

CHUBB®

Accidentes Personales

01/11/2016-1305-P-31-CLACHUBB20160149
30/08/2015-1305-NT-31-APMAFORMANT00002
30/08/2015-1305-NT-31-APRDHFORMANT0002
14/10/2015-1305-NT-31-APRHUAFORMANT002
14/10/2015-1305-NT-31-APRGMAFORMANT002

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:

AMPARO	INGRESO	PERMANENCIA
MUERTE ACCIDENTAL Y/O DESMEMBRACIÓN	DE 18 A 65 AÑOS MAS 364 DÍAS	HASTA LOS 69 AÑOS MÁS 364
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE	DE 18 A 65 AÑOS MAS 364 DÍAS	HASTA LOS 69 AÑOS MÁS 364

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.

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

LA DESAPARICIÓN EN UN RÍO, LAGO, O MAR.

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 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 PRESENTACIÓN DE LA RECLAMACIÓN.

CONDICIÓN SEGUNDA - AMPAROS ADICIONALES

PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE SEGURO Y CON SUJECCIÓN 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:

SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO, LESIONES AUTO INFLIGIDAS, BIEN QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE DEMENCIA.

LAS LESIONES O MUERTE CAUSADAS POR TERCERAS PERSONAS, CON ARMA DE FUEGO, CORTO PUNZANTE O CONTUNDENTE.

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.

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.

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 DESPUÉS DE CONSUMIR ALCOHOL ETÍLICO.

LAS LESIONES O MUERTE ORIGINADAS EN ENFERMEDADES FÍSICAS, CONGÉNITAS, MENTALES, CUALQUIER DOLENCIA O TARA P R E E X I S T E N T E S, E N F E R M E D A D E S INFECCIOSAS EXCEPTO LAS INFECCIONES BACTERIANAS CONTRAÍDAS POR UNA LESIÓN ACCIDENTAL.

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.

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.

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

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. LA ORIGINADA COMO CONSECUENCIA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA S.I.D.A. O LAS ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL VIRUS V.I.H.

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 asume las obligaciones y derechos inherentes a éste.

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.

CONDICIÓN SEXTA- VIGENCIA.

La vigencia de cada certificado individual 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 SÉPTIMA - 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 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 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 regla se aplicará en el evento de haber sido designados genéricamente como beneficiarios los herederos del 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 haya 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 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

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 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:

Por muerte del Asegurado, o por dejar de pertenecer al colectivo asegurado tratándose de un seguro no contributivo. Por falta de pago de las primas de acuerdo a lo establecido en el contrato de seguro, si la prima ha sido fraccionada. En todo caso, se tendrá en cuenta lo dispuesto por el artículo 1152 del Código de Comercio.

Por vencimiento y no renovación de la póliza colectiva tratándose de un seguro no contributivo.

Por cancelación de la tarjeta de crédito, cuenta corriente o de ahorros, o incapacidad de pago cualquiera que sea su mecanismo de descuento.

Por revocación del seguro por parte de cada integrante del seguro colectivo, en los seguros contributivos.

Cuando el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en el contrato de seguro.

Cuando LA COMPAÑÍA pague 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 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 de las partes la establecida en la carátula de la póliza.

AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

EL PRESENTE AMPARO 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.

AMPARO

LA COMPAÑÍA S.A. INDEMNIZARÁ EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO, AL ASEGURADO, O EN SU DEFECTO AL CURADOR DESIGNADO POR EL JUZGADO, UNA VEZ SE ACREDITE QUE DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO, EL ASEGURADO PRESENTA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, COMO CONSECUENCIA ÚNICA, EXCLUSIVA Y DIRECTA, DE LESIONES FÍSICAS SUFRIDAS EN UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA Y NO EXCLUIDO POR ELLA.

PARÁGRAFO PRIMERO: PARA TODOS LOS EFECTOS EXCLUSIVOS DE ESTE AMPARO, SE ENTIENDE COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE, LA INVALIDEZ IGUAL O SUPERIOR AL CINCUENTA POR CIENTO (50%) SUFRIDA POR EL ASEGURADO MENOR DE 65 AÑOS DE EDAD, CUYA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN ESTE DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO, ORIGINADA EN LESIONES FÍSICAS ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES NO PREEXISTENTES Y NO CAUSADAS INTENCIONALMENTE POR ÉSTE, QUE SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE CALIFICADA POR CUALQUIERA DE LAS JUNTAS DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ ESTABLECIDAS LEGALMENTE EN EL TERRITORIO NACIONAL.

PARÁGRAFO SEGUNDO: LA INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE NO ES ACUMULABLE AL PAGO POR MUERTE, POR LO TANTO UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, LA COMPAÑÍA QUEDARÁ LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD.

EXCLUSIONES

EL PRESENTE ANEXO NO AMPARA LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DETERMINADA POR CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

CUALQUIER ACTO DE GUERRA, DECLARADA O SIN DECLARAR, SEDICIÓN, REBELIÓN O ASONADA. SIRVIENDO EN LABORES MILITARES EN LAS FUERZAS ARMADAS O DE POLICÍA DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD INTERNACIONAL.

VIAJAR COMO PILOTO O TRIPULANTE DE NAVES AÉREAS, INCLUYENDO HELICÓPTEROS.

LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALMENTE, BIEN SEA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE DEMENCIA.

EN LA PRÁCTICA, ENTRENAMIENTO O PARTICIPACIÓN EN COMPETENCIAS CORRESPONDIENTES A DEPORTES COMO EL BUCEO, ALPINISMO O ESCALAMIENTO EN MONTAÑAS, ESPELEOLOGÍA PARACAIDISMO, PLANEADORES, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO Y EN GENERAL PRÁCTICA DE DEPORTES DE MANERA PROFESIONAL.

SUMA ASEGURADA

El valor asegurado será el establecido en el certificado de seguro para cada integrante del colectivo asegurado.

RECLAMACIONES

LA COMPAÑÍA procederá al pago de la indemnización por el presente amparo, el asegurado o el respectivo curador designado por el juzgado, dentro del mes siguiente al día en el que el asegurado o beneficiario acrediten la ocurrencia del siniestro, mediante los medios probatorios correspondientes

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

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, LOS SINIESTROS QUE A CONTINUACIÓN SE SEÑALAN. EL PRESENTE AMPARO 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 24 HORAS, SIN EXCEDER DE 365 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.

EXCLUSIONES

EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE LA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN, DETERMINADA POR CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

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.

SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO, LESIONES AUTOINFLINGIDAS, BIEN QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE DEMENCIA O LA PROVOCADA POR EL MISMO ASEGURADO.

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.

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.

POR ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, DROGAS TÓXICAS, ALUCINÓGENOS O INGESTIÓN DE ESTUPEFACIENTES.

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. 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.

LA ORIGINADA COMO CONSECUENCIA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA S.I.D.A. O LAS ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL VIRUS V.I.H.

LA ORIGINADA POR HOSPITALIZACIÓN POR CHEQUEOS DE CONTROL O COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y COMPLICACIONES DE POSTPARTO.

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.

NINGÚN EVENTO ORIGINADO EN EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO Y CONSULTAS MÉDICAS, TRATAMIENTOS DE BELLEZA, O CIRUGÍAS CON FINES ESTÉTICOS O DE EMBELLECIMIENTO.

HOSPITALIZACIÓN PARA CHEQUEOS MÉDICOS DE RUTINA U OTROS EXÁMENES PREVIOS A LOS CUALES NO EXISTA INDICACIONES DE TRASTORNOS DE SALUD.

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. POR PARTICIPAR EL ASEGURADO EN ACTOS ILÍCITOS O CONTRARIOS A LAS LEYES COLOMBIANAS.

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 formalizado la reclamación, demostrando 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 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 APLICARAN AL MISMO, LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO. ASÍ MISMO SE REGISTRAN POR LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

ANEXO POR FRACTURA DE HUESOS POR ACCIDENTE

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. ACUERDA ASUMIR A TRAVÉS DEL PRESENTE ANEXO QUE HACE PARTE DE LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES ARRIBA ESPECIFICADA, EL CUAL QUEDA SUJETO A TODOS LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y EXCEPCIONES SEÑALADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE DICHA PÓLIZA JUNTO CON LAS QUE A CONTINUACIÓN SE ESTIPULAN.

LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO, PREVIA COMPROBACIÓN MÉDICA DEBIDAMENTE EXPEDIDA, EL MONTO ASEGURADO INDICADO EN EL CERTIFICADO DE SEGURO, SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PÓLIZA, PROVOQUE O CAUSE EN UN SOLO EVENTO LA FRACTURA O VARIAS FRACTURAS DE ALGÚN HUESO DEL ASEGURADO, Y DENTRO DE LOS 90 DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DEL MISMO, EL ASEGURADO SE VIERA PRECISADO A SOMETERSE A TRATAMIENTO MÉDICO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, A HOSPITALIZARSE, REQUIERA SERVICIOS DE ENFERMERA, MEDICINAS Y ESTUDIOS DE LABORATORIO.

LA SUMA ASEGURADA PARA ESTA COBERTURA SERÁ POR ACCIDENTE, POR LO QUE LA COBERTURA FINALIZARÁ AUTOMÁTICAMENTE RESPECTO A CADA UNO DE LOS ASEGURADOS AL AGOTARSE LA SUMA ASEGURADA ESTABLECIDA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, O CERTIFICADO DE SEGURO.

LA COBERTURA AMPARARÁ O CUBRIRÁ HASTA UN EVENTO POR AÑO PÓLIZA DE CADA ASEGURADO, SIEMPRE Y CUANDO EL EVENTO SE ENCUENTRE DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, Y SE ENCUENTRE AL DÍA EL PAGO DE LA PRIMA AL MOMENTO DE OCURRIR EL ACCIDENTE.

PARÁGRAFO: SE ENTIENDE POR FRACTURA DE HUESO, LA DISCONTINUIDAD EN LOS HUESOS A CONSECUENCIA DE GOLPES, FUERZAS O INTENSIDADES QUE SUPEREN LA ELASTICIDAD DEL HUESO. EN TODO CASO, EL ACCIDENTE QUE GENERE LA FRACTURA DE HUESOS, NO DEBE HABER SIDO PROVOCADO POR EL ASEGURADO Y DEBE HABER SIDO OCASIONADO POR UN HECHO SÚBITO EXTERNO

EXCLUSIONES

ADEMAS DE LAS MENCIONADAS EN EL CLAUSULADO DE LA PÓLIZA, SE ENCONTRARAN EXCLUIDAS:

FRACTURAS DEBIDAS U OCASIONADAS POR EL DESGASTE NATURAL DE LOS HUESOS LLAMADO OSTEOPOROSIS.

SE EXCLUYE CUALQUIER TIPO DE FRACTURA PATOLÓGICA, EN ASEGURADOS CON CUALQUIERA DE LAS ENFERMEDADES DE BASE QUE CAUSEN DEBILITAMIENTO Y PÉRDIDA DE LA DENSIDAD OSEA, Y QUE NO SEAN DIRECTAMENTE COMO CONSECUENCIA DE UN TRAUMA O UN ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PÓLIZA.

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

ANEXO DE MUERTE ACCIDENTAL COMO PASAJERO EN TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO

MEDIANTE ESTE AMPARO LA COMPAÑÍA ASUME EL RIESGO DE MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO MIENTRAS VIAJA COMO PASAJERO, HABIENDO PAGADO SU PASAJE, EN UN TRANSPORTE PÚBLICO (SEGÚN DEFINICIÓN). EL AMPARO OTORGADO COMPRENDE UNA COBERTURA HASTA 180 DÍAS CALENDARIO, POSTERIORES AL ACCIDENTE, SIEMPRE Y CUANDO LA MUERTE DEL ASEGURADO SEA CONSECUENCIA DIRECTA Y EXCLUSIVA DE LAS LESIONES PADECIDAS EN EL ACCIDENTE, Y LA MUERTE SE REGISTRE EN VIGENCIA DE LA PÓLIZA

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

TRANSPORTE PÚBLICO:

ES CUALQUIER MEDIO DE TRANSPORTE TERRESTRE, AÉREO TRASBORDADOR FLUVIAL O MARÍTIMO, BARCO, TREN, TRANVÍA O TREN SUBTERRÁNEO, DEBIDAMENTE AUTORIZADO POR LAS AUTORIDADES CORRESPONDIENTES PARA OPERAR UN TRANSPORTE PÚBLICO DE PASAJEROS PAGANDO PASAJE Y CONDUCIDO POR UN CONDUCTOR CON LA DEBIDA LICENCIA. SE CONSIDERA PARA ESTA DEFINICIÓN COMO TRANSPORTE PÚBLICO AUTOMÓVILES DE ALQUILER CON CONDUCTOR Y VUELOS CHARTER LEGALMENTE ESTABLECIDOS.

VIAJAR:

SIGNIFICA AL ENCONTRARSE DENTRO O SOBRE, O AL ENTRAR O DESCENDER DE UN VEHÍCULO DE TRANSPORTE PÚBLICO.

ANEXO DE QUEMADURAS GRAVES

LA COMPAÑÍA, PAGARA AL ASEGURADO DE ACUERDO CON LAS DEFINICIONES Y PORCENTAJES ESTIPULADOS EN EL PRESENTE ANEXO Y CUANDO ASÍ SE INDIQUE EXPRESAMENTE EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA, LAS QUEMADURAS DE SEGUNDO Y/O TERCER GRADO SUFRIDAS POR EL ASEGURADO, DE ACUERDO CON LA SIGUIENTE TABLA

QUEMADURAS DE TERCER GRADO	PORCENTAJE	VALOR ASEGURADO
MAS DEL 27 % DE SUPERFICIE CORPORAL	100%	VALOR ASEGURADO
ENTRE EL 18% Y EL 26% DE SUPERFICIE CORPORAL	80%	VALOR ASEGURADO
ENTRE EL 9% Y EL 17% DE SUPERFICIE CORPORAL	60%	VALOR ASEGURADO
ENTRE EL 5% Y EL 8% DE SUPERFICIE CORPORAL	30%	VALOR ASEGURADO
ENTRE EL 1% Y EL 4% DE SUPERFICIE CORPORAL	6%	VALOR ASEGURADO

QUEMADURAS DE SEGUNDO GRADO	PORCENTAJE	VALOR ASEGURADO
MAS DEL 27% DE SUPERFICIE CORPORAL	60%	VALOR ASEGURADO
ENTRE EL 18% Y EL 26% DE SUPERFICIE CORPORAL	48%	VALOR ASEGURADO
ENTRE EL 9% Y EL 17% DE SUPERFICIE CORPORAL	36%	VALOR ASEGURADO
ENTRE EL 5% Y EL 8% DE SUPERFICIE CORPORAL	18%	VALOR ASEGURADO
ENTRE EL 1% Y EL 4% DE SUPERFICIE CORPORAL	4%	VALOR ASEGURADO

DEFINICIONES

QUEMADURAS: Lesiones producidas por quemaduras por agentes físicos, químicos, eléctricos o por fricción que comprometan de manera importante el estado del asegurado y requieren manejo médico de urgencia e intrahospitalario.

QUEMADURAS DE SEGUNDO GRADO:

Quemaduras que afectan a una profundidad más allá a la epidermis causando la formación de ampollas.

QUEMADURAS DE TERCER GRADO:

Quemaduras que destruyen por completo todas las capas de la piel.

EXCLUSIONES.

NO SE PAGARA LA SUMA ASEGURADA O B J E T O D E L P R E S E N T E A N E X O ADICIONAL, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

CUALQUIERA DE LAS EXCLUSIONES INDICADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES AL QUE ACCEDE ESTE ANEXO.

QUEMADURAS POR INSOLACIÓN COMO CONSECUENCIA DE LA EXPOSICIÓN NEGLIGENTE AL SOL.

ANEXO POR FRACTURA DE HUESOS POR ACCIDENTE

NO OBSTANTE LO EXPRESADO EN EL ANEXO DE FRACTURA DE HUESOS POR ACCIDENTE, EL PRESENTE AMPARO CUBRIRÁ UNO O MÁS EVENTOS POR ESTE ANEXO POR AÑO PÓLIZA DE CADA ASEGURADO, SIEMPRE Y CUANDO EL EVENTO SE ENCUENTRE DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, Y SE ENCUENTRE AL DÍA EL PAGO DE LA PRIMA AL MOMENTO DE OCURRIR EL ACCIDENTE.

OCUPACIONES Y ACTIVIDADES

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A, CONVIENE, A PARTIR DE LA EXPEDICIÓN DEL PRESENTE ANEXO, QUE PUEDEN SER ASEGURADOS DENTRO DE LA PRESENTE PÓLIZA LAS PERSONAS QUE EJERZAN LAS SIGUIENTES

- A). QUE SE DEDIQUEN 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.
- B). QUE EJERZAN LA PROFESIÓN DE PILOTO O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN DE CUALQUIER AERONAVE.
- C). QUE SE ENCUENTREN 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.

DADO LO ANTERIOR, LOS ASEGURADOS QUE EJERZAN LAS ACTIVIDADES MENCIONADAS EN LOS LITERALES A, B Y C, DE ESTE ANEXO, ESTARÁN AMPARADOS POR LA PÓLIZA, CUANDO LA CAUSA DEL ACCIDENTE NO ESTE RELACIONA CON LAS ACTIVIDADES CONTEMPLADAS EN DICHS LITERALES.

EN LO NO PREVISTO EN ESTE ANEXO, SE APLICARAN AL MISMO, LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO. ASÍ MISMO SE REGISTRÁN 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.

01/11/2016-1305-P-31-CLACHUBB20160149
30/08/2015-1305-NT-31-APMAFORMANT00002
30/08/2015-1305-NT-31-APRDHFORMANT0002
14/10/2015-1305-NT-31-APRHUAFORMANT002
14/10/2015-1305-NT-31-APRGMFORMANT002