

CHUBB®

**PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES
PLAN BÁSICO**

15/06/2018-1305-P-31- CLACHUBB20180025-D00I
30/08/2015-1305-NT-P-31-APMAFORMANT00002
30/08/2015-1305-NT-P-31-APITPADFORMANT02
30/08/2015-1305-NT-P-31-APDAFORMANT00002
30/08/2015-1305-NT-P-31-APRDHFORMANT0002

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

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 COMPAÑÍA PAGARÁ LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA, A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS O EN SU DEFECTO A LOS BENEFICIARIOS LEGALES, UNA VEZ SE ACREDITE QUE DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA EL ASEGURADO HA PERDIDO ACCIDENTALMENTE LA VIDA COMO CONSECUENCIA ÚNICA, EXCLUSIVA Y DIRECTA DE LESIONES FÍSICAS SUFRIDAS EN UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA Y NO EXCLUIDO POR ELLA. PARA EFECTOS EXCLUSIVOS DEL PRESENTE SEGURO, SE ENTIENDE COMO PÉRDIDA ACCIDENTAL DE LA VIDA LA MUERTE DEL ASEGURADO ORIGINADA EN UNA LESIÓN CORPORAL SUFRIDA POR ÉL, AJENA A SU VOLUNTAD, QUE SEA CONSECUENCIA EXCLUSIVA Y DIRECTA DE UN ACCIDENTE, ENTENDIDO ÉSTE COMO UN

HECHO EXTERNO A LA CORPOREIDAD DEL ASEGURADO, IRRESISTIBLE, SÚBITO Y FORTUITO, AMPARADO POR LA PÓLIZA, QUE LE CAUSE LA MUERTE DE MANERA INSTANTÁNEA O DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA FECHA DEL ACCIDENTE.

AMPARO ESPECÍFICO 2: DESAPARECIMIENTO

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

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

B. LA DESAPARICIÓN EN UN RÍO, LAGO O MAR.

C. LA DESAPARICIÓN COMO CONSECUENCIA DEL EXTRAVÍO, CAÍDA, EXPLOSIÓN, NAUFRAGIO O ENCALLADURA DE CUALQUIER VEHÍCULO, RESPECTO DEL CUAL NO EXISTA EXCLUSIÓN EXPRESA DE COBERTURA.

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

CONDICIÓN SEGUNDA - AMPAROS ADICIONALES

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

CONDICIÓN TERCERA - EXCLUSIONES:

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

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

ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, CARRERAS DE AUTOS O QUE SE DEDIQUE PROFESIONALMENTE A ALGÚN DEPORTE.

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

PARÁGRAFO: 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.

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

Es Citibank Colombia S.A., establecimiento bancario que, obrando por cuenta de sus clientes, traslada riesgos a LA COMPAÑÍA, para asegurar un determinado número de personas naturales determinadas o determinables que conforman el grupo asegurable. A su nombre se expide la presente póliza.

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 y/o desmembración | De 18 a 65 años más 364 días | Hasta los 74 años más 364 días |
| Incapacidad Total y permanente por accidente | De 18 a 64 años más 364 días | Hasta los 64 años más 364 días |
| Muerte accidental como pasajero en transporte aéreo autorizado | De 18 a 65 años más 364 días | Hasta los 74 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 anualmente en el mismo índice de precio al Consumidor (IPC) del año inmediatamente anterior establecido por el DANE a nivel nacional.

15/06/2018-1305-P-31- CLACHUBB20180025-Do01
30/08/2015-1305-NT-P-31-APMAFORMANT00002
30/08/2015-1305-NT-P-31-APITPADFORMANT02
30/08/2015-1305-NT-P-31-APDAFORMANT00002
30/08/2015-1305-NT-P-31-APRDHFORMANT0002

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 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 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 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 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 CUARTA - 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.

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA- DUPLICIDAD DE PÓLIZAS.

En relación con el seguro objeto del presente contrato, el asegurado no podrá contratar coberturas que sumadas superen la suma de cuatrocientos millones de pesos (\$400'000.000) y en caso de tenerlas, ello no le dará derecho a exigir un valor superior a la suma indicada.

Si la COMPAÑÍA expide certificados individuales de seguro respecto del mismo asegurado, que sumados superen el valor de cuatrocientos millones de pesos (\$400'000.000), y ocurre un siniestro, se considerará a esta persona asegurada solamente con base en los certificados individuales de seguro que le proporcionen mayor beneficio, sin exceder el mencionado valor. 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 DÉCIMA OCTAVA - INTRANSFERIBILIDAD

La presente póliza no será transferible y por lo tanto ningún depósito, traspaso, acto o contrato semejante, podrá producir efectos frente a LA COMPAÑÍA, quien quedará definitivamente liberada de cualquier responsabilidad por virtud de los recibos expedidos por el asegurado o por quienes lo representen en caso de sucesión, cuando aquel haya fallecido.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA - 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 VIGÉSIMA – 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 PRIMERA. – 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 SEGUNDA– 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 TERCERA – 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 CUARTA - 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.

15/06/2018-1305-P-31- CLACHUBB20180025-Do01
30/08/2015-1305-NT-P-31-APMAFORMANT00002
30/08/2015-1305-NT-P-31-APITPADFORMANT02
30/08/2015-1305-NT-P-31-APDAFORMANT00002
30/08/2015-1305-NT-P-31-APRDHFORMANT0002

AMPARO ADICIONAL DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE

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 DESMEMBRACION 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 MONOPLEJÍA, ES DECIR LA PARÁLISIS DE UN MIEMBRO O DE UN SÓLO GRUPO MUSCULAR.

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 74 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 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 OIDOS | 100% |
| POR PERDIDA TOTAL PERMANENTE DE LA AUDICIÓN EN TODAS LAS FRECUENCIAS EN UN OIDO | 50% |
| POR PERDIDA TOTAL DEL HABLA | 100% |
| POR PARALISIS 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% |

PÁRAGRAFO: 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 calcularan sumando las cantidades correspondientes a cada una de ellas, sin exceder el valor asegurado respectivo por desmembración.

LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, SE APLICARAN AL PRESENTE AMPARO, LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE AMPARO, ASÍ MISMO SE REGISTRÁ POR LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE.

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 – DEFINICIÓN

PARA TODOS LOS EFECTOS EXCLUSIVOS DE ESTE AMPARO, SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

CONDICIÓN SEGUNDA – EXCLUSIONES

EL PRESENTE ANEXO NO AMPARA LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

- 1. QUE NO TENGA ORIGEN EN UN EVENTO ACCIDENTAL, REPENTINO, EXTERNO A LA CORPOREIDAD DEL ASEGURADO.**
- 2. QUE SE DERIVE DE UNA PATOLOGÍA O ENFERMEDAD.**
- 3. QUE SE PRODUZCA POR CUALQUIER ACTO DE GUERRA, DECLARADA O SIN DECLARAR, SEDICIÓN, REBELIÓN O ASONADA.**
- 4. QUE SEA EL RESULTADO DE LESIONES AUTOINFLIGIDAS POR EL ASEGURADO, BIEN SEA QUE SE ENCUENTRE O NO EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE DEMENCIA.**

CONDICIÓN TERCERA - CONDICIÓN TERCERA – SUMA ASEGURADA

LA COMPAÑÍA pagará, en caso de siniestro, la suma asegurada establecida para el asegurado en el certificado individual de seguro.

CONDICIÓN CUARTA-RECLAMACIONES

Para que la COMPAÑÍA proceda al pago de la suma asegurada, el asegurado por sí mismo o, en caso de incapacidad legal o de discapacidad, a través de su guardador, curador o representante designado judicialmente deberá acreditar la ocurrencia del siniestro, aportando los documentos que demuestren las condiciones establecidas en el presente anexo para la configuración del siniestro.

CONDICIÓN QUINTA-DUPLICIDAD DE ESTE AMPARO

Aplicará la misma condición establecida para el amparo básico al cual accede este anexo.

CONDICIÓN SEXTA- LÍMITES DE EDADES PARA EL PRESENTE ANEXO

No obstante lo previsto en las condiciones generales de la póliza a la cual accede el presente anexo, la edad inicial

máxima de ingreso será de 18 años tanto para hombres como para mujeres y la cobertura del presente anexo se otorgará como máximo hasta la edad de 64 años.

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

15/06/2018-1305-P-31-CLACHUBB20180025-D001
30/08/2015-1305-NT-P-31-APMAFORMANT00002
30/08/2015-1305-NT-P-31-APITPADFORMANT02
30/08/2015-1305-NT-P-31-APDAFORMANT00002
30/08/2015-1305-NT-P-31-APRDHFORMANT0002

AMPARO RENTA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

CONDICIONES ESPECÍFICAS

LA COMPAÑÍA ASUME Y AMPARA A TRAVÉS DEL PRESENTE ANEXO, PREVIO PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE SEÑALADA EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO Y DE ACUERDO CON LOS AMPAROS CONTRATADOS EN LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES ARRIBA IDENTIFICADA, EL PERJUICIO QUE CAUSE UN ACCIDENTE AMPARADO CONSISTENTE EN LA IMPOSIBILIDAD DE GENERAR INGRESOS DIARIOS POR ENCONTRARSE HOSPITALIZADO EL ASEGURADO, QUEDANDO SUJETO ESTE ANEXO A TODOS LOS TÉRMINOS, CONDICIONES, EXCLUSIONES Y EXCEPCIONES SEÑALADOS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE DICHA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES, QUE NO SE MODIFICAN CON EL PRESENTE ANEXO.

CONDICIÓN PRIMERA – AMPARO

LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO LA SUMA DIARIA SEÑALADA EN EL CORRESPONDIENTE CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, SI A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO Y SUFRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, EL ASEGURADO INGRESA COMO PACIENTE A UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA, COMO MÍNIMO POR 24 HORAS, SIN EXCEDER DE 30 DÍAS, PARA EL TRATAMIENTO RESPECTIVO, BAJO EL CUIDADO Y SUPERVISIÓN DE UN MÉDICO QUE DEBE POSEER LICENCIA PERMANENTE Y VÁLIDA PARA PRACTICAR LA MEDICINA EN COLOMBIA.

CONDICIÓN SEGUNDA - EXCLUSIONES

APLICAN A ESTE ANEXO LAS MISMAS EXCLUSIONES PREVISTAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES A LA CUAL ACCEDE. ADICIONALMENTE SE EXCLUYEN LAS HOSPITALIZACIONES:

A. DERIVADAS DE ENFERMEDADES FÍSICAS, MENTALES O CUALQUIER DOLENCIA ORIGINADA EN (1) ALGUNA ENFERMEDAD, ANOMALÍA O MALFORMACIÓN CONGÉNITA, (2) TRATAMIENTOS POR DESEQUILIBRIOS MENTALES O CURAS DE REPOSO O DEL SUEÑO, (3) VÁRICES O (4) TRATAMIENTO PARA LA INFERTILIDAD.

B. RELACIONADAS CON UNA CONDICIÓN MÉDICA O UNA LESIÓN SUFRIDA POR EL ASEGURADO, EXISTENTE EN ALGÚN MOMENTO DENTRO DEL PERÍODO DE DOCE (12) MESES ANTERIORES A LA FECHA DE INICIO DE COBERTURA DEL PRESENTE ANEXO. ESTA CONDICIÓN DESAPARECE CUANDO SE TRATA DE UNA ENFERMEDAD O LESIÓN EN VIRTUD DE LA CUAL EL ASEGURADO HA ESTADO CUBIERTO POR ESTE ANEXO POR UN PERÍODO DE DOCE (12) MESES CONSECUTIVOS.

C. ORIGINADAS POR CHEQUEOS DE CONTROL O COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y COMPLICACIONES DE POSTPARTO.

D. ORIGINADAS EN EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO Y CONSULTAS MÉDICAS, TRATAMIENTOS DE

BELLEZA O CIRUGÍAS PLÁSTICAS O CON FINES ESTÉTICOS O DE EMBELLECIMIENTO.

E. PARA CHEQUEOS MÉDICOS DE RUTINA O PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES RESPECTO DE LOS CUALES NO EXISTAN INDICACIONES DE ALGÚN TRASTORNO DE SALUD ACTUAL.

F. 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.

G. CONSIDERADAS COMO "HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA".

H. PARA ADELANTAR TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS ASOCIACIONES MÉDICO CIENTÍFICAS A NIVEL MUNDIAL O AQUELLOS DE CARÁCTER EXPERIMENTAL.

CONDICIÓN TERCERA - PAGO DE SINIESTROS

El asegurado deberá dar noticia a LA COMPAÑÍA de la ocurrencia del siniestro dentro de los treinta (30) días siguientes a su ocurrencia y LA COMPAÑÍA Suministrará al asegurado en tal momento, la información correspondiente a la documentación necesaria para la formalización de la reclamación.

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

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

La renta diaria por hospitalización, como valor asegurado previsto en el certificado individual de seguro, se pagará al asegurado desde la fecha de ingreso en el hospital por un período que no exceda los treinta (30) días, para todos los períodos de hospitalización a consecuencia de una lesión ocurrida por un accidente cubierto por la presente póliza.

La renta diaria por hospitalización, para personas aseguradas mayores de sesenta y cinco (65) años de edad, se realizará así: durante los primeros siete (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 comience en la vigencia de este anexo y que se deba a una misma causa o causas relacionadas con una hospitalización anterior y por la cual se haya reconocido renta diaria por hospitalización bajo este seguro, en vigencia anterior, 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 un mismo evento pagadero bajo una misma vigencia.

CONDICIÓN CUARTA – DEFINICIONES

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

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

ACCIDENTE: Es la lesión física sufrida por el asegurado resultante de un hecho externo a su corporeidad, súbito, violento, ocasional e independiente de la voluntad del asegurado.

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

LESIÓN: Es la alteración, daño o desperfecto anatómico de cualquier parte u órgano del cuerpo humano, originado por la acción de un objeto contundente, de corte, de fuego, 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, ni donde se adelanten hospitalizaciones domiciliarias.

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

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

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

CONDICIÓN QUINTA – 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.

CONDICIÓN SEXTA - LÍMITES DE EDADES PARA EL PRESENTE ANEXO

No obstante lo previsto en las condiciones generales de la póliza a la cual accede el presente anexo, 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 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 ASÍ MISMO SE REGISTRÁN POR LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

15/06/2018-1305-P-31- CLACHUBB20180025-D001
30/08/2015-1305-NT-P-31-APMAFORMANT00002
30/08/2015-1305-NT-P-31-APITPADFORMANT02
30/08/2015-1305-NT-P-31-APDAFORMANT00002
30/08/2015-1305-NT-P-31-APRDHFORMANT0002

ANEXO DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Por acuerdo con el tomador de la póliza, formalizado mediante el presente anexo, CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A, en adelante la Compañía, siempre y cuando medie el pago de la prima respectiva, asegura la prestación de los servicios de segunda opinión médica, contenidos en las siguientes cláusulas:

Queda entendido que la obligación de la aseguradora se limita a la prestación del servicio a través de un tercero, en virtud del acuerdo al que ha adherido la aseguradora.

CONDICIÓN 1 AMPARO:

En virtud del presente anexo, la Compañía prestará al (los) asegurado(s) los servicios descritos en la cláusula cuarta del presente anexo, cuando este sufra de alguna de las enfermedades señaladas a continuación:

- 1.1 Cáncer
- 1.2 Ataque cardíaco
- 1.3 Enfermedad de la arteria coronaria que requiera cirugía
- 1.4 Apoplejía
- 1.5 Insuficiencia renal
- 1.6 Ceguera por Enfermedad
- 1.7 Esclerosis Múltiple
- 1.8 Estado de coma
- 1.9 Parálisis
- 1.10 Grandes quemaduras
- 1.11 Transplante de órganos (corazón, pulmones, riñones, medula ósea, páncreas, hígado)
- 1.12 Enfermedades Neurodegenerativas
- 1.13 Amputación
- 1.14 Cualquier condición Física (Enfermedad) que pueda poner en riesgo la vida del asegurado(a)
- 1.15 Intervenciones quirúrgicas por más de Diez Mil Dólares (US\$10.000)

CONDICIÓN 2 EXCLUSIONES

LA COMPAÑÍA NO PRESTARÁ LOS SERVICIOS DESCRITOS EN LAS CLÁUSULAS PRIMERA Y CUARTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

2.1 CUANDO LOS SERVICIOS DE SEGUNDA OPINIÓN MEDICA REFIERAN A ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS CON ANTERIORIDAD A LA INICIACIÓN DE LA COBERTURA DEL PRESENTE SEGUROS (PREEXISTENCIA).

2.2 CUANDO LOS SERVICIOS DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA SE REFIERAN A ENFERMEDADES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE, ENTRE LAS CUALES SE ENCUENTRAN TODAS LAS ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL VIH, INCLUIDA EL SIDA O CUALQUIERA QUE SE LE DERIVE O SE LE ASOCIE, O QUE SEA UNA VARIACIÓN DE AQUELLAS.

2.3 CUANDO LOS SERVICIOS DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA SE REFIERAN A ENFERMEDADES O ANOMALÍAS CONGÉNITAS O DEFECTOS DE NACIMIENTO, YA SEA QUE SE MANIFIESTEN INMEDIATAMENTE Ó EN UNA ETAPA POSTERIOR.

2.4 CUANDO LOS SERVICIOS DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA SE REFIERAN A ENFERMEDADES CAUSADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR INTENTO DE SUICIDIO, LESIONES AUTOINFRINGIDAS Ó HERIDAS CAUSADAS POR TERCEROS CON CONOCIMIENTO DEL ASEGURADO.

CUANDO LOS SERVICIOS DE SEGUNDA MEDICA SE REFIERAN A ENFERMEDADES CAUSADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR EL USO DE DROGAS Ó ALCOHOL.

2.6 CUANDO LOS SERVICIOS DE SEGUNDA OPINIÓN MEDICA SE REFIERAN A ENFERMEDADES CAUSADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.

2.7 CUANDO LOS SERVICIOS DE SEGUNDA OPINIÓN MEDICA SE REFIERAN A ENFERMEDADES CAUSADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR ENVENENAMIENTO O INHALACIÓN DE GAS VENENOSO.

2.8 LAS DEMÁS EXCLUSIONES PRESENTES EN EL AMPARO BÁSICO DE LA PÓLIZA

CONDICIÓN 3-LIMITACIONES

Los servicios de segunda opinión médica se limitarán de la siguiente manera:

3.1 Solo podrá efectuarse una (1) consulta médica (segunda opinión) por enfermedad ó patología cubierta por el presente anexo.

3.2 Solo podrá efectuarse dos (2) consultas médicas (segunda opinión) al año. Independientemente de la cantidad de enfermedades cubiertas sufridas por el asegurado.

3.3 Si la póliza se renueva indefinidamente, durante la vida del asegurado, se puede consultar hasta máximo seis (6) veces.

3.4 El (los) asegurado(s) permanecerá(n) como elegible(s) para acceder a los servicios ofrecidos por el presente anexo, hasta cuando cumpla la edad de 65 años, momento en el cual será excluido automáticamente del seguro. En caso de que el (los) asegurado(s) haya pagado la prima anualmente y el seguro deba terminarse anticipadamente, la aseguradora devolverá la prima no devengada, en razón del tiempo transcurrido en el que se tuvo la cobertura.

3.5 La prestación de cualquiera de los servicios derivada de las coberturas descritas en el presente anexo, no implican que la Compañía deba aceptar la reclamación respecto de los amparos básicos u otros anexos de la póliza de seguro, a la que accede el anexo de segunda opinión médica, en caso de que la póliza básica sea una póliza de Salud emitida por LA COMPAÑIA.

3.6 La Compañía queda relevada de responsabilidad cuando por fuerza mayor o por decisión autónoma del asegurado o de sus responsables, no pueda efectuar cualquiera de las prestaciones específicamente previstas en este anexo.

3.7 La Compañía no se hace responsable por los conceptos médicos que se emitan en ejecución de la prestación del servicio.

3.8 El costo de los tratamientos sugeridos por los médicos en ejercicio del servicio de segunda opinión médica, no están cubiertos por el presente anexo, ni por la póliza a la que accede el amparo, ni por parte del tercero.

3.9 Para acceder al concepto o segunda opinión médica, el(los) asegurado(s) deberá(n) suministrar toda la información médica que tenga disponible (historia clínica, resultados de exámenes, opinión del médico tratante, etc.)

traducido al idioma inglés. Igualmente, el escrito en el que se plasma la opinión médica del especialista se redactará en idioma inglés. El costo de la traducción (inglés-español / español-inglés) no está cubierto por el presente anexo. Ni la aseguradora ni EL TERCERO se harán responsables por los equívocos en los diagnósticos, prácticas médicas equivocadas ó errores u omisiones que puedan resultar en la segunda opinión médica, debido a la traducción incorrecta de los documentos médicos que envía el asegurado.

3.10 Si dentro de la información médica enviada por el (los) asegurado(s) a los especialistas médicos, se envía más de un examen del mismo tipo sobre la misma región anatómica, la opinión médica se emitirá sobre el último practicado.

3.11 Se considerará como una nueva consulta para emitir segunda opinión médica aquella en la que se presente al médico especialista, información adicional ó exámenes de diagnóstico adicionales a los originalmente presentados en una consulta anterior, así se trate de la misma patología consultada.

3.12 El servicio de segunda opinión médica será prestado por especialistas médicos de cualquiera de los consorcios médicos adscritos a la red del tercero, a su elección.

CONDICIÓN 4 DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS DE CONSULTA- SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA:

4.1 Segunda Opinión Médica:

El servicio de consulta para emitir la segunda opinión médica permite al(los) asegurado(s) y a su médico tratante, acudir a uno de los médicos especialistas pertenecientes al consorcio de instituciones médicas de la red del proveedor del servicio, para que éste confirme el diagnóstico previo de una enfermedad y/o emita su concepto en relación con el protocolo de tratamiento.

La consulta consiste en lo siguiente:

A) Una opinión de un médico especialista con base en la historia clínica y toda la información complementaria sobre el diagnóstico de la enfermedad cubierta del asegurado y respecto del protocolo de tratamiento. Si corresponde, la interpretación médica de los siguientes exámenes: tomografía computarizada, resonancia magnética de imágenes, rayos x, ultrasonido, otros estudios radiológicos ó estudios de anatomía patológica.

B) En caso de ser necesario, una conferencia telefónica realizada entre el médico tratante del asegurado y el médico especialista.

C) Una consulta de seguimiento, en caso de ser necesaria. La consulta de seguimiento se presenta cuando el asegurado o su médico tratante solicita informes adicionales sobre el diagnóstico o protocolo de tratamiento sugerido por el médico especialista, o, si formula preguntas adicionales dentro de los 30 días posteriores a la entrega de la segunda opinión médica escrita por el médico especialista.

4.2 Servicio adicional:

Si el asegurado viaja a los estados unidos para recibir el tratamiento de la enfermedad consultada (viaje cuyo costo y tratamiento médico será asumido directamente por el asegurado), el proveedor asignará a una persona, quien se encargará de coordinar las citas médicas en las diferentes instituciones médicas de la red del proveedor, con los médicos elegidos por el(los) asegurado(s).

El coordinador también podrá ayudar al asegurado a efectuar reservas en el hotel ó en el lugar de su preferencia, mientras se realiza el tratamiento médico.

Los costos generados por el viaje del (los) asegurado(s) y el tratamiento médico de la enfermedad no serán cubiertos

por LA COMPAÑÍA, ni por el tercero proveedor. Los anteriores costos serán cubiertos por el propio asegurado.

Igualmente, será el asegurado quien tomará la decisión respecto del médico especialista e institución médica que atenderá el tratamiento, dentro de la red del tercero proveedor.

Los servicios proporcionales en virtud del presente anexo son brindados por un tercero proveedor y comercializados por la Compañía; en consecuencia, la prestación de los mismos son única y entera responsabilidad del tercero. Es responsabilidad de la Compañía proveer mecanismos para el envío de la información médica proporcionada por el asegurado y/o su médico tratante, y devolver las opiniones médicas.

CONDICIÓN 5 SOLICITUD DE LA CONSULTA:

El (los) asegurado(s) tendrá(n) acceso a un número telefónico gratuito en Colombia, que atenderá un médico designado por el tercero proveedor para determinar si la enfermedad consultada está amparada.

El médico que atiende la llamada telefónica en Colombia se comunicará con la sede central del tercero proveedor en el país en que éste se encuentre, quien a su vez, elegirá el médico especialista perteneciente a su red médica, que emitirá la segunda opinión médica, y coordinará el envío de documentos al médico especialista de la red.

Los costos de envío nacional de los documentos serán asumidos por el asegurado, mientras que mediante el presente anexo, el tercero proveedor asumirá los costos de envío internacional.

La segunda opinión médica proferida por el especialista se remitirá al médico en Colombia, en un plazo de 4 días hábiles, quien a su vez, la reenviará al (los) asegurado(s).

CONDICIÓN 6 DEFINICIONES

Para los efectos de este anexo se entenderá por:

Asegurado: persona titular del interés expuesto al riesgo y a quien corresponden en su caso, los derechos derivados del contrato.

CONDICIÓN 7 TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS ESTABLECIDOS EN ESTE ANEXO:

El presente anexo podrá ser revocado por la Compañía ó por el (los) asegurado(s), en cualquier momento, ateniéndose a los establecido en las condiciones generales de la póliza básica.

Además de las cuales de terminación establecidas en las condiciones generales de la póliza básica, para el presente anexo aplicarán las siguientes, de manera automática:

1. Cuando el número de consultas realizadas por el asegurado totalice la cantidad de seis (6).
2. Por la terminación del seguro.
3. Cuando el (los) asegurado(s) alcance(n) la edad de 65 años.
4. Por el cambio de país de residencia del(los) asegurado(s).
5. Por la terminación del contrato con el tercero proveedor del servicio, caso en el cual, se reportará con anticipación a los asegurados.

Todos los demás términos, condiciones y estipulaciones de la póliza original y sus anexos continúan vigentes y sin modificación alguna.

CONDICION PARTICULAR

NO OBSTANTE LO CONSIGNADO EN LA CONDICIÓN TERCERA - EXCLUSIONES DE ACCIDENTES PERSONALES - DE LA REFERENCIA, LA COMPAÑÍA ACUERDA ASUMIR A TRAVÉS DE LA PRESENTE CLAUSULA EL SETENTA POR CIENTO (70%) DEL VALOR ASEGURADO POR MUERTE ACCIDENTAL, CUANDO LA MUERTE DEL ASEGURADO SEA CONSECUENCIA DIRECTA DE LESIONES CAUSADAS POR TERCERAS PERSONAS, CON ARMA DE FUEGO, CORTO PUNZANTE O CONTUNDENTE.

LO NO PREVISTO EN LA PRESENTE CLAUSULA, SE APLICARAN LAS DEMÁS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PRESENTE PÓLIZA.

"CITIBANK COLOMBIA S.A. ACTUA COMO TOMADOR DE LAS PÓLIZAS DE SEGUROS COLECTIVAS O DE GRUPO DE CARÁCTER CONTRIBUTIVAS. NO OBSTANTE LO ANTERIOR CITIBANK - COLOMBIA S.A. NO ASUME RESPONSABILIDAD ALGUNA POR EL PAGO DE LAS PRIMAS.

EL ASEGURADO ES EL ÚNICO OBLIGADO Y RESPONSABLE DEL PAGO DE LA PRIMA. EN LAS OPERACIONES QUE SE REALICEN A TRAVÉS DE LA RED DE OFICINAS DE CITIBANK COLOMBIA S.A. ESTE NO ASUME RESPONSABILIDAD EN LA GESTIÓN ENCOMENDADA POR EL CLIENTE A LA ENTIDAD USUARIA DE LA RED SUS OBLIGACIONES SE LIMITAN AL CORRECTO CUMPLIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES DEBIDAMENTE IMPARTIDAS POR LA ENTIDAD ASEGURADORA USUARIA DE LA RED PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EL CUAL DEBERA ASUMIR DIRECTAMENTE EL ASEGURADO.

CITIBANK COLOMBIA S.A. ACTÚA BAJO EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS USUARIA DE SU RED Y POR TANTO NO ASUME NINGUNA OBLIGACIÓN FRENTE AL CLIENTE RELACIONADA CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGUROS QUE DA ORIGEN A LAS TRANSACCIONES U OPERACIONES QUE EJECUTE CITIBANK COLOMBIA S.A. NO SE HARÁ RESPONSABLE POR EL PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES QUE SURJAN CON MOTIVO DEL CONTRATO DE SEGURO NI ASUMIRÁ RESPONSABILIDAD ALGUNA POR EL PROCESO DE SUSCRIPCIÓN DE LOS SEGUROS OBJETO DEL PRESENTE CONVENIO."

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.

15/06/2018-1305-P-31- CLACHUBB20180025-D001

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

30/08/2015-1305-NT-P-31-APITPADFORMANT02

30/08/2015-1305-NT-P-31-APDAFORMANT00002

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