

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

GRUPO APG SALUD TLMK

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

1. AMPAROS DEL SEGURO

1.1 MUERTE ACCIDENTAL, DESMEMBRACIÓN E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

LA COMPAÑÍA SE COMPROMETE A PAGAR AL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO LAS PRESTACIONES PROPIAS DE CADA UNO DE LOS AMPAROS EXPRESAMENTE SEÑALADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA Y/O EN LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES, EN CASO QUE LA PERSONA DESIGNADA COMO ASEGURADO, DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, SUFRA UN ACCIDENTE OBJETO DE LAS COBERTURAS QUE SE INDICAN A CONTINUACIÓN, EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES PREVISTOS PARA CADA AMPARO Y HASTA EL VALOR ASEGURADO ESTIPULADO EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL.

2. COBERTURAS.

2.1. AMPARO DE MUERTE ACCIDENTAL

LA COMPAÑÍA SE OBLIGA A PAGAR A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, EL VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL, SI DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO CONTADOS DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE EN QUE EL ASEGURADO SUFRA LESIONES CORPORALES, SE PRODUCE LA MUERTE A CAUSA DE LAS MISMAS.

CUANDO LA MUERTE SOBREVenga DE UN HOMICIDIO, ÚNICAMENTE SE PAGARÁ EL 50% DEL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO. A FALTA DE BENEFICIARIOS DESIGNADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL, EL VALOR ASEGURADO SE PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS ESTABLECIDOS EN EL ARTÍCULO 1142 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA, PARA ESTA COBERTURA ES EL ANIVERSARIO MÁS PRÓXIMO A LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO CUMPLA SETENTA (70) AÑOS DE EDAD.

2.2. INDEMNIZACIÓN POR DESMEMBRACIÓN E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

LA COMPAÑÍA, DE CONFORMIDAD CON LAS DEFINICIONES AQUÍ CONTENIDAS, SE OBLIGA A PAGAR AL ASEGURADO SEÑALADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, LOS VALORES QUE RESULTEN DE APLICAR AL VALOR ASEGURADO PREVISTO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, LOS PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CLÁUSULA, SI LAS LESIONES CORPORALES QUE SEAN CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR ESTA PÓLIZA, CAUSAREN AL ASEGURADO, DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS COMUNES SIGUIENTES A LA FECHA DEL ACCIDENTE, ALGUNA DE LAS PÉRDIDAS O INUTILIZACIONES DESCRITAS A CONTINUACIÓN,

- A. POR LA PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN TOTAL Y PERMANENTE DE UNA MANO O DE UN PIE: 60% DEL VALOR ASEGURADO.
- B. POR LA PÉRDIDA TOTAL O IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN POR UN OJO: 60% DEL VALOR ASEGURADO.
- C. POR LA PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN TOTAL Y PERMANENTE DEL DEDO PULGAR DE UNA DE LAS MANOS: 20% DEL VALOR ASEGURADO.
- D. POR LA PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN TOTAL Y PERMANENTE DE UNO O CUALQUIERA DE LOS RESTANTES DEDOS DE LA MANO, DIFERENTES AL DEDO PULGAR: 10% DEL VALOR ASEGURADO.
- E. POR LA PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN TOTAL Y PERMANENTE DE CADA UNO DE LOS DEDOS DE LOS PIES: 10% DEL VALOR.

LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA, PARA ESTA COBERTURA ES EL ANIVERSARIO MÁS PRÓXIMO A LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO CUMPLA SETENTA (70) AÑOS DE EDAD.

2.3.1. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: 100% DEL VALOR ASEGURADO.

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

- (I) LA PÉRDIDA DE LA VISIÓN POR AMBOS OJOS.
- (II) LA PÉRDIDA DE AMBAS MANOS O AMBOS PIES.
- (III) LA PÉRDIDA DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE.
- (IV) LA PÉRDIDA DE TODA UNA MANO O DE TODO UN PIE JUNTO CON LA VISIÓN POR UN OJO
- (V) LA PÉRDIDA DEL HABLA O DE LA AUDICIÓN.

ESTE AMPARO SE CONFIGURA EXCLUSIVAMENTE CON LA FECHA DE CALIFICACIÓN DE LA INCAPACIDAD, LA CUAL SE CONSIDERARÁ LA FECHA DEL SINIESTRO, Y SU INDEMNIZACIÓN NO ES ACUMULABLE AL SEGURO DE VIDA; POR LO TANTO, UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR DICHA INCAPACIDAD,

LA COMPAÑÍA QUEDARÁ LIBERADA DE TODA RESPONSABILIDAD EN LO QUE SE REFIERE AL SEGURO DE VIDA DEL ASEGURADO INCAPACITADO.

- POR LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN DE AMBOS OJOS: 100% DEL VALOR ASEGURADO.
- POR LA PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN TOTAL Y PERMANENTE DE AMBAS MANOS O AMBOS PIES O

DE UNA MANO JUNTO CON UN PIE: 100% DEL VALOR ASEGURADO.

- POR LA PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN POR UN OJO, CONJUNTAMENTE CON LA PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN TOTAL Y PERMANENTE DE UNA MANO O DE UN PIE: 100% DEL VALOR ASEGURADO.
- POR LA PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DEL HABLA O DE LA AUDICIÓN POR AMBOS OÍDOS: 100% DEL VALOR ASEGURADO.

2.4. RENTA MENSUAL PARA GASTOS DEL HOGAR POR MUERTE ACCIDENTAL

LA COMPAÑÍA SE OBLIGA A PAGAR AL BENEFICIARIO DEL SEGURO, EL VALOR DEFINIDO PARA ESTE AMPARO EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y/O EL CERTIFICADO INDIVIDUAL, DE MANERA FRACCIONADA EN DOCE PAGOS SUCESIVOS Y MENSUALES, CUANDO LA MUERTE SE PRODUZCA DE MANERA ACCIDENTAL, DE ACUERDO A LA DEFINICION QUE SE PRESENTA PARA LA MISMA EN LA PRESENTE POLIZA.

A OPCION DEL BENEFICIARIO Y PREVIA SOLICITUD REALIZADA A LA ASEGURADORA, SE PODRÁ RECIBIR LA INDEMNIZACION EN UN SOLO PAGO.

2.5 RENTA MENSUAL HOSPITALARIA EN CASO DE UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

LA COMPAÑÍA SE OBLIGA A PAGAR AL BENEFICIARIO DEL SEGURO, EL VALOR DEFINIDO PARA ESTE AMPARO EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y/O EL CERTIFICADO INDIVIDUAL, DE MANERA FRACCIONADA EN DOCE PAGOS SUCESIVOS Y MENSUALES, CUANDO SE PRODUZCA UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DE MANERA ACCIDENTAL, DE ACUERDO A LA DEFINICION QUE SE PRESENTA PARA LA MISMA EN LA PRESENTE POLIZA.

A OPCION DEL BENEFICIARIO Y PREVIA SOLICITUD REALIZADA A LA ASEGURADORA, SE PODRÁ RECIBIR LA INDEMNIZACION EN UN SOLO PAGO.

2.6. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL EN SERVICIO PÚBLICO

MEDIANTE EL PRESENTE AMPARO, LA COMPAÑÍA SE OBLIGA A PAGAR A LOS BENEFICIARIOS, EL VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA Y/O SU CERTIFICADO INDIVIDUAL,

EN CASO QUE LA MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO HAYA SIDO OCASIONADA MIENTRAS ÉSTE SE ENCUENTRE VIAJANDO COMO PASAJERO DE BUSES, TAXIS, COLECTIVOS URBANOS E INTERMUNICIPALES Y DE TRANSPORTE MASIVO, QUE PERTENEZCAN A UNA EMPRESA DE TRANSPORTES LEGALMENTE AUTORIZADA PARA TAL FIN POR LAS ENTIDADES ESTATALES O DISTRITALES CORRESPONDIENTES. LA COBERTURA DEL PRESENTE AMPARO NO SE EXTIENDE A NINGÚN OTRO BENEFICIO, POR LO QUE SE LIMITA A LA MUERTE ACCIDENTAL QUE OCURRA EN LAS CIRCUNSTANCIAS DESCRITAS.

3. DEFINICIONES

3.1 DEFINICION DE ACCIDENTES PERSONALES

PARA EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO SE CONSIDERA COMO ACCIDENTE, EL HECHO EXTERNO, VISIBLE Y FORTUITO QUE NO DEPENDE DE LA VOLUNTAD DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO, QUE OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO Y QUE PRODUZCA EN LA INTEGRIDAD FÍSICA DEL ASEGURADO LESIONES CORPORALES EVIDENCIADAS POR CONTUSIONES O HERIDAS VISIBLES, O LESIONES INTERNAS MÉDICAMENTE COMPROBADAS, O AHOGAMIENTO.

3.2 DEFINICIÓN DE PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN

Para efectos de este amparo se entiende por “pérdida”:

(I) PÉRDIDA:

- Para la mano: la amputación quirúrgica o traumática por la muñeca o por encima de ella.
- Para el pie: la amputación quirúrgica o traumática por el tobillo o por encima de él.
- Para los dedos de las manos: la amputación quirúrgica o traumática por la coyuntura metacarpofalangiana o por encima de ella.
- Para los dedos de los pies: la amputación quirúrgica o traumática por la coyuntura metacarpofalangiana o por encima de ella.

(II) De igual forma y para efecto de este amparo, “INUTILIZACIÓN” significa: pérdida funcional total.

El pago total de siniestros por desmembraciones por uno o más accidentes ocurridos durante la vigencia de esta póliza, en ningún caso excederá del 100% de la suma total asegurada.

En caso de ocurrir más de un siniestro durante la vigencia del presente contrato de seguro, los porcentajes a indemnizar se aplicarán al saldo de la suma asegurada después de haber deducido otros pagos efectuados sin que supere el valor asegurado total.

4. EXCLUSIONES

4.1. EXCLUSIONES APLICABLES AL SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES GRUPO DE ESTA PÓLIZA:

LA COMPAÑÍA NO EFECTUARÁ PAGO ALGUNO BAJO EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, CUANDO LAS LESIONES CORPORALES QUE SUFRA EL ASEGURADO, SEAN ÉSTAS ANTERIORES A LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO, O TENGAN SU CAUSA, CONSISTAN EN, O SEAN CONSECUENCIA, DIRECTA O INDIRECTA, TOTAL O PARCIAL, DE:

- A) GUERRA, INVASIÓN, ACTO DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES Y OPERACIONES DE GUERRA, GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN O ASONADA.
- B) HALLARSE EL ASEGURADO BAJO INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES ESTUPEFACIENTES, ALUCINÓGENOS, DROGAS TÓXICAS O HEROICAS, CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO REQUERIDA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
- C) ENFERMEDADES FÍSICAS O SÍQUICAS O MENTALES, TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS QUE NO SEAN AQUELLOS NECESARIOS EN RAZÓN DE ACCIDENTES AMPARADOS POR ESTA PÓLIZA, INFECCIONES BACTERIANAS (SALVO INFECCIONES PIOGÉNICAS, QUE OCURRE COMO CONSECUENCIA DE UNA HERIDA ACCIDENTAL); NI LOS EFECTOS SÍQUICOS (EXCEPTO DEMENCIA INCURABLE) O ESTÉTICOS RESULTANTES DE CUALQUIER ACCIDENTE.
- D) EMBARAZO, ABORTO O ALUMBRAMIENTO; NI LA AGRAVACIÓN EN LESIONES O LA MUERTE RESULTANTES DE ALGUNA DE TALES CAUSAS.
- E) PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN COMPETENCIAS DE VELOCIDAD MOTORIZADA.
- F) CUANDO EL ASEGURADO CONDUZCA O VIAJE COMO PASAJERO EN MOTOCICLETAS, CUATRIMOTOS, O BICIMOTOS.
- G) USO DE PLANEADORES, PARAPENTES, COMETAS O ALAS DELTA.
- H) ACCIDENTES DE AVIACIÓN, CUANDO EL ASEGURADO VIAJE COMO PILOTO O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN DE CUALQUIER AERONAVE

O EN AERONAVES NO AUTORIZADAS OFICIALMENTE PARA OPERAR EN FORMA COMERCIAL EN EL TRANSPORTE DE PASAJEROS.

- I) CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE AL SERVICIO DE LAS FUERZAS ARMADAS O DE LA POLICÍA DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD INTERNACIONAL, EN CASO QUE EL ASEGURADO FUERE LLAMADO A PRESTAR SERVICIO MILITAR OBLIGATORIO, LA COMPAÑÍA LE DEVOLVERÁ LA PRIMA, CORRESPONDIENTE AL PERIODO NO CUBIERTO.
- J) LAS LESIONES O LA MUERTE PRODUCIDAS INTENCIONALMENTE POR DEL ASEGURADO O POR LOS BENEFICIARIOS DEL SEGURO.
- K) EL SUICIDIO O SU TENTATIVA.
- L) LAS HERNIAS, VÁRICES O EVENTRACIONES Y OCLUSIONES INTESTINALES.

5. REVOCACIÓN DEL CONTRATO

De conformidad con los artículos 1071 y 1159 del Código de Comercio, el amparo individual de la sección uno podrá ser revocado unilateralmente por el asegurado, en cualquier momento, mediante aviso escrito al asegurador. En tal caso, el tomador será responsable de pagar de todas primas causadas hasta la fecha de revocación. El amparo individual de la sección uno quedará revocado en la fecha del recibo de tal comunicación por “LA COMPAÑÍA” o en la fecha especificada por el asegurado para tal terminación si es posterior a la fecha de recibo de la comunicación, y el tomador será responsable de pagar a “LA COMPAÑÍA” todas las primas adeudadas en esa fecha.

6. RENOVACIÓN

La presente Póliza es renovable a voluntad de las partes contratantes. Si las partes, con anticipación no menor a un mes a la fecha de su vencimiento no manifestare lo contrario. El contrato se entenderá renovado automáticamente por un periodo igual al pactado, sin perjuicio de lo estipulado en la cláusula quinta del presente contrato.

7. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

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

8. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

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

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

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

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

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

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

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

9. EXÁMENES MÉDICOS

LA COMPAÑÍA tendrá el derecho de hacer examinar al Asegurado cuantas veces lo Considere necesario mientras esté pendiente cualquier reclamación y también podrá hacer practicar la autopsia en los casos que crea necesarios, a menos que la ley lo prohíba.

10. AVISO DE SINIESTRO Y RECLAMACIÓN

El asegurado y o sus beneficiarios, según el caso, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de ocurrencia de un accidente, pérdida o inutilización anatómica, deberán dar aviso a La Compañía del hecho que pueda motivar una reclamación. Al recibir el aviso, LA COMPAÑÍA entregará los formularios necesarios para guiar al asegurado o beneficiario en la reclamación los cuales irán acompañados de los documentos y otras pruebas que demuestren la ocurrencia del siniestro y permitan fijar la cuantía de la indemnización. Lo anterior, sin perjuicio de la libertad probatoria con la que cuenta el reclamante para acreditar su derecho frente a La Compañía.

Al momento de la reclamación el beneficiario (s) puede optar por un pago fraccionado en estilo de renta mensual ó un pago único por la totalidad del valor asegurado.

11. PAGO DE LA PRIMA

De conformidad con el artículo 1066 del Código de Comercio, el tomador del seguro está obligado al pago de la prima. Salvo disposición legal o contractual en contrario, deberá hacerlo a más tardar 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.

12. TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL

El certificado individual de cualquiera de las personas amparadas termina por las siguientes causas:

- a) En el aniversario más próximo a la fecha en que la el Asegurado cumpla la edad de 70 años.
 - b) Por el pago de la suma asegurada por muerte accidental amparada por este seguro.
 - c) Por el pago realizado por cualquiera de los amparos de la presente póliza.
 - d) Por solicitud escrita del Asegurado, en este evento LA COMPAÑÍA devolverá las primas pagadas y no devengadas calculadas a la tarifa a corto plazo.
- Parágrafo: el hecho de que LA COMPAÑÍA haya recibido una o más primas por este amparo después de que haya sido revocado o terminado, no obligará a conceder los beneficios aquí estipulados ni anulará tal revocación o terminación. Cualquier prima pagada por un periodo posterior a la revocación o terminación será reembolsada.
- f) Cuando el Asegurado deje de pertenecer al grupo asegurado.
 - g) En el momento de la disolución del grupo asegurado. Se entenderá disuelto, cuando el grupo quede integrado por un número inferior a 5 asegurados durante la vigencia de la póliza.

13. VALOR ASEGURADO

La Compañía pagará al asegurado o a los beneficiarios designados en el certificado de seguro, según el caso, el capital contratado vigente al momento del fallecimiento del asegurado o de la calificación de la incapacidad total y permanente. El valor asegurado alcanzado se incrementará automáticamente en el aniversario de cada certificado individual de seguro, aplicando el Índice de Precios al Consumidor (IPC) reconocido por el Gobierno Nacional acumulado a 31 de diciembre del año inmediatamente anterior y de acuerdo a las tarifas vigentes.

14. DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE.

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1058 del código de comercio, EL TOMADOR y los Asegurados individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea puesto por LA COMPAÑÍA. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por LA COMPAÑÍA, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del presente contrato.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto, si EL TOMADOR ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado de riesgo. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculparable de EL TOMADOR, el contrato no será nulo pero LA COMPAÑÍA sólo estará obligada en caso de siniestro a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado de riesgo. Si la reticencia o la inexactitud provienen del Asegurado se aplicarán las mismas sanciones respecto de su cobertura individual.

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

15. RENOVACIÓN

La presente póliza es renovable a voluntad de las partes contratantes. Si las partes, con anticipación no menor a un mes a la fecha de su vencimiento no manifestare lo contrario. El contrato se entenderá renovado automáticamente por un periodo igual al pactado, sin perjuicio de lo estipulado en la cláusula quinta del presente contrato.

17. DOMICILIO

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

18. EDADES LÍMITE. DOCUMENTOS NECESARIOS PARA UNA RECLAMACIÓN

Edades límites y documentos en caso de reclamación Edades de cobertura:

- Edad de ingreso mínima de ingreso 18 años.
- Edad de permanencia para anexo: hasta sesenta y nueve (69) años y 364 días.

Documentos en caso de reclamación:

Sin desconocer la libertad probatoria que consagra la legislación vigente, al asegurado o beneficiario según el caso podrá acreditar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida presentando, entre otros, los siguientes documentos:

Muerte

- Carta de reclamación
- Registro Civil de Nacimiento.
- Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía
- Registro Civil de Matrimonio o su equivalente.
- Declaración del Médico que atendió al Asegurado Fallecido.
- Registro Civil de Defunción.
- Original o copia de la solicitud/certificado.

- Documentos de identidad de los Beneficiarios.
- Historia clínica completa.
- Acta de levantamiento del cadáver.
- Certificado de necropsia.

En caso de incapacidad total y permanente

- Carta de reclamación.
- Original o copia de la solicitud/certificado.
- Calificación de la incapacidad total y permanente o desmembración, por la junta Regional o Nacional o médico tratante de la EPS
- Fotocopia Cédula de Ciudadanía.
- Historia clínica completa.

Importante

El pago de la indemnización se hará mediante abono a la cuenta de ahorros o corriente del beneficiario, por lo tanto, éste deberá informar la entidad financiera, clase de cuenta y número de la misma.

BBVA SEGUROS se reserva el derecho de solicitar cualquier documento o certificado adicional que considere necesario para el trámite de la reclamación del siniestro.

**ANEXO DE ASISTENCIA TELEFONICA MÉDICA,
JURIDICA Y TRASLADO A LAS PERSONAS BBVA
SEGUROS**

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

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

PRIMERA: OBJETO DEL ANEXO

Se garantiza la puesta a disposición del asegurado de una ayuda material inmediata, en forma de prestación de servicios, cuando el asegurado requiera asesoría telefónica, de acuerdo con las condiciones establecidas en el presente anexo.

SEGUNDA: DEFINICIONES**1. Tomador del seguro:**

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

2. Asegurado:

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

TERCERA: AMBITO TERRITORIAL

Los amparos a los que se refiere este anexo se extienden al territorio nacional.

CUARTA: COBERTURAS

La Compañía dará, a solicitud del asegurado, una asistencia profesional en los siguientes aspectos:

a. Orientación médica telefónica.

En caso de accidente del asegurado La Compañía pondrá a su disposición el servicio de orientación médica básica telefónica 24 horas al día los 365 días del año. Los operadores médicos que recepcionan la llamada, según la sintomatología y descripción del accidente dada por el asegurado, harán un diagnóstico ajustado a las claves internacionales de servicios pre hospitalarios de emergencia médica.

El operador médico orientará al asegurado, respecto de las conductas provisionales que debe asumir, mientras se produce el contacto profesional médico-paciente.

b. Asistencia jurídica telefónica

Cuando el asegurado, en el giro normal de sus negocios y actividades, requiera adelantar una consulta básica en aspectos relativos al derecho civil relacionados con personas, bienes y contratos; derecho de familia en lo relativo a divorcio, alimentos, restitución de bienes y sucesiones; derecho penal en casos querellables, derecho administrativo, derecho tributario, derecho comercial a excepción de lo relacionado con el contrato de seguros, derecho policivo y derecho laboral, La Compañía coordinará una conferencia telefónica con un abogado. El servicio operará únicamente de lunes a viernes entre las 8:00 AM y las 5:00 PM, entendiéndose como un servicio de asistencia y no de emergencia. La respuesta se dará en forma inmediata cuando se trate de temas de carácter general; si el asunto es específico, la respuesta se dará de manera telefónica dentro de las 48 horas hábiles siguientes a la solicitud.

Parágrafo: De cualquier manera LA COMPAÑIA deja expresa constancia que esta cobertura es de medio y no de resultado, por lo cual el asegurado acepta que LA COMPAÑIA y el Prestador del Servicio no son responsables del éxito o del fracaso de las acciones emprendidas, omitidas o dejadas de adelantar por él, como tampoco por los honorarios de abogados generados por demandas en que participe el asegurado.

Nota: Esta cobertura está limitada a dos eventos por vigencia.

c. Traslado médico en Ambulancia

En caso de una urgencia vital por enfermedad o accidente y siempre y cuando dicha enfermedad no corresponda a una patología preexistente o crónica, a criterio del médico de Andiasistencia, la Compañía se encargará de hacer el traslado

al asegurado hasta el centro médico asistencial más cercano e idóneo, máximo un evento por vigencia.

QUINTA: EXCLUSIONES GENERALES

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

- a) Los servicios que el asegurado haya concertado por su cuenta sin el previo consentimiento y autorización dada por la Compañía.
- b) Los servicios adicionales que el asegurado haya contratado directamente con el prestador del servicio de asistencia profesional bajo su cuenta y riesgo y por ello es que se excluyen igualmente, reembolsos dineros derivados de cualquier servicio descrito en el presente anexo.
- c) Las orientaciones jurídicas por hechos causados por mala fe del asegurado.
- d) Asesorías jurídicas en áreas del derecho que no estén descritas o contempladas en las áreas descritas en el presente anexo.
- e) Asesorías jurídicas que impliquen el conocimiento de la ley interna de otro país.
- f) Asistencia jurídica por accidentes de tránsito.
- g) La muerte producida por suicidio y las lesiones y secuelas que se ocasionen en su tentativa.
- h) La muerte, lesiones originadas directa o indirectamente por hechos punibles o acciones dolosas del asegurado.
- i) Lo relativo y derivado de gastos de asistencia por embarazo, parto y sus complicaciones.
- j) Los gastos de asistencia médica y hospitalaria dentro del territorio de Colombia, sin perjuicio de lo estipulado en las Condiciones Generales de la póliza.
- k) La asistencia y gastos por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica, ni por enfermedades mentales. Así mismo, afecciones, enfermedades, accidentes o lesiones derivadas de la ingestión de bebidas alcohólicas de cualquier tipo, sustancias enervantes, estimulantes o depresoras del sistema nervioso bebidas energizantes o energéticas, esteroides y la mezcla de estos.
- l) Las asistencias y gastos derivadas de prácticas deportivas en competición.
- m) La asistencia y gastos a los ocupantes del vehículo asegurado transportados gratuitamente mediante “autostop” o “dedo”.
- n) Los eventos que puedan ocurrir a consecuencia de entrenamientos, prácticas o participación activa en competencias deportivas (amateurs o profesionales) o los eventos que puedan ocurrir a consecuencia de prácticas de deportes peligrosos o alto riesgo.
- o) No se prestará asistencia médica, cuando se trate de chequeos médicos de rutina o que correspondan a tratamientos cosméticos, estéticos, postquirúrgicos o de disminución de peso. Quedan excluidos de la cobertura

objeto del presente anexo las consecuencias de los hechos siguientes:

- a) Los causados por mala fe del asegurado.
- b) Hechos derivados de terrorismo, motín o tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de hechos de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad.
- d) Los derivados de la energía nuclear radiactiva.
- e) Los que se produzcan con ocasión de la participación del asegurado en apuestas, desafíos o riñas.

SEXTA: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

En caso de un evento cubierto por el presente anexo, el asegurado deberá solicitar siempre la asistencia por teléfono, a cualquiera de los números indicados, debiendo informar el nombre del asegurado, el número de la cédula de ciudadanía, o cédula de extranjería, el número de teléfono y el tipo de asistencia que precisa.

SEPTIMA: REEMBOLSO

Si la Compañía no puede prestar el servicio a través de su red de proveedores, le reembolsará al asegurado, el valor que éste hubiese pagado por la ocurrencia de Traslado médico en Ambulancia hasta los límites indicados en cada uno de ellos, siempre y cuando cumpla con las siguientes obligaciones:

- El asegurado deberá solicitar la autorización a través de la línea de asistencia, informando el nombre del destinatario de la prestación, el número de la cédula de ciudadanía, o cédula de extranjería, el número de la tarjeta de crédito, el lugar donde se encuentra, el número de teléfono y tipo de asistencia que precisa.
- Una vez reciba la solicitud previa, la Compañía le dará al asegurado un código de autorización con el cual deberá remitir las facturas originales de los desembolsos realizados, a la dirección que le sea informada en el momento de recibir dicha autorización. En ningún caso, la Compañía realizará un reembolso sin que el asegurado haya remitido las facturas originales correspondientes al servicio autorizado.