

SEGURO MERCADEO EMPRESARIAL

CHUBB®

AMPARO BÁSICO DE MUERTE ACCIDENTAL

29/12/2016-1305-P-31-CLACHUBB20160189
30/08/2015-1305-NT-31-APMAFORMANT00002
30/08/2015-1305-NT-31-APDAFORMANT00002
31/01/2015-1305-NT-34-VGEMPFORMANT0001
31/01/2015-1305-NT-34-ITPEMPFORMANT001
31/01/2015-1305-NT-34-EGEMPFORMANT0001
30/08/2015-1305-NT-31-APRDHFORMANT0002

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ LA COMPAÑÍA, TENIENDO EN CUENTA LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA SOLICITUD DE SEGURO PRESENTADA POR EL TOMADOR Y EN LAS SOLICITUDES INDIVIDUALES DE LOS ASEGURADOS, EL CUESTIONARIO Y DEMÁS DOCUMENTOS ANEXOS, LOS CUALES SE INCORPORAN AL PRESENTE CONTRATO PARA TODOS LOS EFECTOS, SE OBLIGA A PAGAR LA CORRESPONDIENTE SUMA ASEGURADA, POR LA MUERTE ACCIDENTAL DE CUALQUIERA DE LAS PERSONAS AMPARADAS, OCURRIDA DURANTE LA VIGENCIA DE ÉSTA PÓLIZA, CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS, CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES ACÁ CONTENIDAS.

CONDICIÓN PRIMERA - AMPARO Y EXCLUSIONES AMPARO
ESTE SEGURO CUBRE LA MUERTE DEL ASEGURADO SIEMPRE Y CUANDO HAYA SIDO OCASIONADA POR UN ACCIDENTE, TAL COMO SE DEFINE EN ESTE CONTRATO, Y SE PRESENTE DENTRO DE LOS 180 DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE SU OCURRENCIA.

EXCLUSIONES

NO HABRÁ LUGAR A PAGO ALGUNO POR ESTA PÓLIZA CUANDO LA MUERTE DEL ASEGURADO SEA GENERADA, DERIVADA, RESULTANTE, CAUSADA U OCASIONADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE O RELACIONADA CON:

1. LESIONES O MUERTE CAUSADAS ASÍ MISMO POR EL ASEGURADO YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DE DEMENCIA, INCLUYE EL SUICIDIO O TENTATIVA DEL MISMO.
2. ACTOS DE GUERRA INTERIOR O EXTERIOR, INVASIÓN, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, SEDICIÓN, CONMOCIÓN INTERIOR, ASONADA, HUELGA O ACTOS VIOLENTOS MOTIVADOS POR CONMOCIÓN SOCIAL O POR APLICACIÓN DE LA LEY MARCIAL,

ACTIVIDADES TERRORISTAS NBQR, CON USO DE MATERIAL NUCLEAR, BIOLÓGICO, QUÍMICO Y RADIOACTIVO.

- 3. MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE SIRVIENDO EN LABORES MILITARES, EN LAS FUERZAS ARMADAS, NAVALES, AÉREAS O DE POLICÍA DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD INTERNACIONAL, A MENOS QUE SE AMPARE ESTA ACTIVIDAD EN EL ANEXO DE EMISIÓN GARANTIZADA.**
- 4. EL USO DE CUALQUIER NAVE AÉREA EN CALIDAD DE PILOTO, ESTUDIANTE DE PILOTAJE, MECÁNICO DE VUELO O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN.**
- 5. ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO VIAJE COMO PASAJERO EN AERONAVES QUE NO PERTENEZCAN A UNA COMPAÑÍA DE TRANSPORTE AÉREO CON ITINERARIOS DEBIDAMENTE PUBLICADOS Y AUTORIZADA PARA OPERAR EN FORMA COMERCIAL EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS POR LA AUTORIDAD GUBERNAMENTAL CON JURISDICCIÓN SOBRE LA AVIACIÓN CIVIL EN EL PAÍS DE SU REGISTRO.**
- 6. FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, RADIOACTIVIDAD, SEA EN FORMA DIRECTA O INDIRECTA.**
- 7. POR LA PARTICIPACIÓN DIRECTA DEL ASEGURADO EN LA COMISIÓN DE ALGÚN DELITO TIPIFICADO POR LA LEY PENAL.**
- 8. ACCIDENTES QUE OCURRAN COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO EL INFLUJO DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE SUSTANCIAS QUE POR SU PROPIA NATURALEZA PRODUZCAN ALTERACIÓN DEL ESTADO DE PLENA CONCIENCIA, A MENOS QUE EL ASEGURADO NO SE HAYA COLOCADO VOLUNTARIAMENTE EN EL MENCIONADO ESTADO.**
- 9. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN CUALQUIER CLASE DE RIÑAS.**
- 10. MILITARES, POLICÍAS, GUARDIAS Y TODO TIPO DE PROFESIÓN O ACTIVIDAD EN LA CUAL SE LLEVE ARMAS. AMENOS QUE SE AMPARE ESTA ACTIVIDAD EN EL ANEXO DE EMISIÓN GARANTIZADA.**
- 11. TERREMOTOS, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, MAREJADAS O CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE; FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, RADIOACTIVIDAD, SEA EN FORMA DIRECTA O INDIRECTA.**
- 12. POR LA PARTICIPACIÓN DIRECTA DEL ASEGURADO EN LA COMISIÓN DE ALGÚN DELITO TIPIFICADO POR LA LEY PENAL.**

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 SEGUNDA - DEFINICIONES

2.1 ACCIDENTE

Para los efectos de la presente póliza, se entiende por accidente todo suceso imprevisto, externo, violento, visible, repentino e independiente de la voluntad del ASEGURADO, que produzca en la integridad física del mismo cualquiera de las pérdidas, lesiones corporales o perturbaciones funcionales indicadas en este seguro, verificables mediante examen médico.

Se considera también como accidente para los efectos de esta póliza:

1. La muerte que resulte de asfixia por agua o gases.
2. La electrocución involuntaria, incluido el rayo.
3. La mordedura de animales o la picadura de insectos y sus consecuencias
4. El ahogamiento

5. El envenenamiento

6. Aquellos no provocados por el ASEGURADO, que ocurran en embarcaciones, aviones, autobuses o ferrocarriles de servicio público o de líneas comerciales autorizadas para el transporte regular de pasajeros por la autoridad gubernamental con jurisdicción sobre el transporte público en el país de su registro, siempre que se presenten durante viajes con itinerarios establecidos y previamente publicados, ya sea en Colombia o en el exterior.

2.2. ACTIVIDAD TERRORISTA NBQR

Significa cualquier acto intencionado e ilícito que incluya, implique o esté asociado, total o parcialmente, al uso o la amenaza del uso de o la liberación o la amenaza de liberación de cualquier sustancia, material, instrumento o arma nuclear, biológica, química o radiactiva, con la intención de:

- a) Promover, fomentar o expresar oposición a cualquier causa u objetivo político, ideológico, filosófico, racial, étnico, social o religioso, o
- b) Influenciar, perturbar o interferir en cualquier operación, actividad o política gubernamental, o
- c) Intimidar, coaccionar o crear temor y miedo en la opinión pública o parte de la misma, o perturbar o interferir en una economía nacional o cualquier segmento de una economía nacional, o incluya, implique o esté asociado, total o parcialmente, al uso o la amenaza del uso de o la liberación o la amenaza de liberación de cualquier sustancia, material, instrumento o arma nuclear, biológica, química o radiactiva que cualquier instancia gubernamental autorizada haya declarado que sea terrorista o que implique terrorismo, actividades terroristas o actos de terrorismo.

CONDICIÓN TERCERA - TOMADOR

Es la persona que traslada los riesgos. Es el responsable del pago de las primas.

Salvo estipulación expresa en contrario, en todos los casos en que el TOMADOR y el ASEGURADO especificados en la presente póliza sean personas distintas, se entenderá que el TOMADOR actúa por cuenta propia siendo de su cargo por lo tanto, el cumplimiento de todas las obligaciones que como tal le corresponden de acuerdo con la Ley y el presente contrato.

CONDICIÓN CUARTA - PERSONAS ASEGURABLES

Son asegurables las personas cuya edad se encuentre comprendida entre los doce (12) años para mujeres y catorce (14) años para hombres y los 65 años y no padezcan de paraplejia, cuadriplejia, sordera, ceguera, epilepsia, diabetes, apoplejía, ataques de delirium tremens, sonambulismo, síncope, vértigos, enfermedades mentales.

Si se llegare a incluir en el contrato de seguro alguna persona fuera de los límites de edad o alguna que padezca cualquiera de las enfermedades indicadas en el párrafo anterior, el contrato no tendrá efecto alguno para dicha persona y dará lugar a la devolución de la prima correspondiente.

CONDICIÓN QUINTA - VIGENCIA DEL AMPARO INDIVIDUAL

Los amparos respecto de cada persona, solo entrarán en vigor a partir de la fecha en que LA COMPAÑÍA comunique por escrito su aprobación al TOMADOR. Si dentro de los treinta (30) días comunes siguientes a la fecha de recibo de la solicitud, LA COMPAÑÍA no ha producido esta comunicación, se considerará como no aprobada.

CONDICIÓN SEXTA - PÓLIZA COLECTIVA

Cuando la presente póliza otorgue cobertura a un número plural de ASEGURADOS bajo la modalidad de Póliza Colectiva, las estipulaciones contenidas en este contrato se entenderán aplicables respecto de cada uno de los ASEGURADOS individualmente considerados.

CONDICIÓN SÉPTIMA - VALOR ASEGURADO

El valor asegurado individual se determinará de acuerdo con la forma y los límites indicados en la carátula de la póliza o en el anexo correspondiente.

CONDICIÓN OCTAVA - LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD

LA COMPAÑÍA no será responsable en ningún caso por suma alguna en exceso del Límite Máximo de Responsabilidad estipulado en la carátula de la presente póliza.

Si la totalidad de las sumas que individualmente hubiere debido pagar LA COMPAÑÍA a consecuencia de un solo accidente, excediera del expresado Límite Máximo de Responsabilidad, LA COMPAÑÍA pagará a cada ASEGURADO que hubiere sido afectado por tal accidente, la suma que proporcionalmente le corresponda con relación al Límite Máximo de Responsabilidad. Esta condición será aplicable únicamente cuando bajo la presente Póliza se otorgue cobertura para un número plural de ASEGURADOS, bajo la modalidad de Póliza Colectiva.

CONDICIÓN NOVENA - PAGO DE LA PRIMA

Salvo que por acuerdo expreso entre las partes se establezca un término diferente, consignado expresamente en documento adherido a la presente póliza, el TOMADOR se obliga a pagar la prima dentro del mes siguiente a la fecha de entrega de la póliza o, si fuere el caso de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella.

Durante este tiempo se considerará el seguro en vigor y por consiguiente si ocurre algún siniestro, LA COMPAÑÍA tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas y pendientes de pago correspondientes al ASEGURADO fallecido, hasta completar la anualidad respectiva.

El no pago de la prima dentro de las oportunidades indicadas ocasionará la terminación automática de este contrato y en consecuencia, LA COMPAÑÍA quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración del plazo para el pago de la prima.

CONDICIÓN DÉCIMA - FRACCIONAMIENTO DE LA PRIMA

Las primas han sido calculadas para períodos anuales a excepción de los seguros de corto plazo en cuyo caso la prima será calculada dependiendo de la vigencia del seguro. Todas las primas deben pagarse anticipadamente; no obstante, en la fecha de iniciación del contrato o en cualquier aniversario de la póliza podrá convenirse su pago en forma semestral, trimestral o mensual, mediante la aplicación de recargos financieros.

LA COMPAÑÍA, en caso de siniestro, deducirá de la indemnización correspondiente el valor de la fracción que falte para completar la anualidad en curso, excepto en los seguros calculados por el sistema de corto plazo.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA - 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 les 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, produce la nulidad relativa de la presente póliza.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el TOMADOR o el ASEGURADO individualmente considerado, han 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 o del ASEGURADO individualmente

considerado, 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 representen, respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

Las sanciones anteriores no son aplicables si LA COMPAÑÍA antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA - AVISO EN CASO DE ACCIDENTE

En caso de accidente que pueda dar lugar a una reclamación bajo esta póliza o sus anexos, el ASEGURADO o el BENEFICIARIO según el caso, avisará a LA COMPAÑÍA dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha en que se haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA - RECLAMACIÓN

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:

- a) En caso de muerte accidental informe de las autoridades de las causas del accidente, copia del acta de levantamiento o necropsia o informe de la autoridad competente.
- b) Registro civil de defunción indicando la causa del fallecimiento.
- c) Documentos de identificación de los BENEFICIARIOS.
- d) Si no hubo designación de BENEFICIARIOS a título gratuito: registro civil de matrimonio del cónyuge sobreviviente, fotocopia documento de identidad de los hijos, declaración extra juicio firmada por dos testigos que conocieron al fallecido indicando el estado civil, número de hijos matrimoniales y extra matrimoniales.
- e) Los demás que LA COMPAÑÍA considere necesarios para el estudio de la reclamación.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA - PAGO DEL SINIESTRO

LA COMPAÑÍA pagará la indemnización a que está obligada por la póliza y sus anexos si los hubiere, dentro del término legal de un mes contado a partir de la fecha en que se acredite la ocurrencia del siniestro y su cuantía.

LA COMPAÑÍA podrá hacer examinar al ASEGURADO tantas veces como lo estime conveniente, mientras se encuentre pendiente cualquier reclamo bajo la presente póliza o sus anexos, y tendrá derecho a solicitar la práctica de la autopsia en los casos que crea necesarios, a menos que la Ley lo prohíba.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA - PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

La mala fe del ASEGURADO o del BENEFICIARIO en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causará la pérdida de tal derecho.

Igualmente se perderá tal derecho si el siniestro fuere causado voluntariamente por el ASEGURADO o con su complicidad o por su culpa grave o inexcusable.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA - RENOVACIÓN

La presente póliza es renovable a voluntad de las partes contratantes.

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA - TERMINACIÓN DEL SEGURO

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

1. Por mora en el pago de la prima de acuerdo con la condición PAGO DE LA PRIMA.
2. Al vencimiento de la póliza, si ésta no se renueva por decisión expresa de alguna de las partes.
3. Cuando el TOMADOR revoque la póliza por escrito.
4. Cuando al momento de la renovación del seguro, el grupo ASEGURADO sea inferior a 20 personas.
5. En el aniversario de la póliza más próximo a la fecha en que el ASEGURADO cumpla setenta (70) años de edad.
6. Cuando el ASEGURADO deje de pertenecer al grupo ASEGURADO
7. Cuando el ASEGURADO o los BENEFICIARIOS, según el caso, hubieren recibido una indemnización equivalente al 100% del valor asegurado.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA - REVOCACIÓN

La presente póliza y sus anexos podrán ser revocados unilateralmente por los contratantes: por LA COMPAÑÍA, mediante aviso escrito al TOMADOR, enviado a su última dirección conocida con no menos de treinta (30) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha del envío; y por el TOMADOR, en cualquier momento mediante aviso escrito dado a LA COMPAÑÍA. El importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

El hecho de que LA COMPAÑÍA reciba suma alguna después de la fecha de revocación, no hará perder los efectos de dicha revocación. En consecuencia, cualquier pago posterior será reembolsado.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA - NOTIFICACIONES

Las notificaciones que deban hacerse las partes para los efectos de la presente póliza, salvo el aviso de siniestro, deberán consignarse por escrito y serán prueba suficiente de las mismas, la constancia del envío de la comunicación por correo certificado o recomendado, dirigido a la última dirección por ellas registrada.

CONDICIÓN VIGÉSIMA – PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser 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.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA - 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 expedición de la póliza que figura en la carátula de la misma.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA - DISPOSICIONES LEGALES

Para todos los aspectos no previstos explícitamente en la presente póliza, se aplicarán las disposiciones del Código de Comercio y demás normas legales pertinentes.

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA - PREVENCIÓN LAVADOS DE ACTIVOS

De conformidad con lo establecido por la Superintendencia Financiera de Colombia, el TOMADOR, el ASEGURADO y los BENEFICIARIOS, se obligan con LA COMPAÑÍA a diligenciar con datos ciertos y reales el formato que para tal fin se presente y a suministrar los documentos que se soliciten como anexos, al inicio de la Póliza y a la renovación de la misma.

**SEGURO MERCADEO EMPRESARIAL
AMPARO ADICIONAL DE INVALIDEZ O DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL**

POR CONVENIO ENTRE LA COMPAÑÍA Y EL TOMADOR, ESTE AMPARO ADICIONAL HACE PARTE DE LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES ARIPIA CITADA SIEMPRE Y CUANDO SE HAYAN INCLUIDO EN EL CUADRO DE AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS DE LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y QUEDA SUJETO A SUS CONDICIONES GENERALES, SUS ESTIPULACIONES Y EXCLUSIONES, LO MISMO QUE A LAS SIGUIENTES CONDICIONES PARTICULARES:

CONDICIÓN PRIMERA - AMPARO, LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL CUBRE AL ASEGURADO LA INVALIDEZ O PÉRDIDA DE ALGUNO DE LOS MIEMBROS, ÓRGANOS O FACULTADES DESCRITOS EN LA TABLA DE INDEMNIZACIONES, SIEMPRE QUE TAL PÉRDIDA SEA COMPROBABLE MEDIANTE DICTAMEN MEDICO, SE PRODUZCA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE TAL COMO ESTA DEFINIDO EN EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL Y SE MANIFIESTE DENTRO DE LOS 180 DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE SU OCURRENCIA.

EXCLUSIONES

AL PRESENTE AMPARO SE LE APLICAN, EN LO PERTINENTE, TODAS LAS EXCLUSIONES DEL AMPARO BÁSICO DE ACCIDENTES Y LAS QUE A CONTINUACIÓN SE ADICIONAN:

- 1. INVALIDEZ O DESMEMBRACIÓN POR LESIONES CAUSADAS ASÍ MISMO POR EL ASEGURADO YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DE DEMENCIA, INCLUYE EL SUICIDIO O TENTATIVA DEL MISMO.**
- 2. INVALIDEZ O DESMEMBRACIÓN CAUSADAS POR INSOLACIONES O CONGELACIONES, CUALQUIER CLASE DE HERNIAS O VARICES, TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS QUE NO SEAN NECESARIOS EN RAZÓN DE ACCIDENTES AMPARADOS POR ESTE SEGURO, INFECCIONES BACTERIANAS (SALVO INFECCIONES PIOGÉNICAS QUE ACONTEZCAN COMO CONSECUENCIA DE UNA HERIDA ACCIDENTAL), NI LOS EFECTOS PSÍQUICOS O ESTÉTICOS RESULTANTES DE CUALQUIER ACCIDENTE.**
- 3. INVALIDEZ O DESMEMBRACIÓN CAUSADAS POR LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN ACTIVIDADES TERRORISTAS NBQR, CON USO DE MATERIAL NUCLEAR, BIOLÓGICO, QUÍMICO Y RADIOACTIVO.**
- 4. INVALIDEZ O DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE SIRVIENDO EN LABORES MILITARES, EN LAS FUERZAS ARMADAS, NAVALES, AÉREAS O DE POLICÍA DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD INTERNACIONAL, A MENOS QUE SE AMPARE ESTA ACTIVIDAD EN EL ANEXO DE “EMISIÓN GARANTIZADA”.**
- 5. EL USO DE CUALQUIER NAVE AÉREA EN CALIDAD DE PILOTO, ESTUDIANTE DE PILOTAJE, MECÁNICO DE VUELO O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN.**
- 6. ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO VIAJE COMO PASAJERO EN AERONAVES QUE NO PERTENEZCAN A UNA COMPAÑÍA DE TRANSPORTE AÉREO CON ITINERARIOS DEBIDAMENTE PUBLICADOS Y AUTORIZADA PARA OPERAR EN FORMA COMERCIAL EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS POR LA AUTORIDAD GUBERNAMENTAL CON JURISDICCIÓN SOBRE LA AVIACIÓN CIVIL EN EL PAÍS DE SU REGISTRO.**
- 7. INVALIDEZ O DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL POR LESIONES CAUSADA POR OTRA PERSONA CON ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE, O AQUELLA PRODUCIDA POR EXPLOSIVOS, EXCEPTO EL HOMICIDIO CULPOSO EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO**

8. FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, RADIOACTIVIDAD, SEA EN FORMA DIRECTA O INDIRECTA
9. POR LA PARTICIPACIÓN DIRECTA DEL ASEGURADO EN LA COMISIÓN DE ALGÚN DELITO TIPIFICADO POR LA LEY PENAL.
10. ACCIDENTES QUE OCURRAN COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO EL INFLUJO DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE SUSTANCIAS QUE POR SU PROPIA NATURALEZA PRODUZCAN ALTERACIÓN DEL ESTADO DE PLENA CONCIENCIA, A MENOS QUE EL ASEGURADO NO SE HAYA COLOCADO VOLUNTARIAMENTE EN EL MENCIONADO ESTADO.
11. EPIDEMIAS O INFECCIONES, A NO SER QUE ESTAS ÚLTIMAS SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA CATÁSTROFE CUBIERTA POR EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL.
12. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN CUALQUIER CLASE DE RIÑAS.
13. MILITARES, POLICÍAS, GUARDIAS Y TODO TIPO DE PROFESIÓN O ACTIVIDAD EN LA CUAL SE LLEVE ARMAS. AMENOS QUE SE AMPARE ESTA ACTIVIDAD EN EL ANEXO DE “EMISIÓN GARANTIZADA”.

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 SEGUNDA - DEFINICIONES

2.1 ACCIDENTE

Para los efectos de la presente póliza, se entiende por accidente todo suceso imprevisto, externo, violento, visible, repentino e independiente de la voluntad del ASEGURADO, que produzca en la integridad física del mismo cualquiera de las pérdidas, lesiones corporales o perturbaciones funcionales indicadas en este seguro, verificables mediante examen médico.

Se considera también como accidente para los efectos de esta póliza:

1. La muerte que resulte de asfixia por agua o gases.
2. La electrocución involuntaria, incluido el rayo.
3. La mordedura de animales o la picadura de insectos y sus consecuencias
4. El ahogamiento
5. El envenenamiento
6. Aquellos no provocados por el ASEGURADO, que ocurran en embarcaciones, aviones, autobuses o ferrocarriles de servicio público o de líneas comerciales autorizadas para el transporte regular de pasajeros por la autoridad gubernamental con jurisdicción sobre el transporte público en el país de su registro, siempre que se presenten durante viajes con itinerarios establecidos y previamente publicados, ya sea en Colombia o en el exterior.

2.2. ACTIVIDAD TERRORISTA NBQR

Significa cualquier acto intencionado e ilícito que incluya, implique o esté asociado, total o parcialmente, al uso o la amenaza del uso de o la liberación o la amenaza de liberación de cualquier sustancia, material, instrumento o arma nuclear, biológica, química o radiactiva, con la intención de:

- a) Promover, fomentar o expresar oposición a cualquier causa u objetivo político, ideológico, filosófico, racial, étnico, social o religioso, o
- b) Influenciar, perturbar o interferir en cualquier operación, actividad o política gubernamental, o
- c) Intimidar, coaccionar o crear temor y miedo en la opinión pública o parte de la misma, o perturbar o interferir en una economía nacional o cualquier segmento de una economía nacional, o incluya, implique o esté asociado, total o parcialmente, al uso o la amenaza del uso de o la liberación o la amenaza de liberación de cualquier sustancia,

material, instrumento o arma nuclear, biológica, química o radiactiva que cualquier instancia gubernamental autorizada haya declarado que sea terrorista o que implique terrorismo, actividades terroristas o actos de terrorismo.

CONDICIÓN TERCERA - TABLA DE INDEMNIZACIONES

Si como consecuencia directa de un accidente amparado tal como está definido en la presente póliza y dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la ocurrencia del mismo, el ASEGURADO sufre una pérdida de miembros, órganos o facultades de las enumeradas a continuación, LA COMPAÑÍA pagará:

Tabla de indemnizaciones por desmembración (%)

Por inhabilitación o pérdida de ambas manos o ambos pies	100%
Por inhabilitación o pérdida de una mano y un pie	100%
Por pérdida total de la visión de ambos ojos	100%
Por inhabilitación o pérdida de una mano o un pie, junto con la pérdida total de la visión por un ojo.	100%
Por pérdida total y definitiva del habla	100%
Por pérdida total de la audición, irreparable por medios Artificiales.	100%
Enajenación mental incurable	100%
Por inhabilitación o pérdida de la mano o del pie	60%
Por pérdida total de la visión de un ojo	50%
Por desprendimiento de retina	50%
Por pérdida de una pierna por encima de la rodilla	50%
Por fractura no consolidada de una mano (seudo artrosis total)	45%
Por anquilosis de la cadera en posición no funcional	40%
Por pérdida completa del uso de la cadera	40%
Por fractura no consolidada de un muslo (seudo artrosis total)	35%
Por fractura no consolidada de una rótula (seudo artrosis total)	30%
Por anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30%
Por anquilosis del hombro en posición no funcional	30%
Por anquilosis del codo en posición no funcional	25%
Por pérdida del dedo pulgar de la mano derecha, que comprende las dos falanges	25%
Por anquilosis de la cadera en posición funcional	20%
Por fractura no consolidada de un pie (seudo artrosis total)	20%
Por fractura no consolidada de una rodilla	20%
Por anquilosis del codo en posición funcional	20%
Por anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20%
Por pérdida del dedo pulgar de la mano izquierda, que comprende las dos falanges	15%
Por anquilosis del empeine (cuello del pie) en posición no Funcional	15%

Por pérdida completa del uso del tobillo	15%
Por acortamiento de un miembro inferior por lo menos en cinco cm.	15%
Por anquilosis de la muñeca en posición funcional	15%
Por pérdida de todos los dedos de un pie	15%
Por pérdida del dedo índice izquierdo	12%
Por pérdida del dedo anular derecho	10%
Por pérdida del dedo medio derecho	10%
Por pérdida de cada uno de los dedos de la mano excepto el pulgar	10%
Por Desfiguración facial total	10%
Por anquilosis del empeine en posición funcional	8%
Por acortamiento de un miembro inferior por lo menos en tres cm.	8%
Por pérdida del dedo anular izquierdo	8%
Por pérdida del dedo medio izquierdo	8%
Por pérdida del dedo meñique derecho	7%
Por pérdida del dedo meñique izquierdo	5%
Por pérdida del dedo grueso artejo del pie	5%
Por pérdida de cada uno de los dedos del pie, excepto el dedo grueso artejo	3%

PARÁGRAFO

1. Para todos los efectos de la presente condición se entiende por pérdida de la mano la amputación que se verifique a nivel de la articulación radio carpiana y por pérdida del pie, la amputación que se verifique a nivel de la articulación tibiotarsiana.
2. También se entiende por pérdida la inhabilitación funcional total y permanente del órgano o miembro lesionado.
3. La pérdida de miembros u órganos ya imposibilitados o lesionados antes del accidente no pueden dar lugar a indemnización sino por la diferencia entre el estado de invalidez que representara antes y después del accidente.
4. La indemnización total que corresponda a varias pérdidas sufridas en un mismo accidente, se obtiene por la suma de los porcentajes fijados a cada una de ellas, sin que la suma total pueda exceder el 100% del valor asegurado en este amparo. Cuando varias pérdidas o lesiones afectan a un mismo miembro u órgano, no se acumulan entre sí, sino que la indemnización se determina por la mayor de dichas pérdidas o lesiones.
5. Las indemnizaciones pagadas por concepto de pérdidas de dedos se deducirán de cualquier pago que se hiciera por concepto de la pérdida de la mano o del pie respectivo.

CONDICIÓN CUARTA - DEDUCCIONES

Cualquier indemnización pagada con motivo de una desmembración o de una invalidez permanente será tomada en cuenta y por lo tanto deducida de la indemnización por muerte a que pudiera dar lugar el mismo accidente en virtud del presente amparo adicional.

CONDICIÓN QUINTA - PERSONAS ASEGURABLES

Son asegurables las personas cuya edad se encuentre comprendida entre los 5 y los 70 años y no padezcan de paraplejia, cuadriplejia, sordera, ceguera, epilepsia, diabetes, apoplejía, ataques de delirium tremens, sonambulismo, síncope, vértigos, enfermedades mentales.

Si se llegare a incluir en el contrato de seguro alguna persona fuera de los límites de edad o alguna que padezca cualquiera de las enfermedades indicadas en el párrafo anterior, el contrato no tendrá efecto alguno para dicha persona y dará lugar a la devolución de la prima correspondiente.

CONDICIÓN SEXTA - VALOR ASEGURADO

El valor asegurado individual se determinará de acuerdo con la forma y los límites indicados en la carátula de la póliza o en el anexo correspondiente.

CONDICIÓN SÉPTIMA - LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD

LA COMPAÑÍA no será responsable en ningún caso por suma alguna en exceso del Límite Máximo de Responsabilidad estipulado en la carátula de la póliza de Vida Grupo a la cual accede este amparo adicional.

Si la totalidad de las sumas que individualmente hubiere debido pagar LA COMPAÑÍA a consecuencia de un solo accidente, excediera del expresado Límite Máximo de Responsabilidad, LA COMPAÑÍA pagará a cada ASEGURADO que hubiere sido afectado por tal accidente, la suma que proporcionalmente le corresponda con relación al Límite Máximo de Responsabilidad. Esta condición será aplicable únicamente cuando bajo la presente Póliza se otorgue cobertura para un número plural de ASEGURADOS, bajo la modalidad de Póliza Colectiva.

CONDICIÓN OCTAVA - TERMINACIÓN DEL AMPARO

El presente amparo adicional, terminará para cada ASEGURADO, al vencimiento de la anualidad más próxima a la fecha en que cumpla setenta (70) años de edad o cuando se produzca el pago de la reclamación por el amparo Básico de Muerte Accidental.

CONDICIÓN NOVENA - RECLAMACIONES

A efecto del pago de la indemnización correspondiente al presente amparo adicional, el ASEGURADO deberá acreditar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, en los términos del artículo 1077 de código del comercio.

La suma que LA COMPAÑÍA pagará al ASEGURADO o los BENEFICIARIOS en caso de invalidez o desmembración accidental del ASEGURADO, tal como quedó definido en la condición referente al presente amparo adicional, será equivalente al valor que figure en la carátula de la póliza. Bajo ninguna circunstancia LA COMPAÑÍA pagará por este amparo adicional un valor superior al del amparo básico del seguro de Muerte accidental.

La mala fe del ASEGURADO o del BENEFICIARIO en la reclamación o comprobación del derecho al pago del siniestro, causará la pérdida de tal derecho.

CONDICIÓN DÉCIMA - AVISO EN CASO DE SINIESTRO

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo la presente póliza o sus amparos adicionales, el TOMADOR o el BENEFICIARIO según el caso, deberá dar aviso del siniestro a LA COMPAÑÍA, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

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:

- a) En caso de invalidez o desmembración accidental: informe de las autoridades de las causas del accidente, copia del acta o informe de la autoridad competente.
- b) Informe del médico que lo atendió en el accidente, indicando tipo y calificación de la desmembración.
- c) Copia del documento de identidad.
- d) Los demás que LA COMPAÑÍA considere necesarios para el estudio de la reclamación.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA - REVOCACIÓN

Este amparo adicional quedará revocado en los siguientes casos:

- a) En cualquier momento, cuando el TOMADOR lo solicite mediante aviso escrito dado a LA COMPAÑÍA. 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.
- b) LA COMPAÑÍA podrá en cualquier tiempo revocar este amparo adicional, mediante aviso escrito al TOMADOR, enviando a su última dirección conocida con no menos de diez (10) días hábiles de antelación contados a partir de la fecha de su envío. En este caso LA COMPAÑÍA devolverá la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efecto la revocación y la del vencimiento del contrato.

El hecho que LA COMPAÑÍA reciba suma alguna después de la fecha de revocación, no hará perder los efectos de dicha revocación. En consecuencia, cualquier pago posterior será reembolsado.

SEGURO MERCADEO EMPRESARIAL AMPARO BÁSICO DE VIDA

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ LA COMPAÑÍA, CON BASE EN LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA SOLICITUD DE SEGURO PRESENTADA POR EL TOMADOR, EN LAS SOLICITUDES INDIVIDUALES, LOS ANEXOS, LAS DECLARACIONES DE ASEGURABILIDAD, LOS CERTIFICADOS MÉDICOS Y CUALQUIER OTRO DOCUMENTO ESCRITO Y ACEPTADO POR LAS PARTES, LOS CUALES SE INCORPORAN AL PRESENTE CONTRATO PARA TODOS LOS EFECTOS, SE OBLIGA A PAGAR LA CORRESPONDIENTE SUMA ASEGURADA, A LA MUERTE DE CUALQUIERA DE LAS PERSONAS AMPARADAS, OCURRIDA DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS, CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES ACA CONTENIDAS.

CONDICIÓN PRIMERA. AMPARO BÁSICO Y EXCLUSIONES

1.1. AMPARO BÁSICO

LA PRESENTE PÓLIZA AMPARA A LOS ASEGURADOS EN CASO DE FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA, INCLUYENDO SUICIDIO, HOMICIDIO Y TERRORISMO, SIEMPRE Y CUANDO NO SEA CAUSADO POR ARMAS QUÍMICAS, BIOLÓGICAS O NUCLEARES.

1.2. EXCLUSIONES

MUERTE DERIVADA DE UNA ENFERMEDAD CUYO ORIGEN SE ENCUENTRE EN UNA FECHA ANTERIOR A LA DE INICIACIÓN DE VIGENCIA DEL SEGURO.

SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD, LESIÓN O CONDICIÓN PREEXISTENTE, AQUELLAS QUE EN FECHA ANTERIOR A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL AMPARO PARA CADA ASEGURADO HAYAN SIDO DIAGNOSTICADAS POR UN MÉDICO, O POR LAS CUALES SE HAYA CONSULTADO O RECIBIDO TRATAMIENTO MÉDICO, SERVICIO O SUMINISTRO, PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS O DROGAS, O APARENTES A LA VISTA O LAS QUE POR SUS SÍNTOMAS O SIGNOS NO PUDIERAN PASAR INADVERTIDAS.

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 SEGUNDA – DEFINICIONES

2.1. TOMADOR

Es la persona, natural o jurídica que, obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos, para asegurar un número determinado de personas. Es el responsable del pago de las primas.

2.2. GRUPO ASEGURADO Y GRUPO ASEGURABLE

29/12/2016-1305-P-31-CLACHUBB20160189
30/08/2015-1305-NT-31-APMAFORMANT00002
30/08/2015-1305-NT-31-APDAFORMANT00002
31/01/2015-1305-NT-34-VGEMPFORMANT0001
31/01/2015-1305-NT-34-ITPEMPFORMANT001
31/01/2015-1305-NT-34-EGEMPFORMANT0001
30/08/2015-1305-NT-31-APRDHFORMANT0002

Grupo ASEGURADO es el constituido por las personas que tienen el carácter de asegurables y se encuentran amparados por la presente póliza. Cualquiera que sea la modalidad del seguro, no podrá resultar inferior en ningún caso a 20 personas.

Grupo Asegurable es el constituido por un conjunto de personas naturales, vinculadas bajo una misma personería jurídica, en virtud de una situación legal o reglamentaria, o que tengan con una tercera persona (TOMADOR) relaciones estables de la misma naturaleza, cuyo vínculo no tenga relación con el propósito único de contratar el seguro de vida.

CONDICIÓN TERCERA - OBJETO DEL SEGURO

El presente seguro tiene por objeto amparar contra el riesgo de muerte y los amparos adicionales contratados, indicados en la carátula de la póliza a los miembros del grupo ASEGURADO.

CONDICIÓN CUARTA - MODALIDADES DEL SEGURO

Las pólizas de Seguro de Vida Grupo Mercadeo Empresarial, tendrán cualquiera de las siguientes Modalidades:

4.1. Seguro de Grupo contributivo.

Es aquel cuya prima es sufragada, en su totalidad o en parte, por los miembros del grupo ASEGURADO.

4.2. Seguro de Grupo no contributivo.

Es aquel cuya prima es sufragada en su totalidad por el TOMADOR del Seguro.

CONDICIÓN QUINTA - EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

La edad mínima de ingreso para el amparo básico de vida, tanto para un seguro de grupo contributivo como no contributivo es de doce (12) años para las mujeres y de catorce (14) para los hombres y la máxima de ingreso, en ambos casos, será de sesenta y cinco (65) años.

La Compañía devolverá al ASEGURADO los valores recibidos por concepto de primas cuando se compruebe que por error, por parte del TOMADOR o de LA COMPAÑÍA, se ha ingresado al Seguro con edad superior a la indicada como máxima.

CONDICIÓN SEXTA - REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Para obtener el amparo a que se refiere la presente póliza, toda persona debe cumplir con los requisitos de asegurabilidad exigidos por LA COMPAÑÍA, tal como se indican en anexo o condición particular.

CONDICIÓN SÉPTIMA - 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 les 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, produce 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 o el ASEGURADO individualmente considerado, ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo, excepto lo previsto en la condición inexactitud en la declaración de edad de esta póliza.

Si la inexactitud o reticencia proviene de error inculpable del TOMADOR o del ASEGURADO, el contrato no será nulo, pero el Asegurador solo estará obligado, 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.

CONDICIÓN OCTAVA - VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La presente póliza se expide bajo el plan temporal anual renovable, por el término de un año contado a partir de la fecha de iniciación de la vigencia, siempre que conforme a las Condiciones Generales no se revoque o termine antes.

CONDICIÓN NOVENA - VIGENCIA DE LOS AMPAROS INDIVIDUALES

Los amparos, respecto de cada persona, solo entrarán en vigor a partir de la fecha en que LA COMPAÑÍA comunique por escrito su aprobación al TOMADOR. Si dentro de los treinta (30) días comunes siguientes a la fecha de recibo de la solicitud, LA COMPAÑÍA no ha producido ésta comunicación, se considerará como no aprobada.

CONDICIÓN DÉCIMA - TERMINACIÓN DEL SEGURO PARA CADA MIEMBRO DEL GRUPO

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza, AMPARO BÁSICO Y AMPAROS ADICIONALES, terminan por las siguientes causas:

- a) Por mora en el pago de la prima de acuerdo con la condición "PAGO DE PRIMAS".
- b) Al vencimiento de la póliza si esta no se renueva, por decisión expresa de alguna de las partes.
- c) Cuando el TOMADOR revoque la póliza por escrito.
- d) Cuando al momento de la renovación del seguro, el grupo ASEGURADO sea inferior a 20 personas.
- e) Tratándose del seguro del cónyuge o compañero(a) permanente, cuando el ASEGURADO principal deje de pertenecer al grupo ASEGURADO o cuando se produzca su muerte o la declaratoria de muerte presunta por desaparecimiento o la declaratoria de incapacidad total y permanente.
- f) Cuando el ASEGURADO deje de pertenecer al grupo ASEGURADO.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA - VALOR ASEGURADO GLOBAL

El valor asegurado total o global es el que se establece en la carátula de la presente póliza, resultado de la sumatoria de los valores ASEGURADOS individuales, de conformidad con los listados o documentos entregados a LA COMPAÑÍA por el TOMADOR con la frecuencia previamente acordada para la expedición de la póliza.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA - INCREMENTO DEL VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL

El incremento del valor asegurado individual bajo la presente póliza, será efectivo a partir que dicho cambio sea aprobado por LA COMPAÑÍA, previo diligenciamiento de una nueva solicitud de asegurabilidad. No obstante, LA COMPAÑÍA podrá fijar Condiciones más onerosas para la aceptación del aumento del valor asegurado individual acorde con el nuevo estado del riesgo, tanto para el amparo básico de vida como los amparos adicionales solicitados.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA - CONTINUIDAD DE COBERTURA

La presente póliza otorga el beneficio de continuidad de cobertura, sin exigir para ello ningún requisito de asegurabilidad por edad, valor asegurado o estado de salud, a todos los ASEGURADOS que se trasladen a la póliza de vida grupo Mercadeo Empresarial de LA COMPAÑÍA, que tengan su seguro vigente en la fecha de expedición de la nueva póliza y hasta por el mismo valor asegurado individual que tuvieran con la anterior Aseguradora.

Es condición indispensable para otorgar este amparo, que el TOMADOR suministre a LA COMPAÑÍA copia del último listado emitido por la Aseguradora de la cual es trasladado el grupo con plazo máximo de treinta (30) días con

la siguiente información: Nombres, Apellidos, Documento de identidad, fecha de nacimiento, suma asegurada, coberturas, limitaciones de cobertura y extraprimas por salud. Así mismo el TOMADOR debe informar por escrito si tiene conocimiento que haya ASEGURADOS a los cuales se les hubiere diagnosticado enfermedades graves o que se encuentren en proceso de Calificación de Invalidez.

Cualquier incremento de valor asegurado sobre el inicial requerirá del cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad establecidos por LA COMPAÑÍA.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA - BENEFICIARIOS

Loa BENEFICIARIOS pueden ser a título gratuito o a título oneroso

Cuando el BENEFICIARIO sea a título gratuito, el ASEGURADO lo podrá cambiar en cualquier momento, pero tal cambio surtirá efecto a partir de la fecha de notificación por escrito a LA COMPAÑÍA.

En el evento en que el BENEFICIARIO sea a título gratuito y ocurra la muerte del ASEGURADO sin que se haya designado BENEFICIARIO, o la designación se hiciera ineficaz o quedare sin efecto por cualquier causa, o falleciere simultáneamente con el ASEGURADO o se ignore cual de los dos ha muerto primero, serán BENEFICIARIOS:

- El cónyuge del ASEGURADO en la mitad del seguro y,
- Los herederos del ASEGURADO en la otra mitad.

Igual regla se aplicará en el evento de que se designe genéricamente como BENEFICIARIOS a los herederos del ASEGURADO.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA - FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS

Las primas de la presente póliza están calculadas sobre la base de vigencias anuales, sin embargo, el TOMADOR podrá acogerse a una forma de pago diferente siendo posible el pago semestral, trimestral o mensual mediante el pago adicional de un recargo financiero.

En caso de siniestro de cualquiera de los ASEGURADOS, LA COMPAÑÍA deducirá del valor a indemnizar la fracción o fracciones que falten para completar la anualidad.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA - PAGO DE PRIMAS

El pago de la primera prima o de la primera cuota en caso de fraccionamiento para su pago, es condición indispensable para la iniciación de la vigencia del seguro.

EL TOMADOR es responsable del pago de las primas. Si el presente seguro de vida grupo tiene el carácter de contributivo, caso en el cual la totalidad de la prima es sufragada por los integrantes del grupo ASEGURADO, le corresponde al ASEGURADO proveer los recursos necesarios para que EL TOMADOR efectúe el pago de la prima a LA COMPAÑÍA.

Salvo que por acuerdo expreso entre las partes se establezca un término diferente, consignado expresamente en documento adherido a la presente póliza, el TOMADOR se obliga a pagar la prima dentro del mes siguiente a la fecha de entrega de la póliza o, si fuere el caso de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella.

El no pago de la prima dentro de las oportunidades indicadas, producirá la terminación automática del contrato y en consecuencia, LA COMPAÑÍA quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración del plazo para el pago de la prima.

Durante el plazo estipulado se considerará el seguro en vigor y por consiguiente, si ocurre algún siniestro, LA COMPAÑÍA tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente.

CONDICIÓN DÉCIMA 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, sin perjuicio de lo establecido en la condición inexactitud en la declaración de la edad del ASEGURADO.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA - CONVERTIBILIDAD

Tratándose del seguro de grupo contributivo o de grupo no contributivo, si media en este último convenio expreso, los ASEGURADOS principales menores de 65 años de edad que revoquen su seguro o que, por causa distinta del pago de un reclamo, se separen del grupo ASEGURADO después de permanecer en él por lo menos durante un año continuo, tendrán derecho a ser ASEGURADOS sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo la póliza de vida grupo, pero sin beneficios adicionales, en la póliza de vida grupo creada por LA COMPAÑÍA para garantizar este beneficio, siempre y cuando lo solicite en el término de un mes contado a partir de su retiro del grupo.

El seguro individualmente considerado se emitirá en las mismas Condiciones del plan anterior, para el amparo básico de vida y conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el ASEGURADO y a su ocupación en la fecha de la solicitud. En caso de haberse aceptado bajo la póliza anterior el riesgo como subnormal, se aceptará su ingreso a la nueva póliza con la clasificación impuesta bajo la póliza de grupo anterior y la extraprima que corresponda.

Si el ASEGURADO muere después de haber solicitado la convertibilidad a la nueva póliza, conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que ella se hubiere expedido, sus BENEFICIARIOS tendrán derecho a la prestación asegurada bajo la presente póliza, caso en el cual se deducirá del valor de la indemnización el valor de la prima anual correspondiente.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA - RECLAMACIÓN

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 los documentos que consideren necesarios para acreditar la ocurrencia del siniestro y su cuantía, si fuere el caso, en los términos del artículo 1077 del Código del Comercio.

La mala fe del ASEGURADO o del Beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago del siniestro, causará la pérdida de tal derecho.

CONDICIÓN VIGÉSIMA - AVISO DEL SINIESTRO

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo la presente póliza o sus amparos adicionales, el TOMADOR o el BENEFICIARIO según el caso, deberá dar aviso del siniestro a LA COMPAÑÍA, dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

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:

- a) Registro civil de nacimiento b) Registro civil de defunción.
- c) Fotocopia de la cedula de ciudadanía del fallecido y de los BENEFICIARIOS a título gratuito.

- d) Historia clínica en donde se indique fecha de diagnóstico y tiempo de evolución de la enfermedad.
- e) En caso de muerte accidental informe de las autoridades de las causas del accidente, copia del acta de levantamiento o necropsia o informe de la autoridad competente
- f) Si no hubo designación de BENEFICIARIOS a título gratuito: declaración extrajuicio firmada por dos testigos que conocieron al fallecido indicando el estado civil, número de hijos matrimoniales, extra matrimoniales y/o adoptivos.
- g) Documento que acredite el parentesco de los BENEFICIARIOS con el ASEGURADO fallecido: Registro civil de matrimonio del cónyuge sobreviviente y/o registro civil de nacimiento de los demás BENEFICIARIOS.
- h) Los demás que LA COMPAÑÍA considere necesarios.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA - PAGO DEL SINIESTRO

LA COMPAÑÍA pagará a los BENEFICIARIOS designados, la indemnización a que está obligada por la póliza y 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.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA - INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE 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 COMPAÑÍA, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en la cláusula anterior.
- 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, y
- c) Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el literal b) anterior.

Lo dispuesto en los literales b) y c) anteriores, no se aplicará cuando la prima se establezca por el sistema de tasas promedio o se utilice la tarifa para ASEGURADOS de edad desconocida.

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA - RENOVACIÓN

La presente póliza es renovable anualmente a voluntad de las partes contratantes.

CONDICIÓN VIGÉSIMA CUARTA - REVOCACIÓN

La presente póliza y sus amparos adicionales podrán ser revocados por el TOMADOR en cualquier momento, mediante aviso escrito dado a LA COMPAÑÍA. El importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

Tratándose de los amparos adicionales, LA COMPAÑÍA podrá revocarlos mediante aviso escrito al TOMADOR enviado a su última dirección conocida con no menos de TREINTA (30) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha del envío. En este caso, LA COMPAÑÍA devolverá la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efecto la revocación y la de vencimiento del contrato.

El hecho de que LA COMPAÑÍA reciba suma alguna después de la fecha de revocación, no hará perder los efectos de dicha revocación. En consecuencia, cualquier pago posterior será reembolsado.

CONDICIÓN VIGÉSIMA QUINTA - CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

LA COMPAÑÍA expedirá para cada ASEGURADO un certificado individual en aplicación a ésta póliza. En caso de cambio de BENEFICIARIO o de valor asegurado, se expedirá uno nuevo que reemplazará al anterior.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEXTA - DERECHO DE INSPECCIÓN

El TOMADOR autoriza a LA COMPAÑÍA para inspeccionar sus libros y documentos que se refieran al manejo de ésta póliza.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SÉPTIMA - PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser 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.

CONDICIÓN VIGÉSIMA OCTAVA - 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 expedición de la póliza que figura en la carátula de la misma.

CONDICIÓN VIGÉSIMA NOVENA - NOTIFICACIONES

Las notificaciones que deban hacerse las partes para los efectos de la presente póliza, salvo el aviso de siniestro, deberán consignarse por escrito y serán prueba suficiente de las mismas, la constancia del envío de la comunicación por correo certificado o recomendado, dirigido a la última dirección por ellas registrada.

CONDICIÓN TRIGÉSIMA - DISPOSICIONES LEGALES

Para todos los aspectos no previstos explícitamente en la presente póliza, se aplicarán las disposiciones del Código de Comercio y demás normas legales pertinentes.

CONDICIÓN TRIGÉSIMA PRIMERA - PREVENCIÓN LAVADO DE ACTIVOS

De conformidad con lo establecido por la Superintendencia Financiera de Colombia, el TOMADOR, el ASEGURADO y los BENEFICIARIOS, se obligan con LA COMPAÑÍA a diligenciar con datos ciertos y reales el formato que para tal fin se presente y a suministrar los documentos que se soliciten como anexos, al inicio de la Póliza y a la renovación de la misma.

**SEGURO MERCADEO EMPRESARIAL
AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

POR CONVENIO ENTRE LA COMPAÑÍA Y EL TOMADOR, ESTE AMPARO ADICIONAL HACE PARTE DE LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO MERCADEO EMPRESARIAL ARRIBA CITADA SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA INCLUIDO EN EL CUADRO DE AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS DE LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y QUEDA SUJETO A SUS CONDICIONES GENERALES, SUS ESTIPULACIONES Y EXCLUSIONES, LO MISMO QUE A LAS SIGUIENTES CONDICIONES PARTICULARES:

CONDICIÓN PRIMERA - AMPARO Y EXCLUSIONES

1.1. AMPARO

ESTE AMPARO ADICIONAL CUBRE AL ASEGURADO SI A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O UNA ENFERMEDAD, SE PRODUCE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, TAL COMO SE DEFINE EN EL PRESENTE AMPARO.

1.2. EXCLUSIONES

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DERIVADA DE UNA ENFERMEDAD CUYO ORIGEN SE ENCUENTRE EN UNA FECHA ANTERIOR A LA DE INICIACIÓN DE VIGENCIA DEL SEGURO. SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD, LESIÓN O CONDICIÓN PREEXISTENTE, AQUELLAS QUE EN FECHA ANTERIOR A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL AMPARO PARA CADA ASEGURADO HAYAN SIDO DIAGNOSTICADAS POR UN MÉDICO, O POR LAS CUALES SE HAYA CONSULTADO O RECIBIDO TRATAMIENTO MÉDICO, SERVICIO O SUMINISTRO, PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS O DROGAS, O APARENTES A LA VISTA O LAS QUE POR SUS SÍNTOMAS O SIGNOS NO PUDIERAN PASAR INADVERTIDAS.

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 SEGUNDA. DEFINICIONES

PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE AMPARO SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE LA SUFRIDA POR EL ASEGURADO MENOR DE (65) AÑOS DE EDAD QUE HAYA SIDO OCASIONADA Y SE MANIFIESTE ESTANDO ASEGURADO BAJO EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, QUE PRODUZCA LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES QUE IMPIDAN A LA PERSONA DESEMPEÑAR EN MAS DEL CINCUENTA POR CIENTO (50%) SU CAPACIDAD LABORAL O CUALQUIER TIPO DE TRABAJO O ACTIVIDAD REMUNERADA, SIEMPRE QUE DICHA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE HAYA EXISTIDO POR UN PERIODO CONTINUO NO MENOR DE 150 DÍAS CONTADOS DESDE LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE Y ESTA FECHA SE ENCUENTRE DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO Y NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO.

SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SE CONSIDERA COMO TAL LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS, LA AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS O DE AMBOS PIES, O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE, EVENTOS EN LOS CUALES, PARA QUE OPERE EL AMPARO, NO SE REQUERIRÁ QUE

TRANSCURRA EL PERIODO CONTINUO DE CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

2.1. PÉRDIDA.

Conforme se emplea aquí significa:

- a) Manos: Amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radio carpiana.
- b) Pies: Amputación traumática o quirúrgica a nivel de articulación tibiotarsiana.
- c) Ojos: la pérdida total e irreparable de la visión.

2.2. FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Fecha en la que se genera en el individuo una pérdida en su capacidad laboral en forma permanente y definitiva. Para cualquier contingencia, esta fecha debe documentarse con la historia clínica, los exámenes clínicos y de ayuda diagnóstica y, puede ser anterior o corresponder a la fecha de calificación.

2.3. FECHA DE CALIFICACIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Momento en el cual queda en firme el dictamen emitido por la instancia competente sobre la pérdida de la capacidad laboral del ASEGURADO.

2.4. INVALIDO

Persona que por causa de origen profesional o riesgo común no provocada intencionalmente, hubiere perdido el 50% o más de su capacidad laboral.

2.5. PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL

Pérdida o disminución de las habilidades, destrezas, aptitudes y/o potencialidades de orden físico, mental y social que le permiten desempeñarse en su trabajo habitual.

2.6. PORCENTAJE DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Grado de pérdida de capacidad laboral.

CONDICIÓN TERCERA - TERMINACIÓN DEL AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Los beneficios concedidos por el presente amparo adicional, terminarán para cada ASEGURADO, al vencimiento de la anualidad más próxima a la fecha en que cumpla sesenta y cinco (65) años de edad o cuando se produzca el pago de la reclamación por el amparo Básico de Vida.

CONDICIÓN CUARTA – RECLAMACIONES POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

A efecto del pago de la indemnización correspondiente al presente amparo adicional, el ASEGURADO deberá acreditar la ocurrencia del siniestro mediante el dictamen de calificación de la INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, emitido por alguna de las entidades que de conformidad con el Sistema de Seguridad Social están facultadas para hacerlo (EPS ó ARP), en caso de discrepancia el dictamen deberá ser emitido por la Junta de Calificación de Invalidez.

Dicha calificación debe indicar el porcentaje de la pérdida de la capacidad laboral y la fecha de estructuración de la INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE. El porcentaje de INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE debe ser superior al cincuenta (50%) para que haya lugar a indemnización.

Previo al pago de la indemnización que corresponda bajo el presente amparo adicional, LA COMPAÑÍA podrá en cualquier tiempo, exigir al ASEGURADO pruebas fehacientes y satisfactorias sobre la existencia o persistencia de la INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

La suma que LA COMPAÑÍA pagará al ASEGURADO en caso de INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, tal como quedó definido en este amparo adicional, será equivalente al valor que figure en la carátula de la póliza. Bajo ninguna circunstancia LA COMPAÑÍA pagará por este amparo adicional un valor superior al del amparo básico del seguro de vida.

CONDICIÓN QUINTA - DEDUCCIONES

La indemnización por INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE no es acumulable al amparo básico del seguro de Vida, y por lo tanto una vez pagada la indemnización por dicha INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE termina el presente seguro y LA COMPAÑÍA quedará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere al mencionado amparo básico del ASEGURADO inválido.

CONDICIÓN SEXTA - REVOCACIÓN

Este anexo quedará revocado en los siguientes casos:

a) En cualquier momento, cuando el TOMADOR lo solicite mediante aviso escrito dado a LA COMPAÑÍA. 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.

b) LA COMPAÑÍA podrá en cualquier tiempo revocar este amparo adicional, mediante aviso escrito al TOMADOR, enviando a su última dirección conocida con no menos de treinta (30) días hábiles de antelación contados a partir de la fecha de su envío. En este caso LA COMPAÑÍA devolverá la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efecto la revocación y la del vencimiento del contrato.

El hecho que LA COMPAÑÍA reciba suma alguna después de la fecha de revocación, no hará perder los efectos de dicha revocación. En consecuencia, cualquier pago posterior será reembolsado.

**SEGURO MERCADEO EMPRESARIAL
AMPARO ANTICIPO POR ENFERMEDADES GRAVES**

POR CONVENIO ENTRE LA COMPAÑÍA Y EL TOMADOR, ESTE ANEXO HACE PARTE DE LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA INCLUIDO EN EL CUADRO DE AMPAROS Y VALOR ASEGURADO DE LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y QUEDA SUJETO A SUS CONDICIONES GENERALES, SUS ESTIPULACIONES Y EXCLUSIONES, LO MISMO QUE A LAS SIGUIENTES CONDICIONES PARTICULARES:

CONDICIÓN PRIMERA AMPARO.

LA COMPAÑÍA PAGARA AL ASEGURADO EL CAPITAL ESTIPULADO PARA EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, SI DURANTE SU VIGENCIA, UN MEDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER SU PROFESIÓN, CON BASE EN LA EXPERIENCIA CLÍNICA Y, EL USO CONSCIENTE, EXPLICITO Y JUICIOSO DE LAS MEJORES PRUEBAS DISPONIBLES, ESTABLECE EL DIAGNOSTICO DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES, TRASTORNOS O AFECCIONES.

1. CÁNCER

1.1 CÁNCER IN SITU CERVICO UTERINO.

1.2 CÁNCER IN SITU DE MAMA

1.3 CÁNCER INSITU DE PRÓSTATA

1.4 CÁNCER INSITU DE PIEL

2. INFARTO AL MIOCARDIO

3. INSUFICIENCIA RENAL

4. ESCLEROSIS MÚLTIPLE

5. ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR

6. INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR ENFERMEDAD DE LAS ARTERIAS CORONARIAS

7. ANGIOPLASTIA

8. OPERACIONES DE VÁLVULAS

9. CIRUGÍA DE LA AORTA

10. QUEMADURAS

11. TRANSPLANTE DE ÓRGANOS VITALES

CONDICIÓN SEGUNDA: EXCLUSIONES

- A. EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA –SIDA- O, LA PRESENCIA DEL VIRUS VIH, ASÍ COMO POR CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE ESTE VIRUS.**
- B. OPERACIÓN POR TUMORACIÓN INTRACARDÍACA O TRATAMIENTOS POR LÁSER.**
- C. LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA, TUMORES QUE PRESENTEN CAMBIOS MALIGNOS DE CARCINOMA IN SITU DISPLASIAS, NEOPLASIAS INTRAEPITELIALES, O AQUELLOS DESCRITOS POR HISTOLOGÍA COMO PREMALIGNOS. A MENOS QUE SE TRATE DE LAS COBERTURAS ESPECÍFICAMENTE AMPARADAS PARA CÁNCER IN SITU TAL COMO ESTÁN DEFINIDAS EN LA CONDICIÓN NOVENA DEL PRESENTE AMPARO ADICIONAL.**
- D. EL SARCOMA DE KAPOSÍ, MELANOMAS DE MENOS DE 1.5 MM. DE ESPESOR, DETERMINADO POR EXAMEN HISTOLÓGICO, O INVASIÓN MENOR DEL NIVEL DE CLARK 3; TODAS LAS HIPERQUERATOSIS, CARCINOMAS BASOCELULARES, ESPINOCELULARES O CUALQUIER CÁNCER DE PIEL, A MENOS QUE SE TRATE DE LAS COBERTURAS ESPECÍFICAMENTE AMPARADAS PARA CÁNCER IN SITU DE PIEL TAL COMO ESTÁN DEFINIDAS EN LA CONDICIÓN NOVENA DEL PRESENTE AMPARO ADICIONAL.**

- E. CÁNCER PROSTÁTICO QUE HISTOLÓGICAMENTE SEAN CLASIFICADOS EN ESTADO O, I O ESTADO IIA, O QUE CON OTRA FORMA DE CLASIFICACIÓN, SEAN EQUIVALENTES O MENORES. A MENOS QUE SE TRATE DE LAS COBERTURAS ESPECÍFICAMENTE DEFINIDAS EN LA CONDICIÓN NOVENA, DEL PRESENTE AMPARO ADICIONAL.**
- F. ENFERMEDADES, LESIONES O SECUELAS DERIVADAS DE TENTATIVAS DE SUICIDIO, O POR ACTOS INTENCIONALMENTE CAUSADOS A SI MISMO POR EL ASEGURADO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DE DEMENCIA.**
- G. ENFERMEDADES PREEXISTENTES MANIFESTADAS, DIAGNOSTICADAS O TRATADAS ANTES DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL SEGURO O ANTES DEL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA.**
- H. PADECIMIENTOS CONGÉNITOS O, LAS ENFERMEDADES SUFRIDAS POR RIESGOS NUCLEARES.**
- I. EN LO QUE A ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR SE REFIERE, CUANDO SEAN ISQUÉMIAS CEREBRALES TRANSITORIOS O, EVENTOS CEREBRO VASCULARES DE LOS QUE EL ASEGURADO PUEDA RECUPERARSE COMPLETAMENTE DENTRO DE LAS SEIS (6) SEMANAS SIGUIENTES AL MISMO.**
- J. LESIONES TRAUMÁTICAS DE LA AORTA. TRANSPLANTES QUE SEAN PROCEDIMIENTOS DE INVESTIGACIÓN, O QUE SE HAYAN PRACTICADO BAJO CONDICIONES MEDICAS DEL PACIENTE INDEBIDAS PARA SU PRACTICA TALES COMO DÉFICIT NEUROLÓGICO PROFUNDO O PROGRESIVO, ENFERMEDADES SIMULTANEAS INTRATABLES, SEPSIS, MALIGNIZACIONES EN ESTADOS AVANZADOS, INMUNODEFICIENCIA O FARMACODEPENDENCIA.**
- K. ENFERMEDADES, LESIONES O SECUELAS DERIVADAS POR LA ADICCIÓN AL ALCOHOL O A DROGAS QUE NO HAYAN SIDO PRESCRITAS POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO.**
- L. TRASPLANTE DE TEJIDOS O CÉLULAS, CON EXCEPCIÓN DEL TRASPLANTE DE MEDULA ÓSEA, O LOS GASTOS RELACIONADOS CON UN EVENTUAL DONANTE DE UN ÓRGANO.**
- M. CUALQUIER TRATAMIENTO O CIRUGÍA EXPERIMENTAL, O NO RELACIONADAS CON LA NO PRESENCIA DE UNA ENFERMEDAD.**
- N. FALLO RENAL REVERSIBLE O TEMPORAL**

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 TERCERA: DEFINICIONES

3.1. Cáncer: Consiste en la presencia de células malignas en un conjunto de enfermedades, -incluyendo las leucemias agudas y mieloide crónicas, linfomas y enfermedades de Hodgkin y no Hodgkin-, caracterizado por un crecimiento y división celular más allá de los límites normales, hasta producir, por infiltración o diseminación, la destrucción de los tejidos normales del órgano donde se origina, o la invasión y destrucción de los órganos contiguos al órgano primario donde se origina o, a la siembra y multiplicación a distancia (metástasis). El diagnóstico debe ser respaldado por un médico oncólogo y demostrado por un resultado de anatomía patológica e historia clínica. No incluye lesiones premalignas, cáncer in situ, a menos que se trate de las coberturas específicamente amparadas para cáncer in situ tal como están definidas en el presente amparo adicional

El uso de los criterios denominados estadios o etapas en las clasificaciones de los diferentes cancers, describe la extensión o gravedad del cáncer.

Los estados clínicos O, I, II, III y IV, se basan en la clasificación T.N.M de los tumores hallados, sistema de basado en la extensión del tumor (T), la diseminación a los ganglios linfáticos (N), y la metástasis (diseminación a otras partes del cuerpo) (M)

Carcinoma In situ: Es el carcinoma que no se ha extendido, infiltrado o diseminado a otros tejidos con respecto del tejido donde se origina el cáncer.

3.1.1 Cáncer Cervico Uterino: Es el cáncer que comienza en el cuello uterino, parte anatómica inferior del útero (matriz), que se abre en la parte superior de la vagina.

3.1.2 Cáncer de mama: Es la enfermedad maligna del seno en donde la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células pertenecientes a distintos tejidos de la glándula mamaria forman un tumor que puede invadir los tejidos vecinos y órganos distantes del cuerpo.

3.1.3 Cáncer de Próstata: Es la proliferación de células malignas a partir del tejido prostático manifestándose en un crecimiento anárquico y descontrolado de células.

3.1.4 Cáncer de piel: Consiste en la presencia de células malignas en la piel, caracterizado por un crecimiento y división celular más allá de los límites normales, hasta producir por infiltración o diseminación, la destrucción de los tejidos normales del órgano donde se origina, o la invasión y destrucción de los órganos contiguos al órgano primario donde se origina o, a la siembra y multiplicación a distancia (metástasis). El diagnóstico debe ser respaldado a través de resultados de anatomía patológica. Para efectos de cobertura del presente anexo, incluye los tipos carcinoma basocelular, carcinoma epidermoide (espinocelular o escamoso) y el melanoma maligno.

3.2. Infarto al miocardio: Es la privación de forma repentina y catastrófica del aporte sanguíneo coronario, debido a una oclusión coronaria aguda por trombosis, hemorragia subintimal o rotura de la placa ateromatosa, que produce la muerte de una parte del músculo del miocardio. El diagnóstico debe haber sido basado en todos los siguientes elementos: a) antecedentes de dolores torácicos o precordiales típicos, b) alteraciones del electrocardiograma confirmatorias y c), aumento de los marcadores de daño miocárdico, enzimas cardíacas y proteínas contráctiles tipo Troponina. En caso de que los criterios antes mencionados no fueren suficientes, el infarto deberá demostrarse mediante un examen de diagnóstico de alta especificidad.

3.3. Insuficiencia renal crónica: Corresponde a la etapa final de la insuficiencia renal por fallo crónico e irreversible funcional, que obliga a instaurar el tratamiento de diálisis renal y/o a la práctica de trasplante renal.

3.4. Esclerosis Múltiple: Trastorno lentamente progresivo del sistema nervioso central, caracterizado por placas diseminadas de desmielinización en el cerebro, y la médula espinal, que dan lugar a múltiples y variados síntomas y signos neurológicos, generalmente con remisiones y exacerbaciones.

3.5. Evento o Accidente Cerebro vascular: Para los fines del presente amparo, la lesión cerebral por infarto cerebral o hemorragia intracerebral de origen no traumático, corresponde al daño neurológico por lesión o muerte neuronal, debido a la cesación del flujo sanguíneo cerebral por la formación de trombos en el interior de vasos sanguíneos cerebrales o, por la obstrucción de los mismos por el depósito de émbolos o, por los efectos de hemorragias intracerebrales o subaracnoideas espontáneas, manifestadas clínicamente por el deterioro motor y sensitivo sostenido durante al menos 6 semanas o más. No incluye las Isquemias cerebrales transitorias.

3.6. Intervención Quirúrgica por Enfermedad de las Arterias Coronarias: Se trata de la práctica quirúrgica cardiovascular que implanta un puente arterial o venoso aorto coronario, con el fin de corregir una oclusión en las arterias coronarias. El resultado de la angiografía junto con el informe médico deberá estar a disposición de LA COMPAÑÍA. La prestación sólo se pagará después de que la operación se haya efectuado.

3.7. Angioplastia: Es un método invasivo no quirúrgico de re canalización que ensancha las obstrucciones formadas en las paredes de las arterias coronarias, denominado Angioplastia Transluminal Coronaria. Con esta técnica, la luz del vaso se ensancha comprimiendo, destruyendo o removiendo la placa obstructiva, que es la causa de la angina o el infarto agudo del miocardio. Su indicación debe estar soportada por la angiografía e historia clínica correspondiente junto con el informe médico los cuales deberán estar a disposición de LA COMPAÑÍA. La prestación sólo se pagará después de que el procedimiento se haya efectuado.

3.8. Operaciones de las Válvulas Cardíacas: Afecciones de las válvulas cardíacas tratadas con reemplazo valvular por recomendación de un especialista y evidenciadas por el resultado de angiografías o ecocardiogramas entre otros, para corregir estenosis o insuficiencias. La prestación sólo se pagará después de que la operación se haya efectuado.

3.9. Cirugía de la Aorta: Consiste en el tratamiento quirúrgico por aneurismas disecantes, al presentarse en la aorta un desgarro de la íntima, a través de la cual la sangre penetra en la pared, desprendiendo la capa media de la adventicia. Debe ser evidenciado por el resultado de aortografías, ecocardiogramas o tomografías. La prestación sólo se pagará después de que la operación se haya efectuado.

3.10. Quemaduras Graves: Son las lesiones de los tejidos producidos por energía térmica transmitida entre otros por radiación, productos químicos, contacto eléctrico o cualquier otro tipo de quemadura, las cuales comprometan según la clasificación del grado de profundidad y extensión, más del 27 % de extensión en quemaduras de 3er grado de profundidad.

3.11. Trasplante de Órganos Vitales: Corresponde a un tratamiento médico complejo el cual, permite que órganos de un donante, puedan reemplazar los órganos que irreversiblemente hayan perdido su funcionalidad total en el ASEGURADO. Para efectos del presente amparo, se circunscriben al trasplante de corazón, pulmones, hígado, páncreas, riñones, intestino delgado o de la médula ósea.

3.12. Enfermedad terminal: Situación clínica al final de la vida donde por enfermedad progresiva, gradual e irreversible, el paciente se encuentra entre el estado de enfermedad incurable avanzada y el estado de agonía, el cual evolucionará hacia la muerte a medio plazo, con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de autonomía, y con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico estableciendo un pronóstico de vida limitado a semanas o inferior a 12 meses. Este diagnóstico ha de ser establecido por el médico especialista que corresponda y confirmado en cualquier caso por un médico autorizado por LA COMPAÑÍA.

3.13. Enfermedad, lesión o condición médica preexistente: Son las enfermedades, lesiones o Condiciones médicas que en fecha anterior a la iniciación de la vigencia del amparo para cada ASEGURADO, hayan sido diagnosticadas por un médico, o por las cuales se haya consultado o recibido tratamiento médico, servicio o suministro, prescripción de medicamentos o que sean evidentes a la vista o las Condiciones médicas que por la naturaleza de sus síntomas o signos no pudieran pasar inadvertidas. Incluye también las lesiones o enfermedades de origen congénito.

CONDICIÓN CUARTA: PLAZO DE ESPERA

El beneficio contenido en éste amparo adicional, se aplica solamente a las enfermedades graves o afecciones cubiertas tal como están definidas en el presente amparo, cuando sean diagnosticadas por primera vez después de haber transcurrido por lo menos noventa (90) días, contados desde la fecha de iniciación de la vigencia del seguro. Este período de espera se aplica para cada asegurado en el primer año en el cual figure cubierto por el presente amparo.

CONDICIÓN QUINTA: FECHA DE SINIESTRO.

Por fecha de siniestro, se entiende la fecha en la que el médico especialista correspondiente, efectúa el diagnóstico médico por primera vez conocido en la historia de salud del asegurado. No obstante, en caso de los trasplantes de órganos o de médula ósea y, en los procedimientos quirúrgicos, la fecha del siniestro será la fecha en que se efectúen los trasplantes o los procedimientos quirúrgicos.

CONDICIÓN SEXTA: DEDUCCIONES

La indemnización por enfermedades graves no es acumulable al amparo básico del seguro de vida, una vez pagado el valor asegurado por el presente amparo, dicho pago será deducido del que pueda corresponder al ASEGURADO por el amparo básico de Vida.

Si la póliza en la cual se incluye este amparo adicional contiene además el de invalidez y en virtud de él y a consecuencia de un evento amparado en este amparo adicional, LA COMPAÑÍA ha efectuado algún pago, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por el presente amparo adicional de enfermedades graves.

CONDICIÓN SÉPTIMA: RESTABLECIMIENTO DE LA SUMA ASEGURADA

La suma asegurada del amparo básico de vida y del anexo de incapacidad total y permanente se restablece al ciento por ciento (100%) a la renovación de la presente póliza de vida grupo, siempre y cuando hayan transcurrido al menos 120 días después de la fecha en que se realizó el diagnóstico de la enfermedad grave o afección amparada.

En cualquier caso, el restablecimiento de suma asegurada no será realizado antes de 120 días contados desde la fecha en que se diagnostique alguna de las enfermedades o afecciones amparadas y definidas en este Amparo adicional.

CONDICIÓN OCTAVA: IMPROCEDENCIA DEL RESTABLECIMIENTO DE LA SUMA ASEGURADA PARA OTRAS ENFERMEDADES

El ASEGURADO que reciba cualquier pago bajo la cobertura del presente amparo adicional quedará automáticamente excluido de él y no podrá ser reincorporado en el mismo en ninguna de las posteriores renovaciones o anualidades. Ello quiere decir que si el ASEGURADO reclama por alguna de las enfermedades enunciadas en este amparo adicional, agotará la protección, no pudiendo reclamar por ninguna de las demás enfermedades.

CONDICIÓN NOVENA: SUMA ASEGURADA PARA LAS CONDICIONES ESPECIALES DE CÁNCER CERVICO UTERINO, DE MAMA, DE PRÓSTATA Y CÁNCER DE PIEL:

CÁNCER CERVICO UTERINO

a) Se pagará el 25% de la suma asegurada del amparo de enfermedades graves al momento de ser diagnosticado la etapa o (INSITU) ó estados I, IA ó IB. Límite máximo \$50.000.000.

b) Se pagará el 100% de la suma asegurada del amparo de enfermedades graves, al momento de ser diagnosticado la etapa II, III o IV. , deduciendo cualquier pago que se haya realizado anteriormente por esta cobertura.

CÁNCER DE MAMA

Si se detecta por primera vez la enfermedad:

a) Se pagará el 25% de la suma asegurada del amparo de enfermedades graves al momento de ser diagnosticado la etapa o (INSITU) ó estado I. Límite máximo \$50.000.000.

b) Se pagará el 100% de la suma asegurada del amparo de enfermedades graves, al momento de ser diagnosticado en las etapas II, III y IV, deduciendo cualquier pago que se haya realizado anteriormente por esta cobertura.

CÁNCER DE PRÓSTATA

Si se detecta por primera vez la enfermedad:

a) Se pagará el 25% de la suma asegurada del amparo de enfermedades graves al momento de ser diagnosticado en estado o (INSITU) o en estados I, ó IIA. Límite máximo \$50.000.000.

b) Se pagará el 100% de la suma asegurada del amparo de enfermedades graves, al momento de ser diagnosticado en las etapas IIB, III y IV, deduciendo cualquier pago que se haya realizado anteriormente por esta cobertura.

CÁNCER DE PIEL

LA COMPAÑÍA indemnizará por una única vez durante la vigencia del seguro, el 10% de la suma asegurada del amparo adicional de enfermedades graves, como auxilio especial con un máximo de Diez millones (\$10.000.000) de pesos, cuando en el ASEGURADO se establezca el diagnóstico de Carcinoma Basocelular, o Carcinoma Espino celular o carcinoma escamoso en cualquiera de sus estadios, o el melanoma maligno menor de 1.5 mm de espesor, e invasión mayor del nivel Clark 3.

Cuando los tumores de piel anteriores sean diagnosticados en estadios III y IV, se pagará el 100% de la suma asegurada del amparo de enfermedades graves, deduciendo cualquier pago que se haya realizado anteriormente por esta cobertura.

También se pagará al 100% del valor asegurado contratado, el melanoma maligno mayor de 1.5 mm de espesor, e invasión mayor del nivel Clark 3, deduciendo cualquier pago que se haya realizado anteriormente por esta cobertura.

CONDICIÓN DÉCIMA: EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Podrán ser incluidos en este amparo adicional los ASEGURADOS cuya edad se encuentre comprendida entre los 18 y los 60 años. La cobertura bajo el presente amparo se otorgará como máximo, hasta la edad de 65 años.

La Compañía devolverá al ASEGURADO los valores recibidos por concepto de primas cuando se compruebe que por error, por parte del TOMADOR o de LA COMPAÑÍA, se ha ingresado al Seguro con edad superior a la indicada como máxima para el amparo básico o los amparos adicionales.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA: TERMINACIÓN DEL AMPARO

Los beneficios concedidos por el presente amparo adicional, terminarán para cada ASEGURADO, al vencimiento de la anualidad más próxima a la fecha en que cumpla sesenta y cinco (65) años de edad o cuando se el pago de una reclamación, ya sea por el presente amparo, por el amparo básico de vida o por el amparo de invalidez.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA: VALOR ASEGURADO COBERTURAS ESPECIALES.

No obstante las exclusiones estipuladas de la condición segunda del presente anexo, se indemnizará al ASEGURADO según las Condiciones médicas particulares definidas en condición novena del presente amparo adicional en los porcentajes establecidos para cada caso, los cuales se aplicaran al valor asegurado registrado en la caratula de la póliza para el amparo de enfermedades graves.

La suma que LA COMPAÑÍA pague al ASEGURADO en virtud de este amparo adicional constituye un avance de la suma asegurada para el amparo básico del seguro de vida y para el amparo adicional de invalidez.

La responsabilidad de LA COMPAÑÍA cesará por todo concepto imputable al presente amparo adicional, cuando el ASEGURADO reciba la indemnización equivalente al valor asegurado contratado.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA: AVISO DEL SINIESTRO

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo el presente amparo adicional, el TOMADOR o el ASEGURADO según el caso, deberá dar aviso del siniestro a LA COMPAÑÍA, dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

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:

CÁNCER: Resultado de anatomía Patológica e historias clínicas.

INFARTO DEL MIOCARDIO: Copia de la historia clínica completa. Electrocardiogramas (Lectura y Trazado) durante la hospitalización. Resultado de medición de enzimas cardíacas. Otros exámenes practicados.

CIRUGÍA ARTERIOCORONARIA: Angiografía coronaria, resultado de la misma, descripción quirúrgica del procedimiento, informe médico e historia clínica.

ANGIOPLASTIA CORONARIA: Angiografía coronaria, resultado de la misma, descripción quirúrgica del procedimiento, informe médico e historia clínica.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR ENFERMEDAD VALVULAR CARDIACA: Historia clínica Completa, resultado de las ayudas diagnósticas cardiovasculares pertinentes.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN LA ARTERIA AORTA: Historia clínica Completa, resultado de las ayudas diagnósticas cardiovasculares pertinentes.

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: Certificado del médico especialista y resultado de exámenes practicados, copia de la historia clínica.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: Certificado del médico especialista y Resultado de exámenes practicados, copia de la historia clínica.

TRANSPLANTE DE ÓRGANOS: Historia clínica con el nombre quirúrgico, descripción del procedimiento y resultado de exámenes practicados.

ESCLEROSIS MÚLTIPLE: Resonancia magnética que permita observar las placas de desmielinización.

QUEMADURAS: Copia de la historia clínica completa.

ENFERMEDAD TERMINAL: Certificado del médico especialista en donde conste la expectativa de vida del paciente, resultado de los exámenes practicados, copia de la historia clínica.

LA COMPAÑÍA podrá hacer examinar al ASEGURADO tantas veces como lo estime conveniente mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo este amparo adicional. LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de comprobar la veracidad y la exactitud de las pruebas presentadas.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA: REVOCACIÓN

El presente amparo adicional podrá ser revocado por el TOMADOR en cualquier momento, mediante aviso escrito dado a LA COMPAÑÍA. El importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

Tratándose de LA COMPAÑÍA podrá revocarlo mediante aviso escrito al TOMADOR enviado a su última dirección conocida con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha del envío.

En este caso, LA COMPAÑÍA devolverá la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efecto la revocación y la de vencimiento del contrato. El hecho de que LA COMPAÑÍA reciba suma alguna después de la fecha de revocación, no hará perder los efectos de dicha revocación. En consecuencia, cualquier pago posterior será reembolsado.

SEGURO MERCADEO EMPRESARIAL

AMPARO ADICIONAL DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD

POR CONVENIO ENTRE LA COMPAÑÍA Y EL TOMADOR, ESTE AMPARO ADICIONAL HACE PARTE DE LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO MERCADEO EMPRESARIAL ARRIBA CITADA SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA INCLUIDO EN EL CUADRO DE AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS DE LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y QUEDA SUJETO A SUS CONDICIONES GENERALES, SUS ESTIPULACIONES Y EXCLUSIONES, LO MISMO QUE A LAS SIGUIENTES CONDICIONES PARTICULARES:

CONDICIÓN PRIMERA - AMPARO, EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

POR EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO, Y CON MOTIVO DE LA HOSPITALIZACIÓN DE CUALQUIERA DE LOS ASEGURADOS, POR CAUSA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD, UNA RENTA DIARIA POR EL TOTAL DE DÍAS EFECTIVOS DE HOSPITALIZACIÓN, UNA VEZ DESCONTADOS LOS DÍAS DE DEDUCIBLE O PERIODOS DE CARENIA Y HASTA EL NUMERO DE DÍAS MÁXIMO POR HOSPITALIZACIÓN Y MÁXIMO POR VIGENCIA ANUAL DEL SEGURO INDICADO EN ANEXO O CONDICIONES PARTICULARES DEL PRESENTE AMPARO ADICIONAL YA SEA QUE ELLOS OCURRAN EN UNA O VARIAS HOSPITALIZACIONES. LA INDEMNIZACIÓN DIARIA CORRESPONDERÁ AL VALOR DE LA RENTA CONTRATADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA.

EL AMPARO CONTRATADO POR EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL ES VÁLIDO EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL COLOMBIANO ASÍ COMO EN CUALQUIER PAÍS DEL EXTERIOR.

ADEMÁS DE LA COBERTURA YA DESCRITA SE INDEMNIZARÁ TAMBIÉN LA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN LOS SIGUIENTES CASOS:

A) MATERNIDAD: GOZARÁN DE ESTE AMPARO LAS ASEGURADAS CUYO EMBARAZO HAYA COMENZADO DESPUÉS DE TREINTA (30) DÍAS DE HABERSE INICIADO LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO ADICIONAL.

B) GASTOS ODONTOLÓGICOS: SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE, EL ASEGURADO NECESITA TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO QUE REQUIERA DE HOSPITALIZACIÓN, LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ LA RENTA DIARIA CORRESPONDIENTE, SIEMPRE Y CUANDO EL EVENTO OCURRA DESPUÉS DE INICIADA LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO ADICIONAL.

C) UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD EL ASEGURADO REQUIERE DE HOSPITALIZACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO, LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO POR EL DOBLE DE RENTA DIARIA CONTRATADA EN LA PÓLIZA. LÍMITE MÁXIMO POR VIGENCIA OCHO (8) DÍAS.

EXCLUSIONES

ESTE AMPARO ADICIONAL NO CUBRE LAS INDEMNIZACIONES COMO CONSECUENCIA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS O CAUSAS:

A) ENFERMEDADES O DEFECTOS FÍSICOS CONGÉNITOS O ADQUIRIDOS, ORIGINADOS U OCURRIDOS ANTES DE LA FECHA DE INICIACIÓN DEL PRESENTE AMPARO ADICIONAL.

B) HOSPITALIZACIÓN Y TRATAMIENTOS DE ENFERMEDADES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH Ó SIDA).

C) ESTERILIZACIÓN Y TRATAMIENTOS ANTICONCEPTIVOS, ASÍ COMO SUS CONSECUENCIAS DERIVADAS, TAMBIÉN TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD, IMPOTENCIA Y FRIGIDEZ.

D) LESIONES CAUSADAS POR EL ASEGURADO ASÍ MISMO, SEA CUAL FUERE SU ESTADO MENTAL O ANÍMICO AL OCASIONARSE LA LESIÓN.

E) CURAS DE REPOSO U HOSPITALIZACIÓN EN CASO DE DESORDENES MENTALES O NERVIOSOS.

F) CIRUGÍA ESTÉTICA O TRATAMIENTOS DE BELLEZA, SALVO LOS DE TIPO RECONSTRUCTIVO POR ACCIDENTE.

G) TRATAMIENTOS DE TABAQUISMO, ALCOHOLISMO O ADICCIÓN A LAS DROGAS.

H) GUERRA O FENÓMENOS CATASTRÓFICOS CAUSADOS POR CONVULSIONES DE LA NATURALEZA O PERTURBACIONES ATMOSFÉRICAS, TALES COMO ERUPCIONES VOLCÁNICAS, TEMBLORES DE TIERRA, TERREMOTOS, MAREMOTOS, TIFÓN, HURACÁN, TORNADO O CICLÓN, ENTRE OTROS.

I) ACTOS ILÍCITOS COMETIDOS POR EL ASEGURADO Y CONTRARIOS A LAS LEYES COLOMBIANAS.

J) LESIONES PRODUCIDAS AL PRACTICAR O TOMAR PARTE EN ENTRENAMIENTOS PROPIOS DE DEPORTES TALES COMO BUCEO, MONTAÑISMO. BOXEO, VUELO EN ALA DELTA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, DEPORTES PROFESIONALES O CARRERAS AUTOMOVILÍSTICAS.

K) CÁNCER Y SUS TRATAMIENTOS, ASÍ COMO CUALQUIER TIPO DE ENFERMEDAD TERMINAL.

L) CORRECCIÓN DE DEFECTOS DE REFRACCIÓN VISUAL.

M) TODO TIPO DE EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO INCLUSO AQUELLOS QUE CONCLUYAN CON LA HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO O QUE PARA REALIZARSE REQUIERAN SU HOSPITALIZACIÓN.

N) ENFERMEDADES DECLARADAS COMO EPIDÉMICAS POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS COMPETENTES.

O) LESIONES INMEDIATAS O TARDÍAS CAUSADAS POR FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR.

P) TODO TIPO DE PADECIMIENTOS PREEXISTENTES INCLUIDA TODA PATOLOGÍA DIAGNOSTICADA O NO Y QUE POR SUS SÍNTOMAS O SIGNOS NO PUDIESEN PASAR DESAPERCIBIDOS POR EL ASEGURADO.

CUANDO LA PATOLOGÍA PRINCIPAL SEA PREEXISTENTE QUEDARÁN ADEMÁS EXCLUIDAS TODAS AQUELLAS PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON ELLA.

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 SEGUNDA - DEFINICIONES

2.1. Evento: Es el accidente, la enfermedad o la complicación de una condición del ASEGURADO, que constituya motivo de hospitalización.

2.2. Accidente: Es el hecho fortuito y violento que proviene de una fuerza externa e independiente de la voluntad del ASEGURADO o BENEFICIARIO, que sobrevenga en el ejercicio de su actividad diaria o durante un viaje a cualquier lugar del mundo y ocurrido durante la vigencia de este amparo adicional.

2.3. Centro Hospitalario: Es el establecimiento registrado y autorizado para prestar servicios médicos o quirúrgicos a enfermos o accidentados y que reúna las Condiciones exigidas por las autoridades sanitarias.

2.4. Médico autorizado: El profesional de la medicina con licencia para ejercerla.

2.5. Enfermedad Terminal: Afección orgánica progresiva, incapacitante y de pronóstico médico reservado a corto plazo, que obliga a un tratamiento paliativo cuyo único objetivo sea calmar el dolor o producir tranquilidad en el paciente antes de su muerte.

2.6. Hospitalización: Es la permanencia en una entidad hospitalaria a consecuencia de una enfermedad o accidente y siempre que cause pensión hospitalaria.

2.7. Tratamiento: Es el procedimiento médico mediante el cual se atiende una enfermedad o una lesión por accidente.

2.8. Cáncer: Enfermedad provocada por un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y la dispersión incontrolable de células malignas y la invasión del tejido normal.

2.9. VIH - Virus de inmunodeficiencia humana o SIDA: Virus que ocasiona el síndrome de inmunodeficiencia adquirida tal como ha sido reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

2.10. Enfermedad o lesión preexistente: Son las que en fecha anterior a la iniciación de la vigencia del amparo para cada ASEGURADO hayan sido diagnosticadas por un médico, aparentes a la vista o las que por sus síntomas o signos no pudieran pasar inadvertidas, también las lesiones o enfermedades de origen congénito, al igual que sus complicaciones, secuelas y recidivas, aunque ellas se manifiesten con posterioridad a la celebración del contrato.

2.11. ASEGURADO: Son las personas indicadas como tales en la carátula de la presente póliza.

2.12. Indemnización: Es la suma que LA COMPAÑÍA reembolsará al BENEFICIARIO del seguro de acuerdo con lo pactado en el presente contrato y cuando el evento sea objeto de cobertura.

CONDICIÓN TERCERA – PERSONAS ASEGURABLES

Son personas asegurables bajo el presente amparo adicional el ASEGURADO principal, su cónyuge o compañera (o) permanente, sus hijos o padres dependientes económicamente del ASEGURADO principal.

CONDICIÓN CUARTA - EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA

Podrán ingresar a este amparo adicional en calidad de ASEGURADOS las personas mayores de dos (2) años de edad y menores de sesenta años, la edad máxima de permanencia para hijos y /o hermanos será de 30 años y para los demás de sesenta y cinco (65) años.

CONDICIÓN QUINTA - TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Los beneficios que se conceden bajo ésta póliza cesarán al presentarse cualquiera de las siguientes causas:

1. Cuando la presente póliza sea revocada por el TOMADOR o LA COMPAÑÍA
2. Cuando el TOMADOR suspenda el pago de la primas causadas durante la vigencia.

Tratándose del amparo adicional de renta diaria por hospitalización ningún pago será efectuado por gastos de rentas ocasionadas después de la terminación de la vigencia, salvo cuando alguno de los ASEGURADOS se encuentre hospitalizado en la fecha de cancelación o de final de vigencia. En tal caso podrá disfrutar de los beneficios hasta la primera de las siguientes dos fechas:

1. La de salida del hospital
2. La del pago de la renta máxima a que tendrá derecho.

CONDICIÓN SEXTA - AVISO DEL SINIESTRO

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo el presente amparo adicional, el TOMADOR o ASEGURADO según el caso, deberá dar aviso del siniestro a LA COMPAÑÍA, dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha de la hospitalización.

Sin perjuicio de lo contemplado en el artículo 1077 del Código del Comercio, la Compañía solicitará los siguientes documentos:

Para reclamación por el amparo adicional de renta diaria por hospitalización deberá presentar los documentos originales que prueben el tipo de enfermedad o accidente, diagnóstico y días de hospitalización pagados.

CONDICIÓN SÉPTIMA - AUDITORIA MÉDICA

LA COMPAÑÍA, en caso de siniestro, se reserva el derecho de comprobar por conducto de sus médicos, el estado de salud del ASEGURADO, diagnósticos, tratamientos, evolución, veracidad de las cuentas entre otros aspectos, obligándose el ASEGURADO a permitir los exámenes, informes y autorizaciones que LA COMPAÑÍA requiera y se relacionen con la obligación del ASEGURADO de demostrar la ocurrencia del siniestro y su cuantía.

CONDICIÓN OCTAVA - REVOCACIÓN

Este amparo adicional quedará revocado en los siguientes casos:

- a) En cualquier momento, cuando el TOMADOR lo solicite mediante aviso escrito dado a LA COMPAÑÍA. 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.
- b) LA COMPAÑÍA podrá en cualquier tiempo revocar este amparo adicional, mediante aviso escrito al TOMADOR, enviando a su última dirección conocida con no menos de treinta (30) días hábiles de antelación contados a partir de la fecha de su envío. En este caso LA COMPAÑÍA devolverá la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efecto la revocación y la del vencimiento del contrato.

El hecho que La COMPAÑÍA reciba suma alguna después de la fecha de revocación, no hará perder los efectos de dicha revocación.

En consecuencia, cualquier pago posterior será reembolsado.

CANASTA FAMILIAR POR FALLECIMIENTO O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

POR CONVENIO ENTRE LA COMPAÑÍA Y EL TOMADOR, ESTE AMPARO ADICIONAL HACE PARTE DE LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO MERCADEO EMPRESARIAL ARRIBA CITADA SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA INCLUIDO EN EL CUADRO DE AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS DE LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y QUEDA SUJETO A SUS CONDICIONES GENERALES, SUS ESTIPULACIONES Y EXCLUSIONES, LO MISMO QUE A LAS SIGUIENTES CONDICIONES PARTICULARES:

CONDICIÓN PRIMERA. AMPARO BÁSICO Y EXCLUSIONES

ESTE AMPARO ADICIONAL CUBRE UNA RENTA MENSUAL PARA CANASTA FAMILIAR EN CASO DE FALLECIMIENTO O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO, INCLUYENDO EL SUICIDIO, EL HOMICIDIO Y EL TERRORISMO SIEMPRE Y CUANDO NO SEA CAUSADO POR ARMAS QUÍMICAS, BIOLÓGICAS O NUCLEARES.

LA COMPAÑÍA PAGARA A LOS BENEFICIARIOS LA RENTA MENSUAL CORRESPONDIENTE IGUAL AL VALOR DE LA CUOTA DE LA CANASTA FAMILIAR CONTRATADA POR EL ASEGURADO DURANTE EL NUMERO DE MESES IGUALMENTE CONTRATADO INDICADOS EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA O EN ANEXO O CONDICIÓN PARTICULAR, AL FALLECIMIENTO O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO, OCURRIDA DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO ADICIONAL.

LA RENTA MENSUAL PUEDE HACERSE EFECTIVA A TRAVÉS DE BONOS DE SODEXHO O EMPRESAS SIMILARES O EN FORMA DE CAPITAL, A ELECCIÓN DEL TOMADOR.

1.3. EXCLUSIONES

A. FALLECIMIENTO O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO DERIVADAS DE UNA ENFERMEDAD CUYO ORIGEN SE ENCUENTRE EN UNA FECHA ANTERIOR A LA DE INICIACIÓN DE VIGENCIA DEL SEGURO. SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD, LESIÓN O CONDICIÓN PREEXISTENTE, AQUELLAS QUE EN FECHA ANTERIOR A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL AMPARO PARA CADA ASEGURADO HAYAN SIDO DIAGNOSTICADAS POR UN MÉDICO, O POR LAS CUALES SE HAYA CONSULTADO O RECIBIDO TRATAMIENTO MÉDICO, SERVICIO O SUMINISTRO, PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS O DROGAS, O APARENTES A LA VISTA O LAS QUE POR SUS SÍNTOMAS O SIGNOS NO PUDIERAN PASAR INADVERTIDAS.

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 SEGUNDA - OBJETO DEL AMPARO

EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL TIENE POR OBJETO MANTENER EL INGRESO EQUIVALENTE A LA CANASTA FAMILIAR, AL FALLECIMIENTO O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO, PAGANDO UNA SUMA DESTINADA A PROVEER UN SUSTENTO BASE AL GRUPO FAMILIAR POR UN PERÍODO DETERMINADO, INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, EN ANEXO O CONDICIÓN PARTICULAR.

CONDICIÓN TERCERA - REVOCACIÓN

El presente amparo adicional podrá ser revocado por el TOMADOR en cualquier momento, mediante aviso escrito dado a LA COMPAÑÍA. El importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

LA COMPAÑÍA podrá revocarlo mediante aviso escrito al TOMADOR enviado a su última dirección conocida con no menos de treinta (30) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha del envío. En este caso, LA COMPAÑÍA devolverá la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efecto la revocación y la de vencimiento del contrato.

El hecho de que LA COMPAÑÍA reciba suma alguna después de la fecha de revocación, no hará perder los efectos de dicha revocación. En consecuencia, cualquier pago posterior será reembolsado.

Las demás Condiciones de la póliza de Vida Grupo Mercadeo Empresarial, no modificadas por el presente anexo continúan vigentes.

AUXILIO EXEQUIAL

POR CONVENIO ENTRE LA COMPAÑÍA Y EL TOMADOR, ESTE AMPARO ADICIONAL HACE PARTE DE LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO MERCADERO EMPRESARIAL ARRIBA CITADA SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA INCLUIDO EN EL CUADRO DE AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS DE LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y QUEDA SUJETO A SUS CONDICIONES GENERALES, SUS ESTIPULACIONES Y EXCLUSIONES, LO MISMO QUE A LAS SIGUIENTES CONDICIONES PARTICULARES:

CONDICIÓN PRIMERA - AMPARO Y DEFINICIÓN

CUANDO SE PRESENTE LA MUERTE DE UN ASEGURADO AMPARADO POR LA PRESENTE PÓLIZA Y LA COMPAÑÍA TENGA LA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR CONFORME A LA COBERTURA BÁSICA DE ESTE SEGURO, SE PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS A TÍTULO GRATUITO POR EL ASEGURADO, EL VALOR INDICADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA PARA ESTE AMPARO ADICIONAL POR CONCEPTO DE AUXILIO DE EXEQUIAS.

CONDICIÓN SEGUNDA - EXCLUSIONES

ESTE AMPARO ADICIONAL NO CUBRE AL ASEGURADO PÉRDIDA ALGUNA, CUANDO LA MUERTE SEA GENERADA, DERIVADA, RESULTANTE, CAUSADA U OCASIONADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE O RELACIONADA CON UNA ENFERMEDAD CUYO ORIGEN SE ENCUENTRE EN UNA FECHA ANTERIOR A LA INICIACIÓN DE VIGENCIA DEL SEGURO.

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 TERCERA TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL

Los beneficios concedidos por el presente amparo, terminarán para cada ASEGURADO, cuando se retire del grupo o cuando se produzca su fallecimiento o la incapacidad total y permanente.

CONDICIÓN CUARTA - REVOCACIÓN

Este anexo quedará revocado en los siguientes casos:

- a) En cualquier momento, cuando el TOMADOR lo solicite mediante aviso escrito dado a LA COMPAÑÍA. 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.
- b) LA COMPAÑÍA podrá en cualquier tiempo revocar este anexo, mediante aviso escrito al TOMADOR, enviando a su última dirección conocida con no menos de treinta (30) días hábiles de antelación contados a partir de la fecha de su envío. En este caso LA COMPAÑÍA devolverá la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efecto la revocación y la del vencimiento del contrato.

El hecho que LA COMPAÑÍA reciba suma alguna después de la fecha de revocación, no hará perder los efectos de dicha revocación. En consecuencia, cualquier pago posterior será reembolsado.

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.

29/12/2016-1305-P-31-CLACHUBB20160189
30/08/2015-1305-NT-31-APMAFORMANT00002
30/08/2015-1305-NT-31-APDAFORMANT00002
31/01/2015-1305-NT-34-VGEMPFORMANT0001
31/01/2015-1305-NT-34-ITPEMPFORMANT001
31/01/2015-1305-NT-34-EGEMPFORMANT0001
30/08/2015-1305-NT-31-APRDHFORMANT0002

29/12/2016-1305-P-31-CLACHUBB20160189
30/08/2015-1305-NT-31-APMAFORMANT00002
30/08/2015-1305-NT-31-APDAFORMANT00002
31/01/2015-1305-NT-34-VGEMPFORMANT0001
31/01/2015-1305-NT-34-ITPEMPFORMANT001
31/01/2015-1305-NT-34-EGEMPFORMANT0001
30/08/2015-1305-NT-31-APRDHFORMANT0002