

PÓLIZA DE VIDA GRUPO FAMILIA VITAL

CONDICIONES DEL SEGURO

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

CLÁUSULA PRIMERA: AMPARO BÁSICO

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

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

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

1) LA MUERTE DEL ASEGURADO MIEMBRO DEL GRUPO ASEGURADO NO SE PUEDE PRESENTAR POR CAUSA O CON OCASIÓN DE LOS ASUNTOS EXCLUIDOS EN LA CLÁUSULA SEGUNDA DEL PRESENTE CONTRATO (EXCLUSIONES) O DE LAS EXCLUSIONES DE LEY, DENTRO DE LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ALLÍ ESTABLECIDOS;

2) EL ASEGURADO DEBE CUMPLIR CON LAS CALIDADES Y CARACTERÍSTICAS PREVISTAS EN EL PRESENTE CONTRATO Y EN LA LEY PARA FORMAR PARTE E INGRESAR AL GRUPO ASEGURADO;

CLÁUSULA SEGUNDA: EXCLUSIONES

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S. A. NO EFECTUARÁ PAGO ALGUNO BAJO EL PRESENTE

CONTRATO DE SEGURO, EN LOS SIGUIENTES CASOS:

A) CUANDO EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO SEA OCASIONADO POR HOMICIDIO CAUSADO DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA DEL SEGURO.

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

CLÁUSULA TERCERA: DEFINICIONES

EL TOMADOR

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

GRUPO ASEGURADO

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

ASEGURADO PRINCIPAL

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

CLÁUSULA CUARTA: PAGO DE PRIMAS

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

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

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

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

CLÁUSULA QUINTA: REVOCACIÓN DEL CONTRATO

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

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

CLÁUSULA SEXTA: DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

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

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

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero “LA COMPAÑÍA” sólo estará obligada en caso de siniestro a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

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

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

CLÁUSULA SÉPTIMA: IRREDUCTIBILIDAD

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

CLÁUSULA OCTAVA: INEXACTITUD RESPECTO DE LA DECLARACIÓN DE LA EDAD

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

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

CLÁUSULA NOVENA: TERMINACIÓN

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

- a. Por mora en el pago de la prima, en los términos previstos por el Código de Comercio y las cláusulas del presente seguro.
- b. Cuando el tomador o el asegurado solicite por escrito la exclusión del seguro.
- c. Un mes después de haber dejado de pertenecer al grupo asegurado.
- d. A la terminación o revocación del contrato por parte del tomador.
- e. En el aniversario de vigencia del seguro más próximo a la fecha en que el asegurado cumpla la edad de 69 años y 364 días.
- f. Al momento en que a un asegurado se le pague el 100 % de la suma asegurada contemplada en el anexo de Incapacidad Total y Permanente, o en el anexo de Muerte Accidental por Accidente de Tránsito, si han sido contratados por el tomador.
- g. En el momento de disolución del grupo asegurado. Para los efectos de este contrato, se entenderá disuelto el grupo cuando

éste quede integrado por un número inferior a 10 asegurados durante la vigencia del seguro.

CLÁUSULA DECIMA: RENOVACIÓN

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

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA: CONVERTIBILIDAD

Los asegurados menores de 64 años y 364 días de edad que se separen del grupo después de haber permanecido en él por lo menos durante un año continuo tendrán derecho a asegurarse en el amparo de vida sin nuevos requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo este seguro, pero sin beneficios ni amparos adicionales, en cualquiera de los planes de seguro individual de los que emite “LA COMPAÑÍA”, con excepción de los planes temporales o crecientes, siempre y cuando lo solicite dentro de un mes contado a partir de su retiro del grupo asegurado. El seguro individual se emitirá con las condiciones de admisión de riesgo que traía, pero con los ajustes en la tarifa del plan que se tome a la edad alcanzada por el asegurado y su ocupación en la fecha de esta solicitud.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

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

CLÁUSULA DECIMA TERCERA: DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA DECIMA CUARTA: AVISO DE SINIESTRO

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

CLÁUSULA DECIMA QUINTA: MUERTE PRESUNTA POR DESAPARECIMIENTO

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

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

3. Que la póliza se encuentre vigente al momento de la sentencia.

CLÁUSULA DECIMA SEXTA: PAGO DE SINIESTROS

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

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

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

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

CLÁUSULA DECIMA SEPTIMA: RECLAMACION

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

- Aviso de reclamo
- Original del certificado individual de seguro
- Registro civil de defunción del asegurado fallecido
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado
- Historia clínica completa
- Documento de identidad que acredite la calidad de beneficiario
- Si el reclamo es por Incapacidad Total y Permanente informe del médico tratante con pronóstico y evolución y/o calificación emitida por la Junta Regional o Nacional de calificación de invalidez.

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

- Acta de levantamiento del cadáver y protocolo de la necropsia

BBVA Seguros podrá solicitar documentos adicionales a los mencionados

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: VIGENCIA

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

Respecto de cada asegurado individualmente considerado, el contrato entrará en vigor a partir de la hora 24 del día de aprobación de la solicitud individual por parte de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., siempre y cuando se haya pagado la prima dentro de las condiciones previstas en el presente contrato y de acuerdo con la ley.

CLÁUSULA DECIMA NOVENA: DERECHOS DE INSPECCIÓN

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

CLÁUSULA VIGESIMA: NOTIFICACIONES

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

CLÁUSULA VIGESIMA PRIMERA: PRESCRIPCIÓN

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

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

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

CLÁUSULA VIGESIMA SEGUNDA: DISPOSICIONES LEGALES

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

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

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

CLÁUSULA VIGESIMA CUARTA: REHABILITACION DEL SEGURO

En esta modalidad de seguro no aplica la opción de rehabilitación

CLÁUSULA VIGESIMA QUINTA: DOMICILIO

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

ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN

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

1. AMPAROS

1.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

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

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

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

ESTE AMPARO SE CONFIGURA EXCLUSIVAMENTE CON LA FECHA DE CALIFICACIÓN DE LA INCAPACIDAD, LA CUAL SE 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.

1.2 DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN

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

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

PARA LOS EFECTOS DE ESTE AMPARO:

(I) SE CONSIDERA PÉRDIDA DE:

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

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

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

1.3. RENTA MENSUAL EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

LA COMPAÑÍA SE OBLIGA A PAGAR ADICIONALMENTE AL ASEGURADO DEL SEGURO, EL VALOR DEFINIDO PARA ESTE AMPARO EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y/O EL CERTIFICADO INDIVIDUAL, DE MANERA FRACCIONADA EN SEIS 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 ASEGURADO Y PREVIA SOLICITUD REALIZADA A LA ASEGURADORA, SE PODRÁ RECIBIR LA INDEMNIZACION EN UN SOLO PAGO.

2. EXCLUSIONES

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

A. LAS LESIONES PRODUCIDAS INTENCIONALMENTE POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO O POR LOS BENEFICIARIOS DE LA POLIZA, LO MISMO QUE LA TENTATIVA DE

SUICIDIO, SEA ESTE VOLUNTARIO O INVOLUNTARIO, CONSCIENTE O INCONSCIENTE

B. CUANDO EL ASEGURADO CONDUZCA O VIAJE COMO PASAJERO EN MOTOCICLETAS, CUATRIMOTOS, O BICIMOTOS

C. USO DE PLANEADORES, COMETAS O ALAS DELTA

D. LOS ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN FUERZAS MILITARES Y DE POLICIA

E. LOS ACTOS CAUSADOS POR VIOLACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO, DE CUALQUIER NORMA DE CARÁCTER PENAL

F. ENCONTRÁNDOSE EN FORMA VOLUNTARIA BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O ALUCINOGENOS Y SEA ESTA CIRCUNSTANCIA LA CAUSA DE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

ANEXO INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE PÚBLICO

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

1. AMPARO

LA COMPAÑÍA, DE ACUERDO CON LA DEFINICION QUE A CONTINUACIÓN SE SEÑALA, SE OBLIGA A PAGAR A LOS BENEFICIARIOS EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES PARTICULARES, CUANDO DENTRO LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS COMUNES SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR EL PRESENTE ANEXO SUCEDA LA MUERTE DEL ASEGURADO POR CAUSA DIRECTA AL ACCIDENTE PARA EFECTOS DE ESTE ANEXO, LA MUERTE ACCIDENTAL DEBE SER PRODUCIDA 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, Y ÉSTE FALLECIERE COMO CONSECUENCIA DE LAS LESIONES SUFRIDAS EN DICHO EVENTO, SIEMPRE Y CUANDO NO HAYA ALCANZADO LOS 65 AÑOS DE EDAD.

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

NO SE CONSIDERA EL HOMICIDIO DOLOSO COMO MUERTE ACCIDENTAL.

2. EXCLUSIONES

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

- A. CUALQUIER CLASE DE ENFERMEDAD
- B. GUERRA (DECLARADA O NO), INVASIÓN, GUERRA CIVIL, TUMULTO, REVOLUCIONES, CONMOCIÓN CIVIL E INSURRECCIÓN
- C. HOMICIDIO DOLOSO
- D. SUICIDIO.
- E. CUANDO EL ASEGURADO CONDUZCA O VIAJE COMO PASAJERO EN MOTOCICLETAS, CUATRIMOTOS, O BICIMOTOS
- F. USO DE PLANEADORES, COMETAS O ALAS DELTA
- G. LOS ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO ANTE LA FUERZA MILITAR, NAVAL, AÉREA O DE LA POLICÍA.
- H. LOS ACTOS CAUSADOS POR VIOLACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO, DE CUALQUIER NORMA DE CARÁCTER PENAL
- I. RESULTANTES DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE FISIÓN NUCLEAR, O FUSIÓN NUCLEAR O RADIOACTIVIDAD
- J. ENCONTRÁNDOSE EN FORMA VOLUNTARIA BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O ALUCINOGENOS Y SEA ESTA CIRCUNSTANCIA LA CAUSA DE LA INVALIDEZ.

1. LIMITACIONES

1.1. HECHOS NO ASEGURABLES

DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1055 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL DOLO, LA CULPA GRAVE Y LOS ACTOS MERAMENTE POTESTATIVOS DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO SON INASEGURABLES. POR TAL MOTIVO, CUALQUIER

AMPARO QUE SE VIERE AFECTADO COMO CONSECUENCIA DE HECHOS ILÍCITOS COMETIDOS POR EL ASEGURADO NO GENERAN DERECHO A INDEMNIZACIÓN POR CUANTO NO SON ASEGURABLES A TRAVÉS DE ESTA PÓLIZA.

1.2. VALOR ASEGURADO MÁXIMO

PARA ESTE AMPARO EL VALOR ASEGURADO ES ÚNICO Y CORRESPONDE AL ESTIPULADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO. EL VALOR ASEGURADO MÁXIMO POR PERSONA SERÁ EL QUE SE DETERMINE EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DEL CONTRATO.

2. DEFINICIONES

2.1. ACCIDENTE

Se entiende por accidente el suceso súbito, imprevisto, repentino, violento, de origen externo que, en forma directa y exclusiva produzca la muerte, lesiones corporales o alteraciones funcionales permanentes o pasajeras, que no hayan sido provocadas deliberadamente por el Asegurado, o con su culpa grave y que puedan ser establecidas por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina.

Los accidentes que cubre la presente póliza son únicamente los que tienes lugar mientras el asegurado está viajando como pasajero o mientras está subiendo o descendiendo de cualquier vehículo de servicio público terrestre, fluvial o aéreo comercial, en empresas legalmente autorizadas con licencia para el transporte de pasajeros, mediante pago respectivo del pasaje.

2.2. TRANSPORTE PÚBLICO

Cualquier medio de transporte público de personas, con ruta fija establecida y mediante pago de pasaje, por tierra, agua o aire, debidamente habilitado para operar por la autoridad competente.

2.3. AVIÓN DE PASAJEROS

Con matricula y certificado de aeronavegación válido y al día, operado por empresa aérea comercial, en vuelo regular, dentro o fuera del horario o itinerario fijo, manejado por piloto con debida licencia al día y válida para conducir tal tipo de avión, en vuelos entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por las autoridades competentes del país respectivo, que se encuentren en el debido estado de mantenimiento y conservación.

2.4. VALOR ASEGURADO

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

El Asegurado que reciba cualquier indemnización por concepto del presente anexo, quedará automáticamente excluido de éste y de la cobertura de Incapacidad Total y Permanente, continuando asegurado por el porcentaje establecido en la carátula de la póliza en la cobertura básica de vida, si en las condiciones particulares de la póliza se ha contratado el presente amparo como pago anticipado o por el 100% en la cobertura básica de vida. Si este anexo ha sido contratado como pago adicional se realizarán los ajustes de primas correspondientes a la renovación.

3. EXÁMENES MÉDICOS

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

4. CAUSALES DE TERMINACIÓN

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

- En el aniversario de vigencia del seguro más próximo a la fecha en que el asegurado cumpla la edad de 64 años y 364 días

6. EDADES LÍMITE. DOCUMENTOS NECESARIOS PARA UNA RECLAMACIÓN

Edades límite y documentos en caso de reclamación

Edades de cobertura:

- Edad de ingreso mínima de ingreso 18 años.
- Edad de permanencia general: 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.

ASISTENCIA MÉDICA INTEGRAL BBVA SEGUROS FAMILIA VITAL

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

PRIMERA: OBJETO DEL ANEXO

En virtud del presente anexo, la Compañía garantiza la puesta a disposición del asegurado de una ayuda material inmediata, en forma de prestación de servicios cuando éste se encuentre en dificultades, como consecuencia de una enfermedad o un accidente ocurrida en su domicilio habitual, (todo aquel evento súbito e imprevisto a los que se vea enfrentado el asegurado, y cuya asistencia pueda ser prestada a través de las coberturas del anexo como consecuencia de una enfermedad o un accidente ocurrida en su domicilio habitual, en su lugar de trabajo, siempre y cuando el origen de la urgencia no tipifique un accidente laboral, una enfermedad profesional y/o accidente de tránsito, y se cuente con la privacidad mínima para la valoración médica de acuerdo con los términos y condiciones consignados en el presente anexo y por hechos derivados de los riesgos especificados en el mismo). Se deja establecido que el servicio que prestará ANDIASISTENCIA a través de sus proveedores de asistencia, es de medio y no de resultado y estará sujeto a

circunstancias de tiempo, modo y lugar, como por ejemplo situaciones de orden público, condiciones meteorológicas, zonas rurales de difícil acceso, disponibilidad y oferta de recursos en la zona, normatividad del sistema de referencia y contrareferencia, IPS en emergencia funcional y en general todas aquellas situaciones extraordinarias de orden natural, público y administrativo que limiten o no permitan la prestación del servicio.

SEGUNDA: DEFINICIONES

Para los efectos de este anexo se entenderá por:

1. Tomador de 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 beneficiario.

2. Asegurado:

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

Para los efectos de este anexo, tienen además la condición de beneficiario:

- o El titular de la póliza.
- o El cónyuge

Se aclara que el asegurado deberá tener un POS vigente (régimen subsidiado o contributivo).

3. Urgencia:

Se entiende por urgencia la alteración de la integridad física y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiera de la protección inmediata de servicios de salud con los recursos existentes, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas.” (Decreto 1761 de 1990)

4. Emergencia:

Se entiende por emergencia la urgencia extrema que exige atención inmediata.

5. Traslado medico:

Es el traslado del paciente desde el lugar de la ocurrencia del episodio patológico hasta el centro médico (Traslado Primario). Según la naturaleza del accidente o de la enfermedad y dependiendo de la evolución del estado de la misma, en conjunto con el médico tratante, se establecerá el medio más idóneo para su traslado hasta el centro hospitalario más apropiado y cercano.

6. Domicilio:

El domicilio es un atributo de la personalidad, que consiste en el lugar donde la persona (física o jurídica) tiene su residencia con el ánimo real o presunto de permanecer en ella.

TERCERA: EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

En todos los casos el asegurado principal debe ser mayor de 18 años al ingreso a la póliza y los beneficiarios no pueden ser mayores a 69 años y 364 días. Las demás condiciones de edades de ingreso y permanencia serán las definidas en las condiciones particulares de la póliza.

CUARTA: ÁMBITO TERRITORIAL

El derecho a las prestaciones se extiende a las personas que residan dentro del casco urbano de las ciudades de Bogotá D.C., Medellín y su área metropolitana, Cali, Barranquilla y Soledad, Bucaramanga, Pereira, Manizales, Armenia, Santa Marta, Cartagena y Turbaco, Montería, Sincelejo, Valledupar, Villavicencio, Cúcuta, Tunja, San Andrés, Neiva, Pasto, Popayán e Ibagué.

QUINTA: COBERTURAS

Las coberturas relativas a las personas aseguradas son las relacionadas en este artículo, y se prestarán de acuerdo con las condiciones establecidas a continuación:

1. Orientación médica básica telefónica

La Compañía pone a disposición de los asegurados el servicio de orientación médica básica telefónica 24 horas al día los 365 días del año.

Los operadores médicos que reciben la llamada, según la sintomatología dada por el asegurado, harán un diagnóstico ajustado a las claves internacionales de servicios prehospitales de emergencia médica.

Clave Roja: Es aquella situación de peligro inminente de muerte. La respuesta debe ser inmediata pues el paciente corre serio riesgo (real o potencial) de perder la vida. Requiere de desplazamiento en de unidades de alta complejidad.

Clave Amarilla: Es toda aquella situación en la que, si bien no existe riesgo inminente de muerte, se requiere una rápida intervención médica, ya sea para calmar los síntomas o para prevenir complicaciones de mayor importancia.

Clave Verde: El diagnóstico indica que no existe peligro inminente para el paciente, ni de emergencia ni de urgencia en la intervención médica y es susceptible de un seguimiento

telefónico, mientras el beneficiario recibe atención de su médico.

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

2. Asistencia Médica Domiciliaria

Cuando a consecuencia de una enfermedad o un accidente en el domicilio del asegurado, el titular o beneficiario requieran de una consulta médica de urgencia, la Compañía pondrá a su disposición un médico para que lo visite en el domicilio. El valor de los honorarios médicos generados por dicha atención, serán cubiertos por la Compañía.

La Compañía mantendrá los contactos necesarios con los facultativos que atiendan al paciente, para supervisar que la asistencia médica sea la adecuada.

El operador médico de la Compañía orientará a quien solicita el servicio respecto de las conductas provisionales que deben asumir, mientras se produce el contacto profesional médico - paciente.

3. Traslados Médicos de Emergencia

En caso de lesión o enfermedad súbita e imprevista de cualquiera de los beneficiarios, que requiera a criterio del médico tratante manejo en un centro hospitalario; la Compañía adelantará los contactos y hará la coordinación efectiva para el traslado del paciente hasta la clínica o el centro médico más cercano.

El operador médico de la Compañía orientará a quien solicita el servicio respecto de las conductas provisionales que se deben asumir, mientras se produce el contacto profesional médico-paciente.

Dependiendo del criterio del médico tratante, el traslado puede realizarse por cualquiera de los siguientes medios:

o Traslado básico: Cuando la situación clínica presentada por el paciente no reviste ningún tipo de severidad o compromiso del estado vital y no requiera acompañamiento médico, la Compañía pondrá a disposición del beneficiario un vehículo para que lo traslade desde su domicilio hasta el centro hospitalario más cercano. El vehículo podrá ser un Taxi o una ambulancia básica.

o Traslado médico en ambulancia: Una vez clasificada la situación médica del paciente, la Compañía coordinará, contactará y hará seguimiento del arribo de unidades médicas

especializadas de alta complejidad, para transportar al paciente hasta el centro médico asistencial más cercano.

Nota: El número de eventos por vigencia de la póliza es de seis (6) eventos.

4. Orientación Escolar Telefónica (Nacional Ilimitada)

El hijo del asegurado podrá solicitar orientaciones vía telefónica sobre materias escolares básicas como matemáticas, física, química, biología, ciencias sociales y español. Esta asesoría será dada por tutores de cada una de las asignaturas mencionadas anteriormente y tendrá una duración máxima de 30 minutos.

SEXTA: EXCLUSIONES

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 de la compañía; salvo en caso de fuerza mayor, según su definición legal, que le impida comunicarse con la Compañía.
- b) Los gastos de asistencia médica y hospitalaria dentro del territorio de Colombia, diferentes a los señalados en la cobertura del anexo, (orientación médica básica telefónica, asistencia médica domiciliaria, traslados médicos urgencia y emergencia), sin perjuicio de lo estipulado en las condiciones generales de la póliza.
- c) Las enfermedades, defectos o lesiones derivadas de padecimientos crónicos o enfermedades preexistentes o congénitas (conocidas o no por el asegurado). A los efectos del presente anexo, se entiende como enfermedad o afección preexistente tanto aquella padecida con anterioridad a la iniciación de la vigencia del anexo; como la que se manifieste posteriormente, pero que para su desarrollo haya requerido de un período de incubación, formación o evolución dentro del organismo del beneficiario, iniciado antes de la fecha de inicio de vigencia del anexo.
- d) La muerte producida por suicidio y las lesiones y secuelas que se ocasionen en su tentativa.
- e) La muerte o lesiones originadas directa o indirectamente por hechos punibles o acciones dolosas del asegurado.
- f) 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 y/o eventos de orden psiquiátrico de carácter agudo crónico.

- g) Lo relativo y derivado de prótesis y anteojos.
- h) Lo relativo y derivado de gastos de asistencia por embarazo, parto y sus complicaciones.
- i) 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.
- j) No se prestará asistencia médica, cuando se trate de chequeos médicos de rutina o que correspondan a tratamientos cosméticos, estéticos o de disminución de peso.

k) Los traslados intermunicipales o interdepartamentales a una IPS de mayor complejidad, cuando la urgencia sea consecuencia de una patología preexistente, independientemente si este se requiere vía terrestre o aérea.

Quedan excluidos de la cobertura objeto del presente anexo las consecuencias de los hechos siguientes:

- a) Los causados por mala fe del asegurado.
- b) Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos, entre otros.
- c) Hechos derivados de terrorismo, motín o tumulto popular.
- d) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de hechos de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad.
- e) Los derivados de la energía nuclear radiactiva.
- f) Los que se produzcan con ocasión de la participación del asegurado en apuestas, desafíos o riñas.

SEPTIMA: OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO

En caso de un evento cubierto por el presente contrato, el beneficiario deberá solicitar siempre la asistencia a los teléfonos de asistencia debiendo informar el nombre de beneficiario, el destinatario de la prestación, el número de la cédula de ciudadanía, o cédula de extranjería, la dirección del inmueble beneficiario, el número de teléfono y el tipo de asistencia que precisa.

OCTAVA: INCUMPLIMIENTO

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

Se entiende por fuerza mayor las causas tales como, pero no limitadas a: guerra, invasiones, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), guerra civil, rebelión, insurrección, terrorismo o pronunciamiento, manifestaciones o movimientos populares, actos de gobiernos o de administración, fenómenos de la naturaleza y generalmente toda causa imprevisible y excesivamente gravosa que razonablemente impide a alguna de las partes cumplir sus obligaciones.

NOVENA: LIMITE DE RESPONSABILIDAD

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