O LAS ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL VIRUS V.I.H.
- 9.** LA ORIGINADA POR HOSPITALIZACIÓN POR CHEQUEOS DE CONTROL O COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y COMPLICACIONES DE POSTPARTO.
- 10.** CONDICIONES MÉDICAS PREEXISTENTES, YA SEA QUE SE TRATE DE UNA ENFERMEDAD QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA O TRATADA O UNA LESIÓN SUFRIDA POR EL ASEGURADO EN LOS DOCE (12) MESES ANTERIORES A LA FECHA DE INICIO DE COBERTURA DE LA PRESENTE PÓLIZA DE SEGURO. ESTA CONDICIÓN DESAPARECE CUANDO SE TRATA DE UNA ENFERMEDAD O LESIÓN EN VIRTUD DE LA CUAL, EL ASEGURADO HA ESTADO CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA POR UN PERÍODO DE DOCE (12) MESES CONSECUTIVOS Y SOLO OPERA PARA EL PRESENTE AMPARO.
- 11.** NINGÚN EVENTO ORIGINADO EN EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO Y CONSULTAS MÉDICAS, TRATAMIENTOS DE BELLEZA, O CIRUGÍAS CON FINES ESTÉTICOS O DE EMBELLECIMIENTO.
- 12.** HOSPITALIZACIÓN PARA CHEQUEOS MÉDICOS DE RUTINA U OTROS EXÁMENES PREVIOS A LOS CUALES NO EXISTA INDICACIONES DE TRASTORNOS DE SALUD.

13. HOSPITALIZACIÓN EN UN ESTABLECIMIENTO QUE NO LLENA LOS REQUISITOS DESCRITOS EN LAS CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA O QUE EL ASEGURADO NO SE ENCUENTRE BAJO LA ATENCIÓN Y CUIDADO DE UN MÉDICO AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, EN COLOMBIA.
14. POR PARTICIPAR EL ASEGURADO EN ACTOS ILÍCITOS O CONTRARIOS A LAS LEYES COLOMBIANAS.
15. TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS ASOCIACIONES MÉDICO CIENTÍFICAS A NIVEL MUNDIAL O AQUELLOS DE CARÁCTER EXPERIMENTAL.

PARÁGRAFO: EL ASEGURADO NO PODRÁ ESTAR AMPARADO POR MÁS DE UN SEGURO, CORRESPONDIENTE A ESTE MISMO PLAN Y COLECTIVO ASEGURADO. EN CASO DE ESTARLO, ELLO NO LE DARÁ DERECHO A EXIGIR LOS DOS PAGOS DE LA INDEMNIZACIÓN, TODA VEZ QUE EL ASEGURADO TIENE LA OBLIGACIÓN DE INFORMAR LA EXISTENCIA DEL PRIMER SEGURO, PARA QUE LA **COMPAÑÍA** SE ABSTENGA DE EXPEDIR OTRO. EN CASO DE NO HACERLO Y OCURRIERE EL SINIESTRO SE CONSIDERARÁ, A ESTA PERSONA ASEGURADA SOLAMENTE CON EL SEGURO QUE LE PROPORCIONE EL MAYOR BENEFICIO. **LA COMPAÑÍA** DEVOLVERÁ, EN TODO CASO, EL VALOR DE LA PRIMA PAGADA EN EL OTRO SEGURO, RECONOCIENDO SOLAMENTE EL CORRIENTE INTERÉS LEGAL.

VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES

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

INDEMNIZACIONES

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

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

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

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

DEFINICIONES

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

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

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

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

LESIÓN: Es la alteración, daño o desperfecto anatómico de cualquier parte u órgano del cuerpo humano, originado por la acción de un objeto contundente, de corte, de fuego, así como la afección patológica infecciosa o no, o por cualquier tipo de accidente que no dependa de la voluntad del asegurado.

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

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

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

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

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 ESTE ANEXO, SE APLICARÁN LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE AMPARO. ASÍ MISMO, SE REGISTRÁ 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.