

Póliza de Seguro Vital Plus

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.

CLÁUSULA CUARTA: PAGO DE PRIMAS

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

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

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

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

CLÁUSULA QUINTA: REVOCACIÓN DEL CONTRATO

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

En tal caso, el tomador será responsable de pagar de todas primas causadas hasta la fecha de revocación. El contrato quedará revocado en la fecha del recibo de tal comunicación por "LA

COMPañÍA" o en la fecha especificada por el tomador para tal terminación si es posterior a la fecha de recibo de la comunicación.

CLÁUSULA SEXTA: DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

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

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

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

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

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

CLÁUSULA SÉPTIMA: IRREDUCTIBILIDAD

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

CLÁUSULA OCTAVA: INEXACTITUD RESPECTO DE LA DECLARACIÓN DE LA EDAD

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

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

CLÁUSULA NOVENA: TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL

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

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

CLÁUSULA DECIMA: RENOVACIÓN

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

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA: CONVERTIBILIDAD

Los asegurados menores de 65 años de edad que se separen del grupo después de haber permanecido en él por lo menos durante un año continuo tendrán derecho a asegurarse en el amparo de vida sin nuevos requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo este seguro, pero sin beneficios ni amparos adicionales, en cualquiera de los planes de seguro individual de los que emite "LA COMPAÑÍA", con excepción de los planes temporales o crecientes, siempre y cuando lo solicite dentro de un mes contado a partir de su retiro del grupo asegurado. El seguro individual se emitirá con las condiciones de admisión de riesgo que traía, pero con los ajustes en la tarifa del plan que se tome a la edad alcanzada por el asegurado y su ocupación en la fecha de esta solicitud.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

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

CLÁUSULA DECIMA TERCERA: DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

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

- a. Será beneficiario a título gratuito aquel cuya designación tiene por causa la mera liberalidad del asegurado. En los demás casos, el beneficiario será a título oneroso. El beneficiario a título oneroso

deberá ser designado en forma expresa en el presente contrato.

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

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

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

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

CLÁUSULA DECIMA SEXTA: PAGO DE SINIESTROS

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

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

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

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

CLÁUSULA DECIMA SEPTIMA: RECLAMACION

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

- Aviso de reclamo
- Original del certificado individual de seguro
- Registro civil de defunción del asegurado fallecido
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía
- Historia clínica completa
- Documento de identidad que acrediten la calidad de beneficiario
- Informe del médico tratante con pronóstico y evolución, si el reclamo es por Incapacidad Total y Permanente

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

Acta de levantamiento del cadáver y protocolo de la necropsia BBVA Seguros podrá solicitar documentos adicionales a los mencionados cuando no se haya acreditado la ocurrencia del siniestro.

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: VIGENCIA

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

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

CLÁUSULA DECIMA NOVENA: DERECHOS DE INSPECCIÓN

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

CLÁUSULA VIGESIMA: NOTIFICACIONES

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

CLÁUSULA VIGESIMA PRIMERA: PRESCRIPCIÓN

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

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

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

CLÁUSULA VIGESIMA SEGUNDA: DISPOSICIONES LEGALES

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

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

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

CLÁUSULA VIGESIMA CUARTA: REHABILITACION DEL SEGURO

En esta modalidad de seguro no aplica la opción de rehabilitación

CLÁUSULA VIGESIMA QUINTA: DOMICILIO

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

NOTA: BANCO BBVA COLOMBIA ACTÚA BAJO LA EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., Y POR LO TANTO, NO ASUME NINGUNA OBLIGACIÓN FRENTE AL CLIENTE RELACIONADA CON LA EJECUCIÓN DEL NEGOCIO QUE DA ORIGEN A ESTA TRANSACCIÓN.

ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN

Que se adhiere a la Póliza de Vida Grupo No. _____

Tomador _____

Vigencia Desde las 24:00 horas del _____

Hasta las 24:00 horas del _____

Por convenio entre LA COMPAÑÍA y el tomador el presente anexo hace parte de la póliza de vida grupo arriba indicada y queda sujeto a sus estipulaciones y exclusiones, lo mismo que a 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 65% Y NO HAYA SIDO PROVOCADA A SI MISMO POR EL ASEGURADO.

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

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

1.2. DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN

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

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

PARA LOS EFECTOS DE ESTE AMPARO:

(I) SE CONSIDERA PÉRDIDA DE:

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

(II) SE CONSIDERA "INUTILIZACIÓN":

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

2. EXCLUSIONES

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

- a. LAS LESIONES PRODUCIDAS INTENCIONALMENTE POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO O POR LOS BENEFICIARIOS DE LA POLIZA, LO MISMO QUE LA TENTATIVA DE SUICIDIO, SEA ESTE VOLUNTARIO O INVOLUNTARIO, CONSCIENTE O INCONSCIENTE.
- b. CUANDO EL ASEGURADO CONDUZCA O VIAJE COMO PASAJERO EN MOTOCICLETAS, CUATRIMOTOS, O BICIMOTOS.
- c. USO DE PLANEADORES, COMETAS O ALAS DELTA.
- d. LOS ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO ANTE LA FUERZA MILITAR, NAVAL, AÉREA O DE LA POLICÍA.
- e. LOS ACTOS CAUSADOS POR VIOLACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO, DE CUALQUIER NORMA DE CARÁCTER PENAL.
- f. ENCONTRÁNDOSE EN FORMA VOLUNTARIA BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O ALUCINOGENOS Y SEA ESTA CIRCUNSTANCIA LA CAUSA DE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

ANEXO DE MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACION

Que se adhiere a la Póliza de Vida Grupo Vital Plus No. _____
Vigencia Desde las 24:00 horas del _____
Hasta las 24:00 horas del _____

Por convenio entre LA COMPAÑÍA y el tomador el presente anexo hace parte de la póliza de vida grupo arriba indicada y queda sujeto a sus estipulaciones y exclusiones lo mismo que a las siguientes condiciones:

1. AMPARO

1.1. MUERTE ACCIDENTAL

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

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

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

1.2. BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO, LA COMPAÑÍA SE OBLIGA A PAGAR AL ASEGURADO LAS SUMAS QUE RESULTEN DE APLICAR AL VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES PARTICULARES PARA DICHO ANEXO, LOS PORCENTAJES QUE A CONTINUACIÓN SE ENLISTAN, SI DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO CONTADOS DESDE LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO SUFRA LESIONES

CORPORALES, ESTAS DAN LUGAR A UNA DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN EN LOS TÉRMINOS QUE A CONTINUACIÓN SE SEÑALAN:

a. PERDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISTA POR AMBOS OJOS.	100%
b. PÉRDIDA DE AMBAS MANOS O AMBOS PIES O DE UNA MANO Y UN PIE.	100%
c. PÉRDIDA DE UNA MANO O DE UN PIE JUNTO CON LA PERDIDA TOTAL. E IRRECUPERABLE DE LA VISTA POR UN OJO.	100%
d. PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DEL HABLA O DE LA AUDICIÓN DE AMBOS OÍDOS.	100%
e. POR LA PÉRDIDA O LA INUTILIZACIÓN TOTAL Y PERMANENTE DE UNA MANO O DE UN PIE.	60%
f. POR LA PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN POR UN OJO.	60%
g. POR LA PERDIDA O INUTILIZACIÓN TOTAL Y PERMANENTE DEL DEDO PULGAR DE UNA DE LAS MANOS.	20%
h. POR LA PERDIDA O INUTILIZACIÓN TOTAL Y PERMANENTE DE UNO CUALQUIERA DE LOS RESTANTES DEDOS DE LAS MANOS.	10%
i. POR LA PERDIDA O INUTILIZACIÓN TOTAL Y PERMANENTE DE CADA UNO DE LOS DEDOS DE LOS PIES.	10%

(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 TRIPLE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE AÉREO MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO, LA COMPAÑÍA SE OBLIGA A PAGAR A LOS BENEFICIARIOS EL VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES PARTICULARES PARA ESTE AMPARO, EN CASO DE QUE LA MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO HAYA SIDO OCASIONADA MIENTRAS ÉSTE SE ENCUENTRE VIAJANDO COMO PASAJERO DE AERONAVES QUE PERTENEZCAN A UNA AEROLÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS CON ITINERARIOS DEBIDAMENTE PUBLICADOS. LA COBERTURA DE QUE TRATA ESTE AMPARO NO SE EXTIENDE A NINGÚN OTRO BENEFICIO POR LO QUE SE LIMITA A LA MUERTE ACCIDENTAL QUE OCURRA EN LAS CIRCUNSTANCIAS DESCRITAS.

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 CAUSADO DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA DEL PRESENTE ANEXO. VENCIDO DICHO PERIODO, LA COMPAÑÍA AMPARA EL HOMICIDIO
- d. SUICIDIO SEA ESTE VOLUNTARIO O INVOLUNTARIO, CONSCIENTE O INCONSCIENTE O LA TENTATIVA DE SUICIDIO VOLUNTARIO O INVOLUNTARIO, CONSCIENTE O INCONSCIENTE.
- e. CUANDO EL ASEGURADO CONDUZCA O VIAJE COMO PASAJERO EN MOTOCICLETAS, CUATRIMOTOS, O BICIMOTOS
- f. USO DE PLANEADORES, COMETAS O ALAS DELTA
- g. LOS ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO ANTE LA FUERZA MILITAR, NAVAL, AÉREA O DE LA POLICÍA.
- h. LOS ACTOS CAUSADOS POR VIOLACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO, DE CUALQUIER NORMA DE CARÁCTER PENAL
- i. RESULTANTES DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE 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.
- k. CUANDO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER TIPO DE AERONAVE, SALVO QUE VIAJE DE PASAJERO EN UNA AEROLINEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.

3. EXÁMENES MÉDICOS

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

ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES

Que se adhiere a la Póliza de Vida Grupo Vital Plus No. _____
Vigencia Desde las 24:00 horas del _____
Hasta las 24:00 horas del _____

Por convenio entre LA COMPAÑÍA y el tomador el presente anexo hace parte de la póliza de vida grupo arriba indicada y queda sujeto a sus estipulaciones y exclusiones lo mismo que a las siguientes condiciones:

1. AMPARO

1.1. MUERTE ACCIDENTAL

BAJO ESTE AMPARO "LA COMPAÑÍA" PAGARÁ EL CAPITAL ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O EN SUS CONDICIONES PARTICULARES, EN CASO DE QUE AL ASEGURADO SE LE HAYA DESCUBIERTO Y DIAGNOSTICADO MÉDICAMENTE POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO, CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES, DE ACUERDO CON LA DEFINICIÓN QUE A CONTINUACIÓN SE ESTABLECE, SIEMPRE Y CUANDO NO HAYA ALCANZADO 65 AÑOS DE EDAD:

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

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

c. INSUFICIENCIA RENAL: EL FALLO TOTAL, CRÓNICO E IRREVERSIBLE DE AMBOS RIÑONES, A CONSECUENCIA DEL CUAL HAY QUE EFECTUAR REGULARMENTE DIÁLISIS RENAL.

d. INFARTO AL MIOCARDIO: MUERTE DEL MIOCARDIO A CONSECUENCIA DE ABASTECIMIENTO SANGUÍNEO INADECUADO, DEBIDAMENTE DOCUMENTADA CON HISTORIAL DE DOLOR DE PECHO, ELECTROCARDIOGRAMA CONFIRMATORIO DE ALTERACIONES RECIENTES Y ENZIMAS CARDÍACAS ELEVADAS

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

f. ESCLEROSIS MÚLTIPLE: ES UNA ENFERMEDAD QUE AFECTA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y SE MANIFIESTA POR ANOMALÍAS NEUROLÓGICAS PROGRESIVAS E IRREVERSIBLES QUE CONLLEVAN A UN ESTADO DE INCAPACIDAD SEVERA, CON DISMINUCIÓN DE LA VISIÓN, INCOORDINACIÓN, DEBILIDAD E INCONTINENCIA URINARIA.

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

1. SOLAMENTE SE CUBREN LAS ENFERMEDADES GRAVES DEFINIDAS EN LA PRESENTE CLÁUSULA CUANDO ÉSTAS SEAN DIAGNOSTICADAS POR PRIMERA VEZ, HABIENDO TRANSCURRIDO POR LO MENOS NOVENTA (90) DÍAS COMUNES DESDE EL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DE ESTE ANEXO, POR UN MÉDICO ESPECIALISTA EN EL TEMA Y CONFIRMADO POR EVIDENCIAS ACEPTABLES CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS, HISTOLÓGICAS Y DE LABORATORIO.

2. NO SE ENCUENTRAN AMPARADAS LAS ENFERMEDADES GRAVES DEFINIDAS EN LA PRESENTE CLÁUSULA SI ÉSTAS HAN SIDO DIAGNOSTICADAS O SI SE HA RECIBIDO TRATAMIENTO POR DICHAS ENFERMEDADES ANTES DE LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL.

2. VALOR ASEGURADO - SUMA PRINCIPAL

a. Para los efectos de este anexo, la suma principal, corresponde al valor asegurado individualmente considerado para cada uno de los integrantes del grupo asegurado.

b. La suma que “LA COMPAÑÍA” pague al asegurado por concepto del presente anexo será el 50% como anticipo del amparo básico de vida. Bajo ninguna circunstancia “LA COMPAÑÍA” pagará a cada asegurado una indemnización superior a dicho valor asegurado.

c. El Asegurado que reciba cualquier indemnización igual al valor total asegurado por el presente amparo, quedará automáticamente excluido de éste, continuando asegurado por el 50% en la cobertura básica de vida e Incapacidad Total y Permanente.

d. La indemnización anticipada por enfermedad grave no es acumulable al seguro de vida y, por lo

tanto, una vez pagada la indemnización del presente amparo, dicho pago será deducido del valor asegurado; en este evento, la prima para el seguro principal se cobrará de acuerdo con el nuevo valor asegurado.

3. RECLAMACIONES

Para que "LA COMPAÑÍA" pague la indemnización correspondiente al presente anexo, el asegurado deberá presentar pruebas fehacientes que determinen la existencia del hecho amparado, de acuerdo con los términos de este amparo.

4. EXAMENES MÉDICOS "LA COMPAÑÍA" podrá hacer examinar al Asegurado tantas veces como lo estime conveniente, mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente Amparo.

5. REVOCACIÓN

Este amparo quedará revocado cuando el tomador o el asegurado expresamente lo solicite por escrito remitido a LA COMPAÑÍA.

El hecho de que "LA COMPAÑÍA" haya recibido una o más primas por este amparo, después de que haya terminado por alcanzar la edad límite de permanencia, no obligará a conceder los beneficios aquí estipulados ni anulará tal terminación. Cualquier prima pagada por un periodo posterior a la terminación será reembolsada.

ANEXO DE ASISTENCIA EN VIAJE INTERNACIONAL

Por convenio entre LA COMPAÑÍA y el tomador, el presente anexo hace parte de la póliza de vida grupo arriba indicada y queda sujeto a las estipulaciones que a continuación se señalan

PRIMERA: OBJETO DEL ANEXO

"LA COMPAÑÍA" GARANTIZA LA PUESTA A DISPOSICIÓN DEL ASEGURADO Y/O DEL BENEFICIARIO DE UNA AYUDA MATERIAL INMEDIATA, EN FORMA DE PRESTACIÓN ECONÓMICA O DE SERVICIOS, CUANDO ESTOS SE ENCUENTRE EN DIFICULTADES, COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO FORTUITO OCURRIDO EN EL CURSO DE UN VIAJE FUERA DE SU DOMICILIO HABITUAL, REALIZADO EN CUALQUIER MEDIO DE LOCOMOCIÓN PARA EFECTOS DE LAS PRESTACIONES A LAS PERSONAS, DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES CONSIGNADOS EN EL PRESENTE ANEXO Y POR HECHOS DERIVADOS DE LOS RIESGOS ESPECIFICADOS EN EL MISMO.

SEGUNDA: COBERTURAS A LAS PERSONAS

a. TRANSPORTE O REPATRIACIÓN EN CASO DE LESIONES O ENFERMEDAD DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO:

LA COMPAÑÍA ASUMIRÁ LOS GASTOS DE TRASLADO DEL ASEGURADO O DEL BENEFICIARIO, EN AMBULANCIA O EN EL MEDIO QUE CONSIDERE MÁS IDÓNEO EL MÉDICO QUE LE ATIENDA, HASTA UN CENTRO HOSPITALARIO O HASTA SU DOMICILIO HABITUAL EN COLOMBIA.

LA COMPAÑÍA MANTENDRÁ LOS CONTACTOS NECESARIOS CON EL CENTRO MÉDICO Y CON LOS FACULTATIVOS QUE ATIENDAN AL ASEGURADO O BENEFICIARIO, PARA SUPERVISAR QUE EL TRASLADO SEA EL ADECUADO. LA COBERTURA A ESTE SERVICIO SERÁ ILIMITADA.

b. TRANSPORTE O REPATRIACIÓN DE LOS ASEGURADOS Y/O BENEFICIARIOS:

CUANDO LA LESIÓN O ENFERMEDAD DE UNO DE LOS ASEGURADOS IMPIDA LA CONTINUACIÓN DEL VIAJE, LA COMPAÑÍA SUFRAGARÁ LOS GASTOS DE TRASLADO DE LOS ACOMPAÑANTES HASTA SU DOMICILIO HABITUAL O HASTA EL LUGAR DONDE AQUEL SE ENCUENTRA HOSPITALIZADO, SIEMPRE Y CUANDO ESTOS ÚLTIMOS SE VIERAN IMPEDIDOS PARA REALIZAR TAL TRASLADO.

SI ALGUNA DE DICHAS PERSONAS TRASLADADAS O REPATRIADAS FUERA MENOR DE 15 AÑOS Y NO TUVIESE QUIEN LE ACOMPAÑASE, LA COMPAÑÍA PROPORCIONARÁ LA PERSONA ADECUADA PARA QUE LE ATIENDA DURANTE EL VIAJE HASTA SU DOMICILIO O LUGAR DE HOSPITALIZACIÓN. LA COBERTURA A DICHO SERVICIO SERÁ ILIMITADA.

c. GASTOS COMPLEMENTARIOS DE AMBULANCIA:

EN CASO DE REPATRIACIÓN, "LA COMPAÑÍA" ORGANIZARÁ Y PAGARÁ LOS SERVICIOS DE TRASLADO DEL BENEFICIARIO, EN AMBULANCIA HASTA EL AEROPUERTO PARA LLEVAR A CABO LA REPATRIACIÓN; Y UNA VEZ REPATRIADO, DESDE EL AEROPUERTO HASTA SU DOMICILIO HABITUAL O HASTA EL CENTRO HOSPITALARIO.

d. DESPLAZAMIENTO Y ESTANCIA DE UN FAMILIAR DEL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO EN TERRITORIO COLOMBIANO:
EL TRANSPORTE DE IDA Y VUELTA AL LUGAR DE HOSPITALIZACIÓN, Y LOS GASTOS DE ALOJAMIENTO Y ALIMENTACIÓN EN UN HOTEL ELEGIDO POR ÉL, CON UN MÁXIMO DE 70 SMLD

EN EL EXTRANJERO, LOS GASTOS DE DESPLAZAMIENTO DEL VIAJE DE IDA Y VUELTA Y LOS GASTOS DE ALOJAMIENTO Y ALIMENTACIÓN EN UN HOTEL ELEGIDO POR ÉL, CON UN MÁXIMO DE 200 SMLD.

e. DESPLAZAMIENTO DEL ASEGURADO POR INTERRUPCIÓN DEL VIAJE DEBIDO A FALLECIMIENTO DE UN FAMILIAR:
LA COMPAÑÍA ABONARÁ LOS GASTOS DE DESPLAZAMIENTO DEL ASEGURADO, CUANDO TENGA QUE INTERRUPIR EL VIAJE POR FALLECIMIENTO EN COLOMBIA DEL CÓNYUGE O UN FAMILIAR HASTA PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD, HASTA EL LUGAR DE INHUMACIÓN Y DE VUELTA PARA LA CONTINUACIÓN DEL VIAJE, SIEMPRE QUE NO PUEDA EFECTUAR TAL DESPLAZAMIENTO CON EL MEDIO PROPIO DE TRANSPORTE UTILIZADO EN EL VIAJE. EL LÍMITE MÁXIMO DE ESTA PRESTACIÓN ES DE 900 SMLD

f. ASISTENCIA HOSPITALARIA POR LESIÓN O ENFERMEDAD EN EL EXTRANJERO:
SI DURANTE LA ESTADÍA DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO EN EL EXTRANJERO, SE PRESENTASEN LESIONES O ENFERMEDADES NO EXCLUIDAS DE LA COBERTURA, LA COMPAÑÍA BIEN DIRECTAMENTE O MEDIANTE REEMBOLSO, SÍ EL GASTO HUBIERA SIDO PREVIAMENTE AUTORIZADO, ASUMIRÁ LOS GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN, DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, DE LOS HONORARIOS MÉDICOS Y DE LOS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS PRESCRITOS POR EL FACULTATIVO QUE LE ATIENDA.

LA COMPAÑÍA MANTENDRÁ LOS CONTACTOS NECESARIOS CON EL CENTRO MÉDICO Y CON LOS FACULTATIVOS QUE ATIENDAN AL ASEGURADO O BENEFICIARIO, PARA SUPERVISAR QUE LA ASISTENCIA MÉDICA SEA LA ADECUADA.

EL LÍMITE MÁXIMO DE ESTA PRESTACIÓN, POR TODOS LOS CONCEPTOS Y POR VIAJE, SERÁ DEL EQUIVALENTE A 3.000 SMLD.

g. GASTOS ODONTOLÓGICOS DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO EN EL EXTRANJERO:
EL ASEGURADO O BENEFICIARIO TENDRÁ ACCESO A ASISTENCIA ODONTOLÓGICA DE URGENCIA DURANTE SU ESTADÍA EN EL EXTRANJERO, CON UN LÍMITE MÁXIMO POR ESTE CONCEPTO DE 50 SMLD POR BENEFICIARIO Y POR EVENTO.

h. PROLONGACIÓN DE LA ESTANCIA DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO EN EL EXTRANJERO POR LESIÓN O ENFERMEDAD:
LA COMPAÑÍA SUFRAGARÁ LOS GASTOS DEL HOTEL DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO, CUANDO POR LESIÓN O ENFERMEDAD Y POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA, PRECISE PROLONGAR

LA ESTANCIA EN EL EXTRANJERO PARA ASISTENCIA HOSPITALARIA. DICHOS GASTOS TENDRÁN UN LÍMITE DE 200 SMLD POR BENEFICIARIO Y POR EVENTO, Y SIN RESTRICCIÓN DE SUMAS DIARIAS O NÚMERO DE DÍAS.

i. REPATRIACIÓN DEL ASEGURADO BENEFICIARIO FALLECIDO:

EN CASO DE FALLECIMIENTO DE UNO DE LOS ASEGURADOS O BENEFICIARIOS, LA COMPAÑÍA EFECTUARÁ LOS TRÁMITES NECESARIOS PARA EL TRANSPORTE O REPATRIACIÓN DEL CADÁVER Y ASUMIRÁ LOS GASTOS DEL TRASLADO, HASTA SU INHUMACIÓN EN COLOMBIA.

j. ENVÍO URGENTE DE MEDICAMENTOS FUERA DE COLOMBIA:

LA COMPAÑÍA SE ENCARGARÁ DE LA LOCALIZACIÓN DE MEDICAMENTOS INDISPENSABLES, DE USO HABITUAL DEL ASEGURADO O BENEFICIARIOS, SIEMPRE QUE NO SEA POSIBLE OBTENERLOS LOCALMENTE O SUSTITUIRLOS POR OTROS. SERÁ POR CUENTA DEL ASEGURADO Y LOS BENEFICIARIOS EL COSTO DE LOS MEDICAMENTOS Y LOS GASTOS E IMPUESTOS DE ADUANAS.

k. TRANSPORTE DE EJECUTIVOS:

SI EL ASEGURADO DE LA PÓLIZA A LA QUE ACCEDE EL PRESENTE ANEXO ES UNA PERSONA JURÍDICA, EN EL CASO QUE UNO DE SUS EJECUTIVOS ESTANDO DE VIAJE EN EL EXTERIOR POR COMISIÓN LABORAL, SEA HOSPITALIZADO POR UNA LESIÓN O ENFERMEDAD SÚBITA O POR FALLECIMIENTO, Y NO PUDIENDO POSPONERSE LA AGENDA DE VIAJE, LA COMPAÑÍA SOPORTARÁ LOS GASTOS DEL TIQUETE DE IDA EN AEROLÍNEA COMERCIAL DE UN EJECUTIVO DESIGNADO POR EL ASEGURADO PARA SUSTITUIRLE Y CUMPLIR CON LA MISIÓN LABORAL ENCOMENDADA AL PRIMERO.

l. ORIENTACIÓN POR PÉRDIDA DE DOCUMENTOS:

SI EL ASEGURADO ESTANDO DE VIAJE EN EL EXTERIOR, PIERDE O LE ES ROBADO UN DOCUMENTO IMPORTANTE PARA LA CONTINUACIÓN DEL VIAJE, LA COMPAÑÍA LE PROPORCIONARÁ LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA LAS DILIGENCIAS CONCERNIENTES AL REEMPLAZO DE TALES DOCUMENTOS.

m. ORIENTACIÓN PARA ASISTENCIA JURÍDICA:

EN CASO DE NECESIDAD, Y A SOLICITUD DEL ASEGURADO QUE ESTÉ DE VIAJE EN EL EXTERIOR, LA COMPAÑÍA PODRÁ INFORMARLE EL NOMBRE DE ABOGADOS ESPECIALISTAS EN ASUNTOS DE ÍNDOLE LEGAL. EL ASEGURADO DECLARA Y ACEPTA QUE LA COMPAÑÍA NO ASUME NINGUNA RESPONSABILIDAD POR LAS ACCIONES TOMADAS POR ÉL, O POR EL ABOGADO. LA COMPAÑÍA TAMPOCO SE HACE RESPONSABLE DE LOS GASTOS Y HONORARIOS QUE EL ASEGURADO HAYA PACTADO CON EL ABOGADO QUE HA CONTACTADO.

n. TRANSMISIÓN DE MENSAJES URGENTES:

LA COMPAÑÍA SE ENCARGARÁ DE TRANSMITIR LOS MENSAJES, URGENTES O JUSTIFICADOS DE LOS ASEGURADOS O BENEFICIARIOS, RELATIVOS A CUALQUIERA DE LAS COBERTURAS

OTORGADAS.

TERCERA: COBERTURAS AL EQUIPAJE

a. LOCALIZACIÓN Y TRANSPORTE DE LOS EQUIPAJES Y EFECTOS PERSONALES:
LA COMPAÑÍA ASESORARÁ AL ASEGURADO PARA LA DENUNCIA DEL HURTO O EXTRAVÍO DE SU EQUIPAJE Y EFECTOS PERSONALES EN VUELO REGULAR DE AEROLÍNEA COMERCIAL Y COLABORARÁ EN LAS GESTIONES PARA SU LOCALIZACIÓN.

EN CASO DE RECUPERACIÓN DE DICHOS BIENES, LA COMPAÑÍA SE ENCARGARÁ DE SU TRASLADO HASTA EL LUGAR DE DESTINO DEL VIAJE PREVISTO POR EL ASEGURADO O HASTA SU DOMICILIO HABITUAL.

b. EXTRAVÍO DEL EQUIPAJE EN VUELO REGULAR DE AEROLÍNEA COMERCIAL:
EN CASO DE QUE EL EQUIPAJE DEL ASEGURADO SE EXTRAVIARA DURANTE EL VIAJE EN VUELO REGULAR DE AEROLÍNEA COMERCIAL, DENTRO O FUERA DEL TERRITORIO COLOMBIANO, Y NO FUESE RECUPERADO DENTRO DE LAS 24 HORAS SIGUIENTES A SU LLEGADA, LA COMPAÑÍA ABONARÁ AL ASEGURADO LA CANTIDAD DE 20 SMLD PARA VIAJES NACIONALES Y 240 SMLD PARA VIAJES INTERNACIONALES, SIN PERJUICIO DE LOS VALORES QUE LE RECONOZCA LA AEROLÍNEA POR TAL CONCEPTO.

c. PÉRDIDA DEFINITIVA DEL EQUIPAJE:
EN CASO DE VIAJES AL EXTERIOR, SI EL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO SUFRIERA LA PÉRDIDA DEFINITIVA DE SU EQUIPAJE AFORADO EN LA AEROLÍNEA COMERCIAL DE TRANSPORTE INTERNACIONAL, LA COMPAÑÍA LE RECONOCERÁ LA SUMA DE 4 SMLD POR KILOGRAMO MÁXIMO 60 KILOGRAMOS POR VIAJE, DESCONTANDO LO ABONADO POR LA AEROLÍNEA. PARA ELLO EL ASEGURADO DEBERÁ PRESENTAR COPIA DE LA DENUNCIA DE LA PÉRDIDA ANTE LA AEROLÍNEA Y LA RESPUESTA FORMAL DE LA AEROLÍNEA DE LA PÉRDIDA DEFINITIVA DEL EQUIPAJE.

CUARTA: EXCLUSIONES

NO SON OBJETO DE LA COBERTURA DEL PRESENTE ANEXO, 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, SIN PERJUICIO DE LO ESTIPULADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

c. LAS ENFERMEDADES O LESIONES DERIVADAS DE PADECIMIENTOS CRÓNICOS Y DE LAS DIAGNOSTICADAS CON ANTERIORIDAD A LA INICIACIÓN DEL VIAJE.

- d. LA MUERTE PRODUCIDA POR SUICIDIO SEA ESTE VOLUNTARIO O INVOLUNTARIO CONSCIENTE O INCONSCIENTE 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.
- g. LO RELATIVO Y DERIVADO DE PRÓTESIS, ANTEOJOS Y GASTOS DE ASISTENCIA POR EMBARAZO.
- h. LAS ASISTENCIAS Y GASTOS DERIVADOS DE PRÁCTICAS DEPORTIVAS EN COMPETICIÓN.
- i. CUALQUIER CONDICIÓN CONOCIDA POR EL TOMADOR Y/O EL ASEGURADO CON ANTERIORIDAD A LA CONTRATACIÓN DE ESTE ANEXO, ENTENDIÉNDOSE POR TALES, CUALQUIER ENFERMEDAD, LESIÓN O DEFECTO QUE SE HAYA MANIFESTADO, DIAGNOSTICADO O TRATADO ANTES DE LA FECHA DE LA INICIACIÓN DEL PRESENTE AMPARO, YA QUE SE TRATA DE SITUACIONES Y HECHOS CIERTOS NO ASEGURABLES DE ACUERDO CON LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 1054 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

QUEDAN EXCLUIDOS DE LA COBERTURA, 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.
- 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 RADIATIVA.
- f. LOS QUE SE PRODUZCAN CON OCASIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN APUESTAS, DESAFÍOS O RIÑAS.

QUINTA: 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. Tienen además la condición de beneficiario: El titular de la póliza. El cónyuge y los ascendientes y descendientes en primer grado de las personas naturales

aseguradas, siempre que convivan con estas y a sus expensas, aunque viajen por separado y en cualquier medio de locomoción.

3. SMLD:

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

SEXTA: ÁMBITO TERRITORIAL

El derecho a las prestaciones de este anexo comenzará a partir del kilómetro 15 desde la dirección que figura en la póliza del asegurado. Las coberturas referidas a las personas y a sus equipajes se extenderán a cualquier país del mundo y al territorio de la República de Colombia, siempre y cuando la permanencia del asegurado y/o beneficiario (s) fuera de su domicilio habitual no sea superior a 90 días comunes.

SÉPTIMA: OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO

En caso de un evento cubierto por el presente contrato, el beneficiario deberá solicitar siempre la asistencia por teléfono, a cualquiera de los números indicados en el carné 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. Las llamadas telefónicas serán de cobro revertido, y en los lugares que no fuera posible hacerlo así, el beneficiario podrá recuperar a su regreso el importe de las llamadas, contra presentación de los recibos. En cualquier caso no podrán ser atendidos los reembolsos de asistencia prestadas por servicios ajenos a esta Compañía.

OCTAVA: INCUMPLIMIENTO

Ninguna de las partes será responsable de los retrasos o incumplimiento de sus obligaciones o prestaciones en los casos de fuerza mayor que impidan tal cumplimiento. 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 que razonablemente impide a alguna de las partes cumplir sus obligaciones.

NOVENA: LIMITE DE RESPONSABILIDAD

El proveedor de servicios de LA COMPAÑÍA 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 a dicha prestación. Para el efecto, proveedores significará:

técnicos, cerrajeros, electricistas, plomeros, vidrieros, hoteles, vigilantes, ambulancias y cualquier otra entidad que suministra la asistencia autorizada.

DECIMA: REEMBOLSO

Si LA COMPAÑÍA no puede prestar el servicio a través de su red de proveedores, le reembolsará al beneficiario el valor que éste hubiese pagado por la ocurrencia de cualquiera de los eventos cubiertos, hasta los límites indicados en cada uno de ellos, siempre y cuando cumpla con las siguientes obligaciones:

El beneficiario 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 póliza, el lugar donde se encuentra, el número de teléfono y tipo de asistencia que precisa. Una vez reciba la solicitud previa, LA COMPAÑÍA dará al beneficiario 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 desembolso sin que el tarjetahabiente haya remitido las facturas originales correspondientes al servicio autorizado.

ANEXO DE ASISTENCIA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Por convenio entre LA COMPAÑÍA y el tomador, el presente anexo hace parte de la póliza de vida grupo arriba indicada y queda sujeto a las estipulaciones que a continuación se señalan

PRIMERA: OBJETO DEL ANEXO:

EL OBJETIVO DEL PRESENTE ANEXO ES LA PRESTACIÓN Y GESTIÓN 24 HORAS, 365 DÍAS AL AÑO DE LOS SERVICIOS DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA A FAVOR DE LOS ASEGURADOS POR LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO

SEGUNDA: COBERTURA

POR EL PRESENTE ANEXO, LA COMPAÑÍA SUFRAGARÁ LOS GASTOS DE HONORARIOS MÉDICOS, DE TRADUCTORES PROFESIONALES Y GASTOS DE ENVÍOS POR COURIER AL EXTERIOR PARA OBTENER, POR INTERMEDIO DE CENTROS HOSPITALARIOS Y ESPECIALISTAS MÉDICOS PRESTIGIOSOS DE LOS ESTADOS UNIDOS Y OTROS PAÍSES DE EUROPA, LA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA SOLICITADA POR EL ASEGURADO. LA COMPAÑÍA CUBRIRÁ DICHOS GASTOS DE MANERA DIRECTA A TRAVÉS DE LA RED DE HOSPITALES Y ESPECIALISTAS QUE TIENE A TRAVÉS DEL TERCERO CONTRATADO PARA ÉSTE EFECTO, INCLUYENDO HOSPITALES QUE SE HAN CONVERTIDO EN LÍDERES EN INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA, EDUCACIÓN Y AVANCES TECNOLÓGICOS EN LA INDUSTRIA DE ASISTENCIA MÉDICA. LA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA SE HARÁ POR UNA SOLA VEZ QUEDANDO POR TANTO EXCLUIDAS LAS SOLICITUDES POSTERIORES DE REVISIÓN SOBRE UN MISMO CASO.

LA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA DE QUE TRATA ESTE ANEXO CONTEMPLA LO SIGUIENTE:

- RECEPCIÓN POR PARTE DE ANDIASISTENCIA DE LA DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA EMITIR UN CONCEPTO MÉDICO.
- ANÁLISIS MÉDICO DE LA INFORMACIÓN
- TRADUCCIÓN DE LOS DOCUMENTOS SEGÚN EL TIPO DE ESPECIALISTA (DE ESPAÑOL A INGLÉS, DE INGLÉS A ESPAÑOL).
- ENVÍO DE LA DOCUMENTACIÓN HASTA EL CENTRO MÉDICO Y/O ESPECIALISTA QUE REÚNA LAS CARACTERÍSTICAS SUFICIENTES DADO EL DIAGNÓSTICO ORIGINAL EMITIDO EN COLOMBIA POR EL MÉDICO TRATANTE.
- VERIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.
- EMISIÓN DE UN CONCEPTO MÉDICO, QUE A CRITERIO DEL MÉDICO QUE LA EFECTÚE, PODRÁ INCLUIR LA EXISTENCIA DE TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS PARA LA PATOLOGÍA CONSULTADA, Y SI EL ASEGURADO ASÍ LO DESEA, EN CASO QUE EL CENTRO O ESPECIALISTA LE PUEDA DAR UN TRATAMIENTO BENEFICIOSO, SE REALIZARÁ UN ESTIMADO DE GASTOS DE DICHO TRATAMIENTO, Y EN CASO DE ACEPTACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO, SE HARÁ LA COORDINACIÓN DE VIAJE PARA RECIBIR LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA.

LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO LA TENDRÁ EL ASEGURADO SIN LIMITACIONES DE PREEXISTENCIAS, O EVOLUCIÓN DE SU SITUACIÓN CLÍNICA. LA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA SE DARÁ AL ASEGURADO QUE LO REQUIERA MEDIANTE LA EMISIÓN DE UN CONCEPTO MÉDICO POR ESPECIALISTAS DE ACUERDO A LA PATOLOGÍA, LOS CUALES SE ENCONTRARÁN UBICADOS PREFERIBLEMENTE EN ESTADOS UNIDOS Y EN ALGÚN MOMENTO EN EUROPA

EL TIPO DE PATOLOGÍAS QUE PODRÁN GENERAR UNA SEGUNDA OPINIÓN Y QUE, EN CONSECUENCIA, SON OBJETO DEL PRESENTE ANEXO SON LAS SIGUIENTES:

- CARDIOPATÍAS, CON PROBABILIDAD DE CORRECCIÓN QUIRÚRGICA.
- NEFROPATÍAS.
- ENDOCRINOPATÍAS
- ENFERMEDADES CONGÉNITAS, CON PROBABILIDAD DE MANEJO QUIRÚRGICO.
- ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA Y ADULTOS.
- LESIONES DEL SISTEMA NERVIOSO: CENTRAL Y PERIFÉRICO.
- ALGUNAS PATOLOGÍAS DERMATOLÓGICAS, DE CARÁCTER INFLAMATORIO CRÓNICO Y DE ETIOLOGÍA NO CONOCIDA. EJ. PSORIASIS.
- TRASPLANTES DE ÓRGANOS
- ENFERMEDADES INFECCIOSAS
- ENFERMEDADES DE TEJIDO CONECTIVO
- ENFERMEDADES AUTOINMUNES
- HEPATOPATÍAS

TERCERA: EXCLUSIONES GENERALES

NO SON OBJETO DE COBERTURA BAJO ESTE ANEXO LAS PRESTACIONES Y HECHOS SIGUIENTES:

- a. LOS SERVICIOS QUE EL ASEGURADO HAYA CONCERTADO POR SU CUENTA, SIN EL PREVIO CONSENTIMIENTO DE LA COMPAÑÍA
- b. LOS GASTOS DE ASISTENCIA MÉDICA Y HOSPITALARIA.
- c. LAS PATOLOGÍAS RESULTANTES DE LOS FENÓMENOS DE LA NATURALEZA DE CARÁCTER EXTRAORDINARIO TALES COMO INUNDACIONES, TERREMOTO, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, TEMPESTADES CICLÓNICAS, CAÍDAS DE CUERPOS SIDERALES Y AEROLITOS
- d. LAS PATOLOGÍAS RESULTANTES DE HECHOS DERIVADOS DE TERRORISMO, MOTÍN O TUMULTO POPULAR.
- e. HECHOS O ACTUACIONES DE LAS FUERZAS ARMADAS O DE HECHOS DE LAS FUERZAS O CUERPOS DE SEGURIDAD. TAMPOCO HABRÁ COBERTURA CUANDO EXISTA GUERRA, GUERRA CIVIL, INSURRECCIÓN, ACTOS U HOSTILIDADES DE ENEMIGO EXTRANJERO, SEDICIÓN, REBELIÓN.
- f. LOS DERIVADOS DE LA ENERGÍA NUCLEAR RADIATIVA.
- g. PATOLOGÍAS QUE NO ESTÉN CONTEMPLADAS EN LOS GRUPOS DE COBERTURA ESPECIFICADOS TAXATIVAMENTE EN LA CLÁUSULA SEGUNDA DEL PRESENTE ANEXO.

CUARTA: OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO

En caso de un evento cubierto por el presente contrato, el beneficiario deberá solicitar siempre la asistencia por teléfono, a cualquiera de los números indicados en el carné 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.

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

QUINTA: INCUMPLIMIENTO

Ninguna de las partes será responsable de los retrasos o incumplimiento de sus obligaciones o prestaciones en los casos de fuerza mayor que impidan tal cumplimiento. 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 que razonablemente impide a alguna de las partes cumplir sus obligaciones.

SÉPTIMA: LIMITE DE RESPONSABILIDAD

El proveedor de servicios 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. Para el efecto, proveedores significará: técnicos, cerrajeros, electricistas, plomeros, vidrieros, hoteles, vigilantes, ambulancias y cualquier otra entidad que suministra la asistencia autorizada.

EXCLUSIONES PARTICULARES A LA SECCION DE RESPONSABILIDAD CIVIL FAMILIAR

ESTA SECCION NO AMPARA LAS PERDIDAS O DAÑOS QUE TUVIEREN POR CAUSA O FUEREN CONSECUENCIA DE:

- LAS ACTIVIDADES COMERCIALES DEL ASEGURADO, LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O LA OMISION DE PRESTARLOS.
- USO DE AUTOMOVILES, MOTOCICLETAS, AERONAVES O EMBARCACIONES QUE SEAN DE PROPIEDAD DEL ASEGURADO O DE TERCEROS QUE SE ENCUENTREN TRANSITORIA O PERMANENTEMENTE AL SERVICIO DE ESTE ASI COMO POR LOS OBJETOS EN ESTOS TRANSPORTADOS.
- DAÑOS Y PERJUICIOS CAUSADOS INTENCIONAMENTE POR EL ASEGURADO A TERCERAS PERSONAS.
- LOS DAÑOS CAUSADOS POR VIBRACION, REMOCION, DEBILITAMIENTO DE BASES ESTRUCTURALES DE TERRENOS Y EDIFICIOS POR EXCAVACION.

DAÑOS CAUSADOS POR O RESULTANTES DE HALLARSE EL ASEGURADO, BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, O ESTUPEFACIENTES, ALUCINOGENOS, DROGAS TOXICAS O DROGAS HEROICAS.

- ACTOS U OMISIONES CONSIDERADOS POR EL CODIGO PENAL COLOMBIANO COMO DELITO DOLOSO.
- LESIONES A LA PERSONA O DAÑOS A LAS PROPIEDADES DE LOS EMPLEADOS DOMESTICOS, QUE LABOREN A SU SERVICIO, CON EXCEPCION DE LAS INDEMNIZACIONES QUE, EN EXCESO DE LAS PRESTACIONES POR ACCIDENTES DE TRABAJO Y/O ENFERMEDAD PROFESIONAL ESTABLECIDOS POR EL CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO, DEBA RECONOCER EL ASEGURADO A DICHOS EMPLEADOS.

OBLIGACIONES O RESPONSABILIDADES ADQUIRIDAS POR EL ASEGURADO EN VIRTUD DE CONTRATOS.

DEFINICIONES PARA ESTE AMPARO:

1. ENTIÉNDESE POR TERCEROS CUALQUIER PERSONA DISTINTA DEL ASEGURADO Y DE SUS PARIENTES DENTRO DEL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, ÚNICO CIVIL O SEGUNDO DE AFINIDAD.
2. POR BIENES DE TERCEROS SE ENTIENDEN AQUELLOS SOBRE LOS CUALES EL ASEGURADO NO EJERCE PROPIEDAD, POSESIÓN O TENENCIA, NI ESTÁN BAJO SU CONTROL O CUIDADO POR ENCARGO DE OTRO.

POR PERJUICIOS PATRIMONIALES SE ENTIENDEN:

DAÑOS MATERIALES TALES COMO LA DESTRUCCIÓN, AVERÍA O EL DETERIORO DE UNA COSA. DAÑOS PERSONALES TALES COMO LESIONES Y MUERTE.

TERMINACIÓN:

ESTE AMPARO EXPIRA EN EL MOMENTO EN QUE TERMINE EL CONTRATO PRINCIPAL, SALVO QUE CUALQUIERA DE LAS PARTES LO REVOQUE CON ANTERIORIDAD, EN LOS TÉRMINOS LEGALES.

TODAS LAS DEMÁS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZANO MODIFICADAS POR EL PRESENTE TEXTO, SON DE APLICACIÓN A ESTE ANEXO