

PÓLIZA DE VIDA GRUPO VIDA INTEGRAL PREMIUM

CONDICIONES DEL SEGURO

BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., con sujeción a las condiciones del presente contrato de seguro y con base y en consideración de las declaraciones que aparecen en la solicitud de seguro, la carátula de la póliza y en los condicionados general y particular, que hacen parte de la presente póliza ha convenido con el tomador en celebrar el contrato de seguro que se registrará por las siguientes cláusulas y condiciones:

CLÁUSULA PRIMERA: AMPARO BÁSICO

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., EN ADELANTE DENOMINADA “LA COMPAÑÍA”, CUBRE A LOS MIEMBROS DEL GRUPO ASEGURADO CONTRA EL RIESGO DE MUERTE SEA POR CAUSA NATURAL O ACCIDENTAL, SI ÉSTA SE PRESENTA DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO, SIEMPRE QUE SE CUMPLAN LOS REQUISITOS Y CONDICIONES PREVISTOS EN EL PRESENTE CONTRATO PARA INGRESAR AL MISMO.

EN DESARROLLO DE LO ANTERIOR, “LA COMPAÑÍA” PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS EL VALOR ASEGURADO PREVISTO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES PARTICULARES, SIEMPRE CON SUJECIÓN AL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO Y A LA LEY.

LA EFECTIVIDAD DEL PRESENTE SEGURO SE ENCUENTRA SUJETA A LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- 1) LA MUERTE DEL ASEGURADO MIEMBRO DEL GRUPO ASEGURADO NO SE PUEDE PRESENTAR POR CAUSA O CON OCASIÓN DE LOS ASUNTOS EXCLUIDOS EN LA CLÁUSULA SEGUNDA DEL PRESENTE CONTRATO (EXCLUSIONES) O DE LAS EXCLUSIONES DE LEY, DENTRO DE LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ALLÍ ESTABLECIDOS;
- 2) EL ASEGURADO DEBE CUMPLIR CON LAS CALIDADES Y CARACTERÍSTICAS PREVISTAS EN EL PRESENTE CONTRATO Y EN LA LEY PARA FORMAR PARTE E INGRESAR AL GRUPO ASEGURADO;

CLÁUSULA SEGUNDA: EXCLUSIONES

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S. A. NO EFECTUARÁ PAGO ALGUNO BAJO EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, EN LOS SIGUIENTES CASOS:

- A) CUANDO EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO SEA OCASIONADO POR HOMICIDIO CAUSADO DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA DEL SEGURO.
- B) CUANDO EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO SEA OCASIONADO POR SUICIDIO, SEA ESTE VOLUNTARIO O INVOLUNTARIO, CONSCIENTE O INCONSCIENTE, CAUSADO DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA DEL SEGURO.

CLÁUSULA TERCERA: DEFINICIONES

EL TOMADOR

Es la persona jurídica a cuyo nombre se expide la presente póliza para asegurar un número determinado de personas, quien obra por cuenta propia o ajena y traslada los riesgos propios de este seguro a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. y es el responsable del pago de las primas.

GRUPO ASEGURADO

Es el conformado por personas naturales vinculadas bajo una misma personería jurídica, en virtud de una situación legal o reglamentaria, o que tienen con una tercera persona (TOMADOR) relaciones estables de la misma naturaleza, cuyo vínculo no tenga relación con el propósito de contratar el seguro de vida.

ASEGURADO PRINCIPAL

Es la persona natural que mantiene un vínculo con EL TOMADOR del seguro y quien asume el costo de la prima por sí mismo y/o por su Cónyuge.

CLÁUSULA CUARTA: PAGO DE PRIMAS

El pago de la primera prima o cuota es condición indispensable para la iniciación de la vigencia del seguro.

Para el pago de las demás primas anuales o fraccionadas, "LA COMPAÑÍA" concede sin recargo de intereses un plazo de gracia de un mes a partir de la fecha de cada vencimiento. Durante dicho plazo se considerará el seguro en vigor y por consiguiente si ocurriere algún siniestro, "LA COMPAÑÍA" tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas pendientes de pago por parte del tomador, hasta completar la anualidad respectiva.

Si las primas posteriores a la primera no fueran pagadas antes de vencerse el plazo de gracia, se producirá la terminación automática del contrato de seguro y "LA COMPAÑÍA" quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de dicho plazo.

Las primas están calculadas con forma de pago anual, pero pueden ser pagadas en fracciones semestrales, trimestrales o mensuales, mediante la aplicación de las tarifas correspondientes a dicha modalidad de pago.

CLÁUSULA QUINTA: REVOCACIÓN DEL CONTRATO

De conformidad con los artículos 1071 y 1159 del Código de Comercio, el contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por el asegurado, en cualquier momento, mediante aviso escrito al asegurador.

En tal caso, el tomador será responsable de pagar de todas primas causadas hasta la fecha de revocación. El contrato quedará revocado en la fecha del recibo de tal comunicación por "LA COMPAÑÍA" o en la fecha especificada por el tomador para tal terminación si es posterior a la fecha de recibo de la comunicación.

CLÁUSULA SEXTA: DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

El tomador y los asegurados individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por "LA COMPAÑÍA".

La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por "LA COMPAÑÍA", la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del presente contrato. Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero "LA COMPAÑÍA" sólo estará obligada en caso de siniestro a pagar un porcentaje de

la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

Si la reticencia o la inexactitud provienen del asegurado, se aplicarán las mismas sanciones respecto de su cobertura individual.

Aunque la compañía prescinda de examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones referidas en esta cláusula, ni de las sanciones a que su infracción diere lugar.

CLÁUSULA SÉPTIMA: IRREDUCTIBILIDAD

Transcurridos dos (2) años en vida del asegurado, desde la fecha del perfeccionamiento del contrato, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad.

CLÁUSULA OCTAVA: INEXACTITUD RESPECTO DE LA DECLARACIÓN DE LA EDAD

Si respecto a la edad del asegurado se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, se aplicarán las siguientes normas:

- a. Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa de "LA COMPAÑÍA", el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio.
- b. Si es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por "LA COMPAÑÍA".
- c. Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el literal b.

CLÁUSULA NOVENA: TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por el presente seguro y sus anexos, termina por las siguientes causas:

- a. Por mora en el pago de la prima, en los términos previstos por el Código de Comercio y las cláusulas del presente seguro.
- b. Cuando el tomador o el asegurado solicite por escrito la exclusión del seguro.
- c. Un mes después de haber dejado de pertenecer al grupo asegurado.
- d. A la terminación o revocación del contrato por parte del tomador.
- e. En el aniversario de vigencia del seguro más próximo a la fecha en que el asegurado cumpla la edad de 70 años.
- f. Al momento en que a un asegurado se le pague el 100 % de la suma asegurada contemplada en el anexo de Incapacidad Total y Permanente, o en el anexo de Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración, si han sido contratados por el tomador.
- g. En el momento de disolución del grupo asegurado. Para los efectos de este contrato, se entenderá disuelto el grupo cuando éste quede integrado por un número inferior a 10 asegurados durante la vigencia del seguro.

CLÁUSULA DECIMA: RENOVACIÓN

Si las partes, con anticipación no menor de un mes a la fecha de su vencimiento no manifestaren lo contrario, el contrato se entenderá renovado automáticamente por un período igual al pactado, sin perjuicio de lo estipulado en la cláusula quinta de la presente póliza.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA: CONVERTIBILIDAD

Los asegurados menores de 65 años de edad que se separen del grupo después de haber permanecido en él por lo menos durante un año continuo tendrán derecho a asegurarse en el

amparo de vida sin nuevos requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo este seguro, pero sin beneficios ni amparos adicionales, en cualquiera de los planes de seguro individual de los que emite “LA COMPAÑÍA”, con excepción de los planes temporales o crecientes, siempre y cuando lo solicite dentro de un mes contado a partir de su retiro del grupo asegurado. El seguro individual se emitirá con las condiciones de admisión de riesgo que traía, pero con los ajustes en la tarifa del plan que se tome a la edad alcanzada por el asegurado y su ocupación en la fecha de esta solicitud.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

“LA COMPAÑÍA” o el tomador cuando sea autorizado y bajo los parámetros e instrucciones impartidas por LA COMPAÑÍA para tal efecto, expedirá para cada asegurado un certificado individual con aplicación a este seguro. En caso de cambio de beneficiarios, de valor asegurado, modificación de coberturas o cambios en las condiciones del contrato, se expedirá un nuevo certificado que reemplazará al anterior.

CLÁUSULA DECIMA TERCERA: DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El beneficiario del seguro puede ser a título gratuito u oneroso, para lo cual se tendrán en cuenta las siguientes reglas:

a) Será beneficiario a título gratuito aquel cuya designación tiene por causa la mera liberalidad del asegurado. En los demás casos, el beneficiario será a título oneroso. El beneficiario a título oneroso deberá ser designado en forma expresa en el presente contrato.

b) El beneficiario a título gratuito carecerá, en vida del asegurado, de un derecho propio en el seguro contratado a su favor. Lo tendrá el beneficiario a título oneroso, pero no podrá ejercerlo sin el consentimiento escrito del asegurado. Con la muerte del asegurado nacerá, o se consolidará, según el caso, el derecho del beneficiario.

c) Cuando el beneficiario sea título gratuito, el asegurado lo podrá cambiar en cualquier momento, pero tal cambio sólo surtirá efecto a partir de la fecha de recibo de la notificación escrita a “LA COMPAÑÍA”.

d) Cuando no se designe beneficiario, o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, tendrán la calidad de tales el cónyuge del asegurado, en la mitad del seguro, y los herederos de éste en la otra mitad. Igual regla se aplicará en el evento de que se designe genéricamente como beneficiarios a los herederos del asegurado.

e) Cuando el asegurado y el beneficiario mueren simultáneamente o se ignora cuál de los dos ha muerto primero, tendrán derecho al seguro el cónyuge y los herederos del asegurado, en las proporciones indicadas en el literal anterior, si el título de beneficiario es gratuito; si es oneroso, tendrán derecho los herederos del beneficiario.

CLÁUSULA DECIMA CUARTA: AVISO DE SINIESTRO

En caso de siniestro en relación con cualquiera de los asegurados bajo el presente contrato, el tomador o beneficiario deberá dar aviso a “LA COMPAÑÍA” dentro de los 10 días comunes siguientes a aquel en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

CLÁUSULA DECIMA QUINTA: MUERTE PRESUNTA POR DESAPARECIMIENTO

“LA COMPAÑÍA” “pagará a los beneficiarios del presente seguro el valor asegurado, cuando se declare judicialmente la muerte presunta por desaparición del asegurado, mediante sentencia judicial debidamente ejecutoriada, bajo caución de restituirla si el ausente reapareciera, siempre y cuando cumplan con todas las siguientes condiciones:

1. Presenten aviso a la compañía de la desaparición del asegurado dentro de los tres (3) meses siguientes contados desde el último día que se haya tenido noticias del ausente.

2. Dentro de los dos (2) años siguientes al último día en que se haya tenido noticias del ausente, presenten a la compañía la documentación para poder tramitar la reclamación, de forma tal que el único documento que haga falta por entregar a la Compañía corresponda a la sentencia mediante la cual sea declarada la muerte presunta por desaparecimiento del asegurado, la cual debe ser presentada inmediatamente sea proferida y ejecutoriada.
3. Que la póliza se encuentre vigente al momento de la sentencia.

CLÁUSULA DECIMA SEXTA: PAGO DE SINIESTROS

De acuerdo con el artículo 1080 del Código de Comercio, "LA COMPAÑÍA" pagará el valor del seguro dentro del mes siguiente a la fecha en que el beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante "LA COMPAÑÍA". Vencido este plazo, "LA COMPAÑÍA" reconocerá al beneficiario además del valor a pagar, la tasa máxima de interés moratorio vigente en el momento en que se efectúe el pago.

Para el pago del siniestro, los beneficiarios entregarán a "LA COMPAÑÍA" las pruebas necesarias y cualquier otro documento indispensable que "LA COMPAÑÍA" esté en derecho de exigir para acreditar la ocurrencia del siniestro, así como su calidad de beneficiarios.

El tomador o el beneficiario, a petición de "LA COMPAÑÍA", deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle la investigación del siniestro. En caso de incumplimiento de esta obligación, "LA COMPAÑÍA" podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento.

"LA COMPAÑÍA" pagará por conducto del tomador a los beneficiarios, o directamente a éstos la suma que está obligada por el presente seguro y sus anexos, si los hubiere.

CLÁUSULA DECIMA SEPTIMA: RECLAMACION

El beneficiario podrá acreditar la ocurrencia del siniestro presentando, entre otros, los siguientes documentos:

- Aviso de reclamo
- Original del certificado individual de seguro
- Registro civil de defunción del asegurado fallecido
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía
- Historia clínica completa
- Certificación de la clínica u hospital sobre la causa y tiempo de hospitalización (día a día)
- Documento de identidad que acrediten la calidad de beneficiario
- Calificación emitida por la Junta Regional o Nacional de calificación de invalidez. si el reclamo es por Incapacidad Total y Permanente informe del médico tratante con pronóstico y evolución,

Si la muerte es ocasionada por un accidente, además de los anteriores:

- Acta de levantamiento del cadáver y protocolo de la necropsia

BBVA Seguros podrá solicitar documentos adicionales a los mencionados cuando no se haya acreditado la ocurrencia del siniestro.

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: VIGENCIA

El presente contrato entrará en vigor a partir de la hora 24 del día de aprobación de la solicitud por parte de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., siempre y cuando sea pagada la prima dentro de las condiciones previstas en el presente contrato y de acuerdo con la ley.

Respecto de cada asegurado individualmente considerado, el contrato entrará en vigor a partir de la hora 24 del día de aprobación de la solicitud individual por parte de BBVA Seguros de

Vida Colombia S.A., siempre y cuando se haya pagado la prima dentro de las condiciones previstas en el presente contrato y de acuerdo con la ley.

CLÁUSULA DECIMA NOVENA: DERECHOS DE INSPECCIÓN

“LA COMPAÑÍA” se reserva el derecho de inspeccionar los libros y documentos del tomador que se refieran al manejo de este seguro.

CLÁUSULA VIGESIMA: NOTIFICACIONES

Para cualquier notificación que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá consignarse por escrito (cuando la ley así lo exija) y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío del aviso por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada por las partes.

CLÁUSULA VIGESIMA PRIMERA: PRESCRIPCIÓN

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1081 del Código de Comercio las acciones derivadas del presente contrato prescribirán en forma ordinaria o extraordinaria.

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

CLÁUSULA VIGESIMA SEGUNDA: DISPOSICIONES LEGALES

Para los demás efectos contemplados en este contrato, la presente póliza se regirá por lo estipulado en el Código de Comercio y demás normas concordantes y complementarias.

CLÁUSULA VIGESIMA TERCERA: OBLIGACIÓN DEL TOMADOR / ASEGURADO DE SUMINISTRAR INFORMACIÓN

Con fundamento en las normas legales vigentes, el tomador o asegurado del presente contrato de seguro mantendrá vigente la información que exige La Compañía como requisito para la vinculación de clientes, según los formularios propuestos y, para el efecto, la actualizará al momento de revocación o por lo menos anualmente. Cuando se trate de un beneficiario diferente al asegurado que reciba la indemnización del seguro, deberá suministrar la información como requisito previo para el respectivo pago.

CLÁUSULA VIGESIMA CUARTA: REHABILITACION DEL SEGURO

En esta modalidad de seguro no aplica la opción de rehabilitación

CLÁUSULA VIGESIMA QUINTA: DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá D.C. en la República de Colombia.

ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN

Por convenio entre LA COMPAÑÍA y EL TOMADOR, el presente seguro tendrá las siguientes condiciones:

1. AMPAROS

1.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE Y ANTES DE CUMPLIR EL ASEGURADO LA EDAD DE 65 AÑOS, QUEDARE INCAPACITADO EN FORMA TOTAL Y PERMANENTE, LA COMPAÑÍA PAGARÁ LA INDEMNIZACIÓN HASTA POR EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA ESTÉ ANEXO Y QUE CONSTA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O EN SUS CONDICIONES PARTICULARES.

PARA EFECTOS DE ESTE BENEFICIO, INCLUYENDO LOS RÉGIMENES ESPECIALES, SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, LA SUFRIDA POR EL ASEGURADO COMO RESULTADO DE UNA LESIÓN O ENFERMEDAD, QUE LE IMPIDA TOTAL Y PERMANENTEMENTE REALIZAR CUALQUIER ACTIVIDAD U OCUPACION. DICHA INCAPACIDAD SE CONSIDERARÁ SIEMPRE Y CUANDO HAYA PERSISTIDO POR UN PERIODO CONTINUO NO INFERIOR A CIENTO VEINTE (120) DÍAS COMUNES Y CUANDO LA PÉRDIDA DE INCAPACIDAD LABORAL CALIFICADA EN PRIMERA INSTANCIA POR EL MÉDICO DETERMINADO POR LA ASEGURADORA Y EN LAS DEMÁS INSTANCIAS POR LAS JUNTAS REGIONAL Y NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, SEA SUPERIOR AL 50% Y NO HAYA SIDO PROVOCADA A SI MISMO POR EL ASEGURADO.

SIN PERJUICIO DE CUALQUIER CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, PARA EFECTOS DE ESTE AMPARO SE CONSIDERARÁ COMO TAL: (I) LA PÉRDIDA DE LA VISIÓN POR AMBOS OJOS, (II) LA PÉRDIDA DE AMBAS MANOS O AMBOS PIES, (III) LA PÉRDIDA DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE; (IV) LA PÉRDIDA DE TODA UNA MANO O DE TODO UN PIE JUNTO CON LA VISIÓN POR UN OJO; (V) LA PÉRDIDA DEL HABLA O DE LA AUDICIÓN.

ESTE AMPARO SE CONFIGURA EXCLUSIVAMENTE CON LA FECHA DE CALIFICACIÓN DE LA INCAPACIDAD, LA CUAL SE CONDIRERARÁ LA FECHA DEL SINIESTRO, Y SU INDEMNIZACIÓN NO ES ACUMULABLE AL SEGURO DE VIDA; POR LO TANTO, UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR DICHA INCAPACIDAD, LA COMPAÑÍA QUEDARÁ LIBERADA DE TODA RESPONSABILIDAD EN LO QUE SE REFIERE AL SEGURO DE VIDA DEL ASEGURADO INCAPACITADO.

1.2 DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN

DENTRO DE ESTE AMPARO SE CONSIDERARÁN LAS SIGUIENTES PÉRDIDAS PARCIALES CON BASE EN EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO:

- | | |
|---|-----|
| a. POR LA PÉRDIDA DE UNA MANO | 60% |
| b. POR LA PÉRDIDA DE UN SOLO PIE | 60% |
| c. POR LA PÉRDIDA TOTAL DE LA VISIÓN POR UN OJO | 60% |

PARA LOS EFECTOS DE ESTE AMPARO:

(I) SE CONSIDERA PÉRDIDA DE:

- a) MANOS: LA INUTILIZACIÓN O AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA POR LA MUÑECA O PARTE PROXIMAL DE ELLA.
- b) PIES: LA INUTILIZACIÓN O AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA POR EL TOBILLO O PARTE PRÓXIMA DE EL.
- c) VISIÓN: LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN
- d) AUDICIÓN: LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA AUDICIÓN DE AMBOS OÍDOS.
- e) HABLA: LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DEL HABLA.

(II) SE CONSIDERA "INUTILIZACIÓN": LA PÉRDIDA FUNCIONAL TOTAL.

EN NINGÚN CASO LA INDEMNIZACIÓN ACUMULADA POR LOS BENEFICIOS DEL PRESENTE ANEXO, PODRÁ SER SUPERIOR AL 100% DEL VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES PARTICULARES PARA DICHO ANEXO.

2. EXCLUSIONES

EN ADICIÓN A LAS EXCLUSIONES CONTENIDAS EN LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE, BAJO EL PRESENTE ANEXO NO SE CUBRE PERDIDA ALGUNA, INCLUYENDO LA DE LA VIDA, QUE SEA COMO CONSECUENCIA DE:

- A. LAS LESIONES PRODUCIDAS INTENCIONALMENTE POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO O POR LOS BENEFICIARIOS DE LA POLIZA, LO MISMO QUE LA TENTATIVA DE SUICIDIO, SEA ESTE VOLUNTARIO O INVOLUNTARIO, CONSCIENTE O INCONSCIENTE
- B. CUANDO EL ASEGURADO CONDUZCA O VIAJE COMO PASAJERO EN MOTOCICLETAS, CUATRIMOTOS, O BICIMOTOS
- C. USO DE PLANEADORES, COMETAS O ALAS DELTA
- D. LOS ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN FUERZAS MILITARES Y DE POLICIA
- E. LOS ACTOS CAUSADOS POR VIOLACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO, DE CUALQUIER NORMA DE CARÁCTER PENAL
- F. ENCONTRÁNDOSE EN FORMA VOLUNTARIA BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O ALUCINOGENOS Y SEA ESTA CIRCUNSTANCIA LA CAUSA DE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

ANEXO DE MUERTE ACCIDENTAL

Por convenio entre LA COMPAÑÍA y EL TOMADOR, el presente seguro tendrá las siguientes condiciones:

1. AMPARO**1.1. MUERTE ACCIDENTAL**

LA COMPAÑÍA, DE ACUERDO CON LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE SEÑALAN, SE OBLIGA A PAGAR A LOS BENEFICIARIOS EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES PARTICULARES, CUANDO DENTRO LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS COMUNES SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR EL PRESENTE ANEXO CAUSE LESIONES CORPORALES AL ASEGURADO, Y ÉSTE FALLECIERE COMO CONSECUENCIA DE LAS LESIONES SUFRIDAS EN DICHO EVENTO, SIEMPRE Y CUANDO NO HAYA ALCANZADO LOS 65 AÑOS DE EDAD.

PARA EFECTOS DEL PRESENTE ANEXO, SE ENTIENDE POR ACCIDENTE AQUELLAS LESIONES CORPORALES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA EXCLUSIVA DE CAUSAS EXTERNAS, FORTUITAS, VIOLENTAS E INDEPENDIENTES DE LA VOLUNTAD DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO POR LA CUAL RESULTE LA MUERTE O DAÑO.

TAMBIÉN SE CONSIDERA COMO ACCIDENTE AMPARADO LOS SIGUIENTES EVENTOS:

MORDEDURA DE ANIMALES, PICADURA DE INSECTOS, LOS PRODUCIDOS EN LA PRACTICA DE DEPORTES Y COMPETENCIAS A NIVEL AFICIONADO, EXPEDICIONES Y EXPLORACIONES, LOS PRODUCIDOS BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL O DE MEDICINAS POR TRATAMIENTO MÉDICO, LOS OCASIONADOS POR MOVIMIENTOS SÍSMICOS, TERREMOTOS, HURACANES, INUDACIONES, VOLCANES, Y MAREMOTOS, LA MUERTE O LESIONES RECIBIDAS POR EL ASEGURADO CON MOTIVO DE UN HURTO CALIFICADO O DE UNA TENTATIVA DE HURTO CALIFICADO.

NO SE CONSIDERA EL HOMICIDIO Ó SU TENTATIVA COMO MUERTE ACCIDENTAL.

2. EXCLUSIONES

EN ADICIÓN A LAS EXCLUSIONES CONTENIDAS EN LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE, BAJO EL PRESENTE ANEXO NO SE CUBRE PERDIDA ALGUNA, INCLUYENDO LA DE LA VIDA, QUE SEA COMO CONSECUENCIA DE:

- A. CUALQUIER CLASE DE ENFERMEDAD
- B. GUERRA (DECLARADA O NO), INVASIÓN, GUERRA CIVIL, TUMULTO, REVOLUCIONES, CONMOCIÓN CIVIL E INSURRECCIÓN
- C. HOMICIDIO O SU TENTATIVA
- D. SUICIDIO SEA ESTE VOLUNTARIO O INVOLUNTARIO, CONSCIENTE O INCONSCIENTE O LA TENTATIVA DE SUICIDIO VOLUNTARIO O INVOLUNTARIO, CONSCIENTE O INCONSCIENTE.
- E. CUANDO EL ASEGURADO CONDUZCA O VIAJE COMO PASAJERO EN MOTOCICLETAS, CUATRIMOTOS, O BICIMOTOS
- F. USO DE PLANEADORES, COMETAS O ALAS DELTA
- G. LOS ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO ANTE LA FUERZA MILITAR, NAVAL, AÉREA O DE LA POLICÍA.
- H. LOS ACTOS CAUSADOS POR VIOLACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO, DE CUALQUIER NORMA DE CARÁCTER PENAL
- I. RESULTANTES DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE FISIÒN NUCLEAR, O FUSIÒN NUCLEAR O RADIOACTIVIDAD

- J. ENCONTRÁNDOSE EN FORMA VOLUNTARIA BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O ALUCINOGENOS Y SEA ESTA CIRCUNSTANCIA LA CAUSA DE LA INVALIDEZ.
- K. CUANDO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER TIPO DE AERONAVE, SALVO QUE VIAJE DE PASAJERO EN UNA AEROLINEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.

3. EXÁMENES MÉDICOS

“LA COMPAÑÍA” podrá hacer examinar al asegurado tantas veces como lo estime conveniente, mientras se encuentre un reclamo pendiente bajo el presente anexo.

ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES

Por convenio entre LA COMPAÑÍA y EL TOMADOR, el presente seguro tendrá las siguientes condiciones:

BAJO ESTE AMPARO “LA COMPAÑÍA” PAGARÁ EL CAPITAL ESTIPULADO PARA ÉSTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O EN SUS CONDICIONES PARTICULARES EN CASO DE QUE AL ASEGURADO SE LE HAYA DESCUBIERTO Y DIAGNOSTICADO MÉDICAMENTE POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES, DE ACUERDO CON LA DEFINICIÓN QUE A CONTINUACIÓN SE ESTABLECE:

A) CÁNCER: LA PRESENCIA DE UN TUMOR MALIGNO CARACTERIZADO POR EL CRECIMIENTO Y LA DISPERSIÓN INCONTROLABLE DE CÉLULAS MALIGNAS Y LA INVASIÓN DE TEJIDO. ESTO INCLUYE LEUCEMIA, LINFOMAS Y LA ENFERMEDAD DE HODGKIN (LINFO GRANULOMA). EN CAMBIO, NO INCLUYE TODOS LOS TUMORES DE LA PIEL, SALVO QUE SE TRATE DE MELANOMAS MALIGNOS Y TAMPOCO INCLUYE EL CÁNCER IN SITU NO INVASIVO

B) ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: SE ENTIENDE POR TAL, EL QUE CAUSA LOS SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS CORRESPONDIENTES DURANTE MÁS DE 24 HORAS, DEBE EXISTIR UNA DESTRUCCIÓN DEL TEJIDO CEREBRAL CAUSADO POR TROMBOSIS, HEMORRAGIAS O EMBOLIA DE FUENTE EXTRACRANEAL, ASÍ COMO PRUEBAS DE DISFUNCIÓN NEUROLÓGICA PERMANENTE.

C) INSUFICIENCIA RENAL: EL FALLO TOTAL, CRÓNICO E IRREVERSIBLE DE AMBOS RIÑONES, A CONSECUENCIA DE LA CUAL HAY QUE EFECTUAR TRATAMIENTO DE DIÁLISIS O TRANSPLANTE DE RIÑÓN.

D) INFARTO AL MIOCARDIO: MUERTE DEL MIOCARDIO A CONSECUENCIA DE ABASTECIMIENTO SANGUÍNEO INADECUADO, DEBIDAMENTE DOCUMENTADA CON HISTORIAL DE DOLORES DE PECHO, ELECTROCARDIOGRAMA CONFIRMATORIO DE ALTERACIONES RECIENTES Y ENZIMAS CARDÍACAS ELEVADAS. EL DIAGNÓSTICO DEBERÁ SER CONFIRMADO CUMPLIDOS LOS 30 DÍAS COMUNES POSTERIORES A LA OCURRENCIA DEL EVENTO.

E) INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR ENFERMEDAD DE LAS ARTERIAS CORONARIAS: AFECCIONES DE LAS ARTERIAS CORONARIAS (UNA O MÁS ARTERIAS OBSTRUIDAS) QUE REQUIERAN SER TRATADAS CON UNA OPERACIÓN DE BY PASS O PUENTE CORONARIO, POR RECOMENDACIÓN DE UN ESPECIALISTA Y EVIDENCIADA POR EL RESULTADO DE UNA ANGIOGRAFÍA PARA CORREGIR UNA ESTENOSIS U OCLUSIÓN EN LAS ARTERIAS CORONARIAS. EL RESULTADO DE LA ANGIOGRAFÍA, JUNTO CON EL INFORME MÉDICO, ESTARÁ A DISPOSICIÓN DE “LA COMPAÑÍA”.

NO SE ENTIENDE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR ENFERMEDADES DE ARTERIAS CORONARIAS, Y POR LO TANTO NO ESTÁN CUBIERTAS POR ESTE AMPARO, LA ANGIOPLASTIA CON BALÓN, TRATAMIENTO LÁSER, OPERACIÓN DE VÁLVULAS, OPERACIÓN POR TUMORACIÓN INTRACARDIACA O ALTERACIÓN CONGÉNITA.

F) ESCLEROSIS MÚLTIPLE: ES UNA ENFERMEDAD QUE AFECTA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y SE MANIFIESTA POR ANOMALÍAS NEUROLÓGICAS PROGRESIVAS E IRREVERSIBLES QUE CONLLEVAN A UN ESTADO DE INCAPACIDAD SEVERA, CON DISMINUCIÓN DE LA VISIÓN, INCOORDINACIÓN, DEBILIDAD E INCONTINENCIA URINARIA, DEBE CUMPLIR CON CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ESTABLECIDOS POR LA COMUNIDAD CIENTÍFICA.

G) TRASPLANTE DE ÓRGANO MAYOR ES LA IMPLANTACIÓN DE UN ÓRGANO EXTRAÍDO DE UN DONANTE HUMANO EN EL ORGANISMO DEL ASEGURADO, CON RESTABLECIMIENTO DE LAS CONEXIONES VASCULARES, ARTERIALES Y VENOSAS.

LOS ÓRGANOS CUYO TRASPLANTE ESTÁN CUBIERTOS POR ESTA PÓLIZA SON LOS SIGUIENTES: HÍGADO, CORAZÓN, MÉDULA ÓSEA, PÁNCREAS, PULMÓN E INTESTINO.

H) GRAN QUEMADO QUE PRESENTE QUEMADURAS DE GRADO II Y III MAYORES AL 40% DE EXTENSIÓN CORPORAL TOTAL.

LA EFECTIVIDAD DEL PRESENTE AMPARO SE ENCUENTRA SUJETA A LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

1) SOLO SON OBJETO DE AMPARO LAS ENFERMEDADES GRAVES DEFINIDAS EN LA PRESENTE CLÁUSULA SIEMPRE Y CUANDO LAS MISMAS HAYAN SIDO DIAGNOSTICADAS POR PRIMERA VEZ, HABIENDO TRANSCURRIDO POR LO MENOS NOVENTA (90) DÍAS COMUNES DESDE EL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DE ESTE ANEXO, POR UN MÉDICO ESPECIALISTA DE CONFORMIDAD CON LA ENFERMEDAD GRAVE, RECONOCIDO Y CONFIRMADO SU DIAGNÓSTICO POR EVIDENCIAS ACEPTABLES CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS, HISTOLÓGICAS Y DE LABORATORIO.

2) NINGÚN BENEFICIO ES PAGADERO SI LA ENFERMEDAD EN CUESTIÓN HA SIDO DIAGNOSTICADA O SI SE HA RECIBIDO TRATAMIENTO POR LA MISMA ANTES DE LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL.

2. EXCLUSIONES

BAJO EL PRESENTE ANEXO LA COMPAÑÍA NO PAGARÁ SUMA ALGUNA SI EL ASEGURADO PADECE Y SE LE DIAGNOSTICA UNA DE LAS ENFERMEDADES SEÑALADAS EN LA CONDICIÓN PRIMERA DE ESTE ANEXO A CONSECUENCIA DE O EN CONEXIÓN CON:

2.1 EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), TAL COMO FUE RECONOCIDO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD O CUALQUIER SÍNDROME O ENFERMEDAD DE TIPO SIMILAR, BAJO CUALQUIER NOMBRE, QUE SEA DIAGNOSTICADA POR UN MÉDICO AUTORIZADO, SEA ÉSTA SINTOMÁTICA O ASINTOMÁTICA.

2.2 LA PRESENCIA DEL VIRUS DEL SIDA, DESCUBIERTO MEDIANTE TEST DE ANTICUERPOS O VIRUS DEL SIDA CON RESULTADO POSITIVO.

2.3 CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE LO ANTERIOR.

2.4 CÁNCER DE SENO O DE CUELLO DE LA MATRIZ.

2.5 TUMORES DE LA PIEL, SALVO QUE SE TRATE DE MELANOMAS MALIGNOS.

2.6 CÁNCER IN SITU NO INVASIVO.

2.7 TENTATIVA DE SUICIDIO.

3. DEFINICIONES:

Para todos los efectos de este amparo, se entiende por:

Valor Asegurado

Para los efectos de este anexo, corresponde al valor asegurado considerado individualmente.

El Asegurado que reciba cualquier indemnización por concepto del presente anexo, quedará automáticamente excluido de éste y de la cobertura de Incapacidad Total y Permanente,

continuando asegurado por el porcentaje establecido en la carátula de la póliza en la cobertura básica de vida, si en las condiciones particulares de la póliza se ha contratado el presente amparo como pago anticipado o por el 100% en la cobertura básica de vida. Si este anexo ha sido contratado como pago adicional se realizarán los ajustes de primas correspondientes a la renovación.

3. CAUSALES DE TERMINACION

En adición a las causales de terminación estipuladas en la CLÁUSULA NOVENA: TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL, el presente anexo termina:

- En el aniversario de vigencia del seguro más próximo a la fecha en que el asegurado cumpla la edad de 65 años.

4. EXÁMENES MÉDICOS

“LA COMPAÑÍA” podrá hacer examinar al asegurado tantas veces como lo estime conveniente, mientras se encuentre un reclamo pendiente bajo el presente anexo.

ANEXO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION

Por convenio entre LA COMPAÑÍA y EL TOMADOR, el presente seguro tendrá las siguientes condiciones:

1. AMPARO

1.1. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN:

SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD NO EXCLUIDOS POR EL PRESENTE ANEXO Y CUYA OCURRENCIA SE PRESENTE DURANTE LA VIGENCIA, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO NO HAYA ALCANZADO LA EDAD DE 65 AÑOS, ÉSTE RESULTARE INTERNADO DE MODO NECESARIO Y CONTINUO EN UN CENTRO HOSPITALARIO POR MÁS DE VEINTICUATRO (24) HORAS POR RECOMENDACIÓN DE UN MÉDICO EN EJERCICIO, O QUE HUBIESE SIDO ENVIADO POR EL CENTRO HOSPITALARIO A SU RESIDENCIA BAJO LA MODALIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA POR MÁS DE VEINTICUATRO (24) HORAS, LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO EL VALOR DE LA RENTA DIARIA CONTRATADA, POR CADA DÍA QUE PERMANEZCA HOSPITALIZADO, YA SEA EN EL CENTRO HOSPITALARIO O EN SU DOMICILIO, BAJO SUPERVISIÓN MÉDICA, PERO SIN QUE DICHS PAGOS EXCEDEN DE UN PERIODO MÁXIMO DE TREINTA (30) DÍAS, COMO RESULTADO DEL MISMO ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD

EL PRESENTE ANEXO SE ENCUENTRA SUJETO A LAS SIGUIENTES EDADES DE INGRESO Y DE PERMANENCIA:

- EDAD DE PERMANENCIA E INGRESO MÁXIMA: HASTA SESENTA Y CUATRO (64) AÑOS Y 364 DÍAS.

1.2. PERIODOS SUCESIVOS DE HOSPITALIZACIÓN.

LOS PERIODOS SUCESIVOS DE HOSPITALIZACIÓN DEBIDO A LAS MISMAS CAUSAS RELACIONADAS ENTRE SÍ, SE CONSIDERAN COMO RESULTANTES DEL MISMO ACCIDENTE O DE LA MISMA ENFERMEDAD, CASO EN EL CUAL SE INDEMNIZARÁ COMO MÁXIMO LAS PRIMERAS DOS (2) HOSPITALIZACIONES, HASTA POR EL TIEMPO FIJADO POR EL MÉDICO TRATANTE, SIN EXCEDER EN CONJUNTO DE CIENTO VEINTE (120) DÍAS. PASADOS SEIS (6) MESES SIN INTERNAMIENTO ALGUNO DESPUÉS DE HABER TERMINADO UN PERIODO DE HOSPITALIZACIÓN LOS PERIODOS SUBSIGUIENTES SE CONSIDERAN COMO UN NUEVO RECLAMO.

1.3. EXCLUSIONES

LA COMPAÑÍA NO EFECTUARÁ PAGO ALGUNO BAJO EL PRESENTE ANEXO, CUANDO LA HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO, SEAN ESTAS ANTERIORES A LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO, O TENGAN SU CAUSA, CONSISTAN EN, O SEAN CONSECUENCIA, DIRECTA O INDIRECTA, TOTAL O PARCIAL, DE:

1.3.1 ABORTO

1.3.2. EXÁMENES FÍSICOS DE RUTINA O CUALQUIER CASO CUANDO HAYA INDICIOS OBJETIVOS DE DETERIORO EN EL ESTADO DE SALUD NORMAL EXÁMENES DE LABORATORIO O RAYOS X, EXCEPTO EN EL CURSO DE UNA DOLENCIA COMPROBADA MEDIANTE LA PARTICIPACIÓN DE UN MÉDICO Y QUE ESTÉ CUBRIERA POR EL PRESENTE ANEXO.

1.3.3. LESIONES INTENCIONALMENTE INFRINGIDAS A SÍ MISMO POR EL ASEGURADO, O INTENTO DE SUICIDIO, SEA ESTE VOLUNTARIO O INVOLUNTARIO, CONSCIENTE O INCONSCIENTE, O CUALQUIER ACTO RELACIONADO CON TALES SUCESOS.

1.3.4. CIRUGÍA PLÁSTICA O COSMÉTICA, EXCEPTO LA QUE FUERE MOTIVADA POR EL RESULTADO DE UN ACCIDENTE CUBIERTO.

1.3.5. ANOMALÍAS CONGÉNITAS Y LOS TRASTORNOS QUE SOBREVENGAN POR TALES ANOMALÍAS, O SE RELACIONEN CON ELLAS.

1.3.6. CUALQUIER DESORDEN MENTAL, NERVIOSO O CURAS DE REPOSO.

1.3.7. LESIONES O ENFERMEDADES CAUSADAS POR ACTOS DE GUERRA, INVASIONES, HOSTILIDADES, HAYA O NO DECLARACIÓN DE GUERRA; NI MIENTRAS EL ASEGURADO CUMPLA EL SERVICIO MILITAR EN CUALQUIER RAMA DE LAS FUERZAS ARMADAS NACIONALES O EXTRANJERAS, YA SEA EN TIEMPO DE PAZ O DE GUERRA.

1.3.8. LESIONES O ENFERMEDADES CAUSADAS POR CONSPIRACIÓN CIVIL, HUELGA, INSURRECCIÓN, MOTÍN, PRISIÓN, SABOTAJE O USURPACIÓN DEL PODER CUANDO EL ASEGURADO HAYA PARTICIPADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE EN TALES HECHOS.

1.3.9. TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS.

1.3.10. HOSPITALIZACIONES CUANDO EL ASEGURADO NO SE ENCUENTRA BAJO LA ATENCIÓN Y CUIDADO DE UN MÉDICO AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN.

1.3.11. TODO CUIDADO AMBULATORIO PROVISTO EN EL CONSULTORIO DE UN MEDICO, CLÍNICA U HOSPITAL.

DEFINICIONES

Para efectos de este anexo se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

a) Clínica u hospital:

Establecimiento que funciona y está autorizado por la autoridad competente y legalmente para el cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas, como pacientes del mismo, con medios organizados para diagnóstico y cirugía mayor, con servicios médicos prestados por profesionales MÉDICOS, legalmente calificados en Medicina, y por enfermeras u enfermeros graduados.

La palabra "MÉDICO" significa una persona con título universitario vigente, capacitado para ejercer la Medicina, y que no tenga la calidad de Asegurado ni miembro familiar inmediato hasta tercer grado de consanguinidad del Asegurado.

b) Centro de cirugía

Es una institución que reúna los siguientes requisitos:

1. Tenga personal médico que incluya: médicos, enfermeras y anestesiastas, debidamente licenciados en su país de residencia o donde esté ejerciendo su profesión;
2. Deberá tener como mínimo dos salas de cirugía y una sala de recuperación.
3. Que cuente con laboratorios de diagnóstico y salas de radiología.
4. Esté debidamente equipado para asistencia de emergencias.
5. Mantenga archivos médicos o historias clínicas.
6. Que posea registros y licencia de acuerdo a las normas vigentes y regulatorias del País.

c) Cirugía:

Procedimiento médico quirúrgico realizado en una sala de operaciones de un hospital o clínica.

d) Día de hospitalización:

Para efectos del presente anexo se entiende como día de hospitalización la estancia hospitalaria que incluye la noche.

ANEXO DE REPATRIACIÓN O TRANSPORTE DE RESTOS MORTALES

Por convenio entre LA COMPAÑÍA y EL TOMADOR, el presente seguro tendrá las siguientes condiciones:

1. AMPARO

1.1. REPATRIACIÓN O TRANSPORTE DE RESTOS MORTALES

CUANDO LA PERSONA FALLECIDA SE ENCUENTRA FUERA DEL PAÍS Y SUS FAMILIARES DESEAN TRASLADARLO A SU LUGAR DE DOMICILIO HABITUAL EN COLOMBIA, LA COMPAÑÍA ASESORA A LA FAMILIA Y REALIZARÁ LOS TRÁMITES PARA LA REPATRIACIÓN DEL ASEGURADO FALLECIDO.

LA COMPAÑÍA ESTARÁ EN PERMANENTE CONTACTO CON LOS FAMILIARES Y LAS FUNERARIAS DEL EXTERIOR DESDE EL MOMENTO EN QUE SE REPORTE EL SERVICIO, CON EL FIN DE CONOCER SU EVOLUCIÓN Y PRESTAR ASESORÍA A LAS PERSONAS SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE LLEVARÁN A CABO DURANTE EL PROCESO DE TRASLADO.

PARÁGRAFO: LOS GASTOS DE FÉRETRO DEFINITIVO, LOS TRÁMITES FUNERARIOS Y LOS TRASLADOS DENTRO DEL PAÍS DE RESIDENCIA E INHUMACIÓN DEL BENEFICIARIO FALLECIDO NO ESTARÁN A CARGO DE LA COMPAÑÍA. EL SERVICIO DE REPATRIACIÓN FUNERARIA SE BRINDARÁ ÚNICAMENTE SI LA INTERVENCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES SOLICITADA EN FORMA INMEDIATA AL FALLECIMIENTO.

LA COBERTURA DE REPATRIACIÓN INCLUYE:

TRÁMITES LEGALES Y TRASLADOS LOCALES PARA LA REPATRIACIÓN A COLOMBIA.

COFRE METÁLICO SEGÚN REGLAMENTACIÓN VIGENTE PARA SU TRASLADO AL LUGAR DE DESTINO.

TRASLADO AÉREO EN VUELO REGULAR DE AEROLÍNEA COMERCIAL HASTA EL AEROPUERTO DE INGRESO AL PAÍS DE RESIDENCIA PERMANENTE DEL BENEFICIARIO.

SERVICIO DE CREMACIÓN Y REPATRIACIÓN DE CENIZAS.

ASISTENCIA PRODUCTO VIDA INTEGRAL PREMIUM BBVA SEGUROS

Mediante el presente anexo, **BBVA SEGUROS**, en adelante la Compañía, asegura los servicios de asistencia contenidos en las siguientes cláusulas:

QUEDA ENTENDIDO QUE LA OBLIGACION DE LA ASEGURADORA SE LIMITA AL PAGO DE LA INDEMNIZACION. DICHO PAGO SE REALIZARA EN DINERO O MEDIANTE REPOSICION DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 1110 DEL CODIGO DE COMERCIO. EL PAGO POR REPOSICION SE REALIZARA A TRAVES DE UN TERCERO.

PRIMERA: OBJETO DEL ANEXO

En virtud del presente anexo, la Compañía garantiza la puesta a disposición del asegurado de una ayuda material inmediata, en forma de prestación económica o de servicios, de acuerdo con los términos y condiciones consignados en el presente anexo y por hechos derivados de los riesgos especificados en el mismo.

Se deja establecido que el servicio que prestará la Compañía a través de sus proveedores de asistencia, es de medio y no de resultado, y estará sujeto a las circunstancias de tiempo, modo y lugar.

SEGUNDA: DEFINICIONES

Para los efectos de este anexo se entenderá por:

1. Tomador

Persona que traslada los riesgos por cuenta propia o ajena, quien suscribe este contrato, y por tanto a quien corresponden las obligaciones que se derivan del mismo, salvo aquellas que expresamente corresponden al asegurado.

2. Asegurado

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

3. SMLDV:

Salario Mínimo Legal Diario, es el valor que hubiera determinado el Gobierno Colombiano como tal, y que se encuentre vigente al momento del siniestro.

TERCERA: AMBITO TERRITORIAL

El derecho a las prestaciones de la asistencia se extiende a las ciudades que se encuentren en el casco urbano con nomenclatura de las ciudades de Bogotá, D.C., Medellín, Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Pereira, Manizales, Armenia, Cartagena, Santa Marta, Cúcuta, Ibagué, Popayán, Villavicencio (para asistencia fitness solo aplica las ciudades detalladas en la cobertura).

CUARTA: COBERTURAS

1. Asistencia Fitness (Esta cobertura aplica para Bogotá, D.C., Medellín, Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Pereira, Manizales, Armenia, Cartagena)

- Evaluación médica: Evaluación médica a domicilio.
- Diseño de un plan de entrenamiento personal: Asesoría personalizada para el plan de entrenamiento personal y seguimiento a dos rutinas de ejercicios.
- Apoyo nutricional: Ajustado a la evaluación médica y al plan de acondicionamiento físico personalizado, se realizará un apoyo nutricional telefónico.
- Promoción de actividades físicas: Información telefónica sobre eventos deportivos, promociones, descuentos entre otros.
- Asesoría para la compra de equipos de gimnasia para el hogar

2. Traslado al aeropuerto:

Por ser cliente Premium la Compañía se encargará de coordinar el servicio de traslados al aeropuerto por motivo de viaje del asegurado, solamente deberá ser solicitado con dos horas de antelación. El límite de eventos es de dos por vigencia.

3. Pérdida, hurto o destrucción de equipaje y/o efectos personales : (Aplica solo para viajes internacionales)

Si el asegurado sufriera la pérdida, hurto o destrucción de su equipaje y/o efectos personales durante su transporte en aerolínea comercial, la compañía le reconocerá como indemnización hasta el límite establecido en el cuadro de coberturas descrito a continuación:

Teléfono móvil: Hasta 250 dólares
Portátil: Hasta 500 dólares
Maletín: Hasta 250 dólares
Gafas: 150 dólares
Resto de equipaje o efectos personales: 500 dólares

Para que se haga efectiva la indemnización se deben cumplir las siguientes condiciones:

- Que la aerolínea comercial se haya hecho cargo de su responsabilidad por la pérdida del mencionado equipaje.
- Que dentro de las 24 horas siguientes a la finalización de vuelo el asegurado informe a la línea de asistencia de la compañía la pérdida o el daño de sus efectos personales durante el trayecto amparado.
- El Asegurado debe presentar al prestador de asistencia de la compañía los siguientes documentos:
 - Cuando se trate de pérdida de equipaje fotocopia de la denuncia ante la aerolínea y el recibo de equipaje entregado por la aerolínea durante el check-in
 - En caso de pérdida o hurto de los efectos personales, denuncia ante las autoridades pertinentes.

QUINTA: EXCLUSIONES

No son objeto de la cobertura, las prestaciones y hechos siguientes:

a) Los servicios que el beneficiario haya concertado por su cuenta sin el previo consentimiento de la Compañía; salvo en caso de fuerza mayor, según su definición legal, que le impida comunicarse con la Compañía.

Quedan excluidas de la cobertura, las consecuencias de los hechos siguientes:

a) Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos, etc.

- b) Hechos derivados de terrorismo, motín o tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de hechos de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad.
- d) Los derivados de la energía nuclear radiactiva.

SEXTA: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

En caso de evento cubierto por el presente anexo, el asegurado deberá solicitar siempre la asistencia por teléfono, debiendo indicar su nombre, el destinatario de la prestación, el número de la cédula de ciudadanía, o cédula de extranjería, el número de la póliza del seguro, el lugar dónde se encuentra, el número de teléfono y el tipo de asistencia que precisa

En cualquier caso no podrán ser atendidos los reembolsos de asistencias prestadas por servicios ajenos a esta Compañía.

SEPTIMA: INCUMPLIMIENTO

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

Si el asegurado solicita los servicios de asistencia y la Compañía no pudiera intervenir directamente, por causa de fuerza mayor, los gastos razonables en que se incurra serán reembolsados, previo cumplimiento de lo relacionado en la cláusula Novena.

OCTAVA: LÍMITE DE RESPONSABILIDAD

El proveedor de servicios responde por los riesgos amparados de conformidad a la definición que de los mismos trae el presente contrato. En consecuencia no será responsable de coberturas adicionales, de hechos fortuitos que sobrevengan en el desarrollo de la prestación de los servicios por parte de los proveedores, ni de los hechos preexistentes a dicha prestación.

NOVENA: REEMBOLSOS

El asegurado deberá solicitar antes de contratar, de manera particular, un servicio cubierto por el presente anexo, una autorización de la Compañía, la cual deberá pedirse por teléfono, a cualquiera de los números indicados para prestar la asistencia, debiendo indicar su nombre, el nombre del destinatario de la prestación, el número de la cédula de ciudadanía, o cédula de extranjería, el número de la póliza del seguro, el lugar donde se encuentra, el número de teléfono y tipo de asistencia que precisa.

Una vez recibida la solicitud previa, la Compañía dará al asegurado un código de autorización con el cual deberá remitir las facturas originales de los desembolsos realizados, a la dirección que le sea informada en el momento de recibir dicha autorización.

De cualquier manera, la Compañía se reserva el derecho de prestar directamente la asistencia objeto del presente anexo en aquellas ciudades donde a su propio juicio lo estime conveniente.