

CHUBB

Clausulado AP Cajas Colsubsidio

CONDICIONES GENERALES
CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.,
QUIEN EN ADELANTE SE
DENOMINARÁ LA COMPAÑIA, 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.

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

AMPARO ESPECÍFICO 1: PÉRDIDA
ACCIDENTAL DE LA VIDA.

LA COMPAÑIA PAGARÁ LA SUMA
ASEGURADA CONTRATADA, A LOS
BENEFICIARIOS DESIGNADOS O
EN SU DEFECTO A LOS
BENEFICIARIOS LEGALES, UNA

VEZ SE ACREDITE QUE DURANTE
LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA EL
ASEGURADO HA PERDIDO
ACCIDENTALMENTE LA VIDA
COMO CONSECUENCIA ÚNICA,
EXCLUSIVA Y DIRECTA DE
LESIONES FÍSICAS SUFRIDAS EN
UN ACCIDENTE AMPARADO POR
LA PÓLIZA Y NO EXCLUIDO POR
ELLA. PARA EFECTOS EXCLUSIVOS
DEL PRESENTE SEGURO, SE
ENTIENDE COMO PÉRDIDA
ACCIDENTAL DE LA VIDA LA
MUERTE DEL ASEGURADO
ORIGINADA EN UNA LESIÓN
CORPORAL SUFRIDA POR ÉL,
AJENA A SU VOLUNTAD, QUE SEA
CONSECUENCIA EXCLUSIVA Y
DIRECTA DE UN ACCIDENTE,
ENTENDIDO ÉSTE COMO UN
HECHO EXTERNO A LA
CORPOREIDAD DEL ASEGURADO,
IRRESISTIBLE, SÚBITO Y
FORTUITO, AMPARADO POR LA
PÓLIZA, QUE LE CAUSE LA
MUERTE DE MANERA
INSTANTÁNEA O DENTRO DE LOS
CIENTO OCHENTA (180) DÍAS
CALENDARIO SIGUIENTES A LA
FECHA DEL ACCIDENTE.

AMPARO ESPECÍFICO 2:
DESAPARECIMIENTO.

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

A. LA DESAPARICIÓN EN
CATÁSTROFES NATURALES
TALES COMO TERREMOTOS,
INUNDACIONES Y
MAREMOTOS.

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

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

CONDICIÓN SEGUNDA - AMPAROS ADICIONALES.

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

CONDICIÓN TERCERA - EXCLUSIONES:

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

- A. ACCIDENTE DE AVIACIÓN, CUANDO EL ASEGURADO VIAJE COMO PILOTO O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN DE CUALQUIER AERONAVE SALVO, QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AERONAVE DE LINEA COMERCIAL PARA TRANSPORTE DE PASAJEROS.

- B. ACCIDENTE DE AVIACIÓN CUANDO EL ASEGURADO VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AERONAVE DE LINEA NO COMERCIAL PARA TRANSPORTE DE PASAJEROS.

- C. ACCIDENTES QUE LA PERSONA ASEGURADA O LOS BENEFICIARIOS, POR ACCIÓN U OMISIÓN, PROVOQUEN DOLOSAMENTE O CON CULPA GRAVE.

- D. ACCIONES DE TERCERAS PERSONAS, CON UTILIZACIÓN DE ARMA DE FUEGO, CORTO PUNZANTE O CONTUNDENTE.

- E. DEDICARSE EL ASEGURADO A PRACTICAR, COMPETIR O TOMAR PARTE EN ENTRENAMIENTOS PROPIOS DE DEPORTES CONSIDERADOS EN LA LITERATURA MUNDIAL COMO DE ALTO RIESGO, TALES COMO BUCEO, ALPINISMO O ESCALADA EN ROCA, MONTAÑISMO, ESCALADA EN HILO DONDE SE HAGA USO DE SOGAS O GUÍAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, CARRERAS DE AUTOS O QUE SE DEDIQUE PROFESIONALMENTE A ALGÚN DEPORTE.

- F. ENCONTRARSE EL ASEGURADO EN SERVICIO ACTIVO Y EN EJERCICIO DE SUS FUNCIONES, COMO MILITAR, POLICÍA MIEMBRO DE ORGANISMO DE SEGURIDAD, DE INTELIGENCIA, GUARDAESPALDAS O VIGILANTE DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD.

- G. ENFERMEDADES DE CUALQUIER NATURALEZA, SALVO QUE LAS MISMAS HAYAN SIDO ORIGINADAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO EN LA PÓLIZA.

H. ESTADO DE GESTACIÓN, ALUMBRAMIENTO, ABORTO O COMPLICACIONES SUFRIDAS A CAUSA DE CUALQUIERA DE ESTOS ESTADOS.

I. GUERRA, INVASIÓN O ACTO DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES DE GUERRA, HAYA MEDIADO O NO DECLARACIÓN, GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN, ASONADA, MOTÍN, HUELGA, MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS O EN GENERAL CUALQUIER CLASE DE CONMOCIÓN CIVIL.

J. HABER INGERIDO EL ASEGURADO DROGAS TÓXICAS, ALUCINÓGENOS O INGESTIÓN DE ESTUPEFACIENTES O CUANDO LA PERSONA ASEGURADA CONDUZCA CUALQUIER CLASE DE VEHÍCULO ESTANDO BAJO EFECTOS DEL ALCOHOL ETÍLICO.

K. HABERSE INFRINGIDO CUALQUIER NORMA LEGAL PENAL POR PARTE DEL ASEGURADO.

L. INFECCIONES PRODUCIDAS POR PICADURAS DE INSECTOS TALES COMO MALARIA, TIFO, FIEBRE AMARILLA.

M. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O CONSECUENCIAS DERIVADAS DE ELLAS, SALVO QUE LAS MISMAS HAYAN SIDO ORIGINADAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO EN LA PÓLIZA.

N. SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO, LESIONES AUTO INFLINGIDAS, BIEN QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ALGÚN ESTADO DE DEMENCIA O ENAJENACIÓN MENTAL.

O. TRATAMIENTOS MÉDICOS O RAYOS X, CHOQUES ELÉCTRICOS ETC., SALVO QUE LAS MISMAS HAYAN SIDO ORIGINADAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO EN LA PÓLIZA.

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

PARÁGRAFO SEGUNDO: 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, 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 QUINTA – SEGURO COLECTIVO CONTRIBUTIVO, EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA Y REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

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.

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 mediante anexo convenido entre las partes:

Amparo	Ingreso	Permanencia
Muerte accidental y/o desmembración	De 18 a 65 años mas 364 días	Hasta los 74 años mas 364 días
Incapacidad Total y permanente por accidente	De 18 a 65 años mas 364 días	Hasta los 64 años mas 364 días

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

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

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

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

CONDICIÓN OCTAVA – VALORES ASEGURADOS 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 NOVENA - 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- PAGO DE LA PRIMA.

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

Póliza Colectiva Contributiva: Es responsabilidad de cada Asegurado integrante del grupo sufragar la totalidad

de la prima según se estipula en la caratula de la póliza o el certificado individual de seguro.

Para las dos modalidades de seguro:

- I) Si llegase a ocurrir algún siniestro antes del vencimiento del plazo para el pago de la prima, **LA COMPAÑÍA** pagará el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas y pendientes de pago, hasta completar la anualidad respectiva.
- II) Si las primas o sus cuotas no fueran pagadas dentro del plazo, se producirá la terminación automática del contrato de seguro y **LA COMPAÑÍA** quedará libre de toda responsabilidad respecto de los eventos que ocurran con posterioridad al vencimiento del plazo correspondiente.
- III) El plazo para el pago de las primas o de sus cuotas será de un mes a partir del inicio de vigencia del período al que corresponde el monto de la prima a pagar, a menos que el certificado individual de seguro disponga otro término o por condición particular se pacte otra modalidad de pago.

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

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

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

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

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

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

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

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA - DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE.

Corresponde a cada Asegurado declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, de haber sido conocidos por **LA COMPAÑÍA**, le hubieren 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 de la póliza.

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.

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 o de cualquier cuota, si la prima anual ha sido fraccionada.
- 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.

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 SÉPTIMA- 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 OCTAVA- 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 NOVENA – 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 - DOMICILIO.

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

EL PRESENTE AMPARO 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, EXCEPCIONES Y EXCLUSIONES 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 DEFINEMÁS 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 MONOPLÉJIA, ES DECIR LA PARÁLISIS DE UN MIEMBRO O DE UN SÓLO GRUPO MUSCULAR.

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 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.

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

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

TETRAPLEJÍA: Parálisis de las cuatro extremidades.

CONDICIÓN CUARTA.-. EDADES 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 mas 364 días	Hasta los 74 años mas 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 aplicaran 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 PERDIDA TOTAL DE LA VISTA EN AMBOS OJOS.....100%

POR PERDIDA TOTAL DE LA VISTA EN UN OJO.....50%

POR PERDIDA TOTAL PERMANENTE DE LA AUDICIÓN EN TODAS LAS FRECUENCIAS EN LOS DOS OÍDOS.....100%

POR PERDIDA TOTAL PERMANENTE DE LA AUDICIÓN EN TODAS LAS FRECUENCIAS EN UN OÍDO50%

POR PERDIDA TOTAL DEL HABLA100%

POR PARÁLISIS CORPORAL E IRREMEDIABLE (Hemiplejia, Paraplejía y tetraplejía únicamente).....100%

POR AMPUTACIÓN O INHABILIDAD TOTAL O FUNCIONAL DE DOS O MAS MIEMBROS (POR MIEMBRO SE ENTIENE 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%
IZQUIERDO40%

POR AMPUTACIÓN DEL PULGAR:
DERECHO.....20%
IZQUIERDO15%

POR AMPUTACIÓN DE DOS FALANGES
PULGAR
DERECHO20%
IZQUIERDO15%

POR AMPUTACIÓN DE UNA FALANGE
DEL PULGAR
DERECHO20%
IZQUIERDO15%

POR AMPUTACIÓN DE TRES FALANGES
DE CUALQUIER OTRO DEDO DE LA
MANO :
DERECHA10%
IZQUIERDA7%

POR AMPUTACIÓN DE DOS FALANGES
DE CUALQUIER OTRO DEDO DE LA
MANO :
DERECHA8%
IZQUIERDA6%

POR AMPUTACIÓN DE UNA FALANGE
DE CUALQUIER OTRO DEDO DE LA
MANO
DERECHA5%
IZQUIERDA3%

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.

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

1. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA.

NO OBSTANTE LO ESTIPULADO EN LAS
CONDICIONES GENERALES, LAS
EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA
DEL PRESENTE SEGURO SON:

PARA TODOS LOS AMPAROS:

INGRESO DE 18 HASTA LOS 74 AÑOS
MÁS 364 DÍAS CON EDAD DE
PERMANENCIA HASTA LOS 75 AÑOS
MÁS 364 DÍAS.

2. CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA – DUPLICIDAD O MULTIPLICIDAD DE COBERTURAS

SE ACLARA QUE EL MÁXIMO DE
PÓLIZAS ACTIVAS QUE PUEDE TENER
UN ASEGURADO SON 10.

3. APLICAN LAS EXCLUSIONES PREVISTAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE Y ADJUNTA AL PRESENTE DOCUMENTO.

**LO NO PREVISTO EN LA PRESENTE
CLÁUSULA, SE APLICARÁN LAS
DEMÁS ESTIPULACIONES
CONTENIDAS EN LAS
CONDICIONES GENERALES Y
PARTICULARES DE LA PRESENTE
PÓLIZA.**