

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 regirá por las siguientes cláusulas y condiciones:

1. AMPARO BÁSICO

“LA COMPAÑÍA” cubre a los miembros del grupo asegurado contra los riesgos de muerte sea por causa natural o accidental, siempre que la muerte se presente durante la vigencia del seguro y que se cumplan los requisitos y condiciones previstos en el presente contrato para ingresar al mismo.

En desarrollo de lo anterior, “LA COMPAÑÍA” pagará a los beneficiarios el valor asegurado previsto en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares, siempre con sujeción al presente contrato de seguros y a la ley.

1.1. SEGURO CONJUNTO A PRIMERA PERDIDA

Cuando el asegurado principal, que tiene relación directa con BANCAMIA, contrata el seguro de vida en conjunto con su cónyuge o compañero(a) permanente, la obligación condicional de la aseguradora nacerá en el momento del fallecimiento o la invalidez de uno o cualquiera de los dos asegurados. El pago de la indemnización por la ocurrencia de algún evento amparado dará por terminada automáticamente la cobertura otorgada por el certificado individual.

1.2 EXCLUSIONES

El amparo básico no contempla exclusiones.

1.3 PERIODOS DE CARENCIA

- **El seguro cubrirá las enfermedades no graves a partir de los 60 días de inicio de vigencia del certificado individual.**
- **El seguro cubrirá las enfermedades graves (Cáncer, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal, infarto al miocardio, intervención quirúrgica por enfermedad de las arterias coronarias y esclerosis múltiple) a partir del día 90 de inicio de vigencia del certificado individual.**
- **El seguro cubrirá suicidio a partir del día 90 de inicio de vigencia del certificado individual.**

2. AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

2.1 AMPARO

Por convenio entre LA COMPAÑÍA y EL TOMADOR, el presente anexo hace parte de la Póliza de Vida Grupo indicada y queda

sujeto a sus estipulaciones y excepciones, lo mismo que a las siguientes condiciones:

Si durante la vigencia de la póliza a la cual accede, 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 regímenes especiales, se entiende por incapacidad total y permanente, la sufrida por el asegurado como resultado de una lesión o enfermedad no preexistente a la fecha de inclusión del asegurado en la póliza, que le impida total y permanentemente realizar cualquier actividad u ocupación. Dicha incapacidad se considerará siempre y cuando haya persistido por un periodo continuo no inferior a ciento veinte (120) días comunes y cuando la pérdida de incapacidad laboral calificada en primera instancia por el médico determinado por la aseguradora y en las demás instancias por las juntas regional y nacional de calificación de invalidez, sea superior al 50% y no haya sido provocada a 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.

2.2 EXCLUSIONES

Este anexo no contempla exclusiones.

2.3 PERIODOS DE CARENCIA

- Este anexo cubrirá las enfermedades no graves a partir de los 60 días de inicio de vigencia del certificado individual.
- Este anexo cubrirá las enfermedades graves (Cáncer, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal, infarto al miocardio, intervención quirúrgica por enfermedad de las arterias coronarias y esclerosis múltiple) a partir del día 90 de inicio de vigencia del certificado individual.
- El presente anexo cubrirá intento de suicidio a partir del día 90 de inicio de vigencia del certificado individual.

3. AMPARO ADICIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES

Por convenio entre LA COMPAÑÍA y EL TOMADOR, el presente anexo hace parte de la Póliza de Vida Grupo indicada y queda sujeto a sus estipulaciones y excepciones, lo mismo que a las siguientes condiciones.

3.1 AMPARO

Bajo este amparo “la compañía” pagará el capital estipulado para éste en la carátula de la póliza y/o en sus condiciones particulares en caso de que al asegurado se le haya descubierto y diagnosticado médicamente por primera vez durante la vigencia de este amparo cualquiera de las siguientes enfermedades, de acuerdo con la definición que a continuación se establece:

a) cáncer: la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y la dispersión incontrolable de células malignas y la invasión de tejido. Esto incluye leucemia, linfomas y la enfermedad de hodgkin (linfo granuloma). En cambio, no incluye todos los tumores de la piel, salvo que se trate de melanomas malignos y tampoco incluye el cáncer in situ no invasivo

b) accidente cerebrovascular: se entiende por tal, el que causa los síntomas neurológicos correspondientes durante más de 24 horas, debe existir una destrucción del tejido cerebral causado por trombosis, hemorragias o embolia de fuente extracraneal, así como pruebas de disfunción neurológica permanente.

c) insuficiencia renal: el fallo total, crónico e irreversible de ambos riñones, a consecuencia de la cual hay que efectuar tratamiento de diálisis o trasplante de riñón.

d) infarto al miocardio: muerte del miocardio a consecuencia de abastecimiento sanguíneo inadecuado, debidamente documentada con historial de dolores de pecho, electrocardiograma confirmatorio de alteraciones recientes y enzimas cardíacas elevadas. El diagnóstico deberá ser confirmado cumplidos los 30 días comunes posteriores a la ocurrencia del evento.

e) intervención quirúrgica por enfermedad de las arterias coronarias: afecciones de las arterias coronarias (una o más arterias obstruidas) que requieran ser tratadas con una operación de by pass o puente coronario, por recomendación de un especialista y evidenciada por el resultado de una angiografía para corregir una estenosis u oclusión en las arterias coronarias. El resultado de la angiografía, junto con el informe médico, estará a disposición de "la compañía".

No se entiende intervención quirúrgica por enfermedades de arterias coronarias, y por lo tanto no están cubiertas por este amparo, la angioplastia con balón, tratamiento láser, operación de válvulas, operación por tumoración intracardiaca o alteración congénita.

f) esclerosis múltiple: es una enfermedad que afecta el sistema nervioso central y se manifiesta por anomalías neurológicas progresivas e irreversibles que conllevan a un estado de incapacidad severa, con disminución de la visión, incoordinación, debilidad e incontinencia urinaria, debe cumplir con criterios diagnósticos establecidos por la comunidad científica.

La efectividad del presente amparo se encuentra sujeta a las siguientes condiciones:

1) solo son objeto de amparo las enfermedades graves definidas en la presente cláusula siempre y cuando las mismas hayan sido diagnosticadas por primera vez, habiendo transcurrido por lo menos noventa (90) días comunes desde el inicio de la vigencia de la cobertura individual de este anexo, por un médico especialista de conformidad con la enfermedad grave, reconocido y confirmado su diagnóstico por evidencias aceptables clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio.

2) ningún beneficio es pagadero si la enfermedad en cuestión ha sido diagnosticada o si se ha recibido tratamiento por la misma antes de la fecha de iniciación de la cobertura individual. De acuerdo con las consecuencias previstas por el artículo 1058 del código de comercio al no declararse sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el verdadero estado del riesgo.

3) ningún beneficio es pagadero no se encuentran amparadas si las enfermedades graves definidas en la presente cláusula en cuestión

si éstas han sido diagnosticadas o si se ha recibido tratamiento por dichas enfermedades antes de la fecha de iniciación de la cobertura individual

3.2 EXCLUSIONES

Bajo el presente anexo la compañía no pagará suma alguna si el asegurado padece y se le diagnostica una de las enfermedades señaladas en la condición primera de este anexo a consecuencia de o en conexión con:

- el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), tal como fue reconocido por la organización mundial de la salud o cualquier síndrome o enfermedad de tipo similar, bajo cualquier nombre, que sea diagnosticada por un médico autorizado, sea ésta sintomática o asintomática.
- la presencia del virus del sida, descubierto mediante test de anticuerpos o virus del sida con resultado positivo.
- Cualquier otra enfermedad derivada de lo anterior.
- Tumores de la piel, salvo que se trate de melanomas malignos.
- Cáncer in situ no invasivo.
- Tentativa de suicidio.

3.3 DEFINICIONES:

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

Valor Asegurado: corresponde al valor asegurado estipulado en la carátula de la póliza y/o certificado individual para este amparo adicional. 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 la diferencia entre el valor asegurado en vida y el valor pagado por este amparo.

Cáncer de Mujer: Se entiende como cáncer de mujer, el cáncer de seno o de cuello de la matriz.

4. AMPARO ADICIONAL DE MUERTE ACCIDENTAL

4.1 AMPARO

LA COMPAÑÍA se obliga a pagar a los beneficiarios designados, el valor asegurado señalado en la carátula de la póliza y/o certificado individual, si dentro de los ciento ochenta (180) días calendario contados desde la fecha del accidente en que el asegurado sufra lesiones corporales, se produce la muerte a causa de las mismas.

4.2. DEFINICIONES

Para efectos del presente contrato se considera como accidente, el hecho externo, visible y fortuito que no dependa de la voluntad del tomador, asegurado o beneficiario, que ocurra durante la vigencia del seguro y que produzca en la integridad física del asegurado lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas visibles, o lesiones internas médicamente comprobadas, o ahogamiento.

4.3 EXCLUSIONES

LA COMPAÑÍA no efectuará pago alguno bajo el presente anexo, cuando las lesiones corporales que sufra el asegurado, sean éstas anteriores a la contratación del seguro, o tengan su causa, consistan en, o sean consecuencia, directa o indirecta, total o parcial, de:

A) Guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades y operaciones de guerra, guerra civil, sedición, revolución o asonada.

B) Hallarse el asegurado bajo influencia de bebidas embriagantes, estupefacientes, alucinógenos, drogas tóxicas o heroicas, cuya utilización no haya sido requerida por prescripción médica.

C) Enfermedades físicas o síquicas o mentales, tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean aquellos necesarios en razón de accidentes amparados por esta póliza, infecciones bacterianas (salvo infecciones piogénicas, que ocurre como consecuencia de una herida accidental); ni los efectos síquicos (excepto demencia incurable) o estéticos resultantes de cualquier accidente.

D) Embarazo, aborto o alumbramiento; ni la agravación en lesiones o la muerte resultantes de alguna de tales causas.

E) Participación del asegurado en competencias de velocidad motorizada.

F) Cuando el asegurado conduzca o viaje como pasajero en motocicletas, cuatrimotos, o bicimotos.

G) uso de planeadores, parapentes, cometas o alas delta

H) accidentes de aviación, cuando el asegurado viaje como piloto o miembro de la tripulación de cualquier aeronave o en aeronaves no autorizadas oficialmente para operar en forma comercial en el transporte de pasajeros.

I) cuando el asegurado se encuentre al servicio de las fuerzas armadas o de la policía de cualquier país o autoridad internacional.

J) las lesiones o la muerte producidas intencionalmente por del asegurado o por los beneficiarios del seguro.

K) el suicidio o su tentativa.

5. CONDICIONES GENERALES

Las condiciones que se relacionan a continuación aplican tanto al amparo básico como a los amparos adicionales.

5.1 DEFINICIONES

El tomador: Es la persona jurídica a cuyo nombre se expide la presente póliza para asegurar un número determinado de personas.

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

5.2. PAGO DE LAS PRIMAS

EL TOMADOR del seguro está obligado al pago de la prima dentro del plazo señalado en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares, en virtud de lo establecido en el artículo 1066 del Código de Comercio.

5.3. IRREDUCTIBILIDAD

Transcurridos dos (2) años en la 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.

5.4. TERMINACION DEL AMPARO INDIVIDUAL

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

- Por mora en el pago de la prima, en los términos previstos por el Código de Comercio y las cláusulas del presente seguro.
- Cuando el tomador/asegurado solicite por escrito la exclusión del seguro.
- Al vencimiento del seguro si éste no se renueva.
- Al momento en que a un Asegurado se le indemnice 100% de la suma asegurada contemplada por Incapacidad Total y Permanente o, Muerte Accidental.
- En el momento de disolución del grupo asegurado. Para los efectos de esta sección se entenderá disuelto, cuando el grupo quede integrado por un número inferior a 5 asegurados durante la vigencia del seguro.
- En el seguro del cónyuge o cualquier asegurado dependiente, al fallecimiento del asegurado principal o viceversa
- Cuando se superen las edades máximas de permanencia estipuladas en el presente clausulado.

5.5 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, de conformidad con lo establecido en el artículo 1077 del Código de Comercio.

El respectivo pago se hará al Asegurado

5.6 EXAMENES MÉDICOS

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

5.7 REVOCACIÓN

Este amparo quedará revocado en los siguientes casos:

- Cuando el Tomador o el Asegurado expresamente lo solicite por escrito, remitido a LA COMPAÑÍA.
- "LA COMPAÑÍA" podrá en cualquier tiempo revocar los amparos adicionales, respecto a todo el grupo o a cualquier asegurado, mediante aviso escrito dirigido al

Tomador con no menos de quince (15) días de anticipación, además “LA COMPAÑÍA” devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de revocación.

- La revocación o la terminación de la póliza de seguro a la que acceden los presentes anexos, implica la revocación o terminación de los mismos.

PARÁGRAFO: El hecho de que “LA COMPAÑÍA” haya recibido una o más primas, después de que haya sido revocado o terminado el seguro y/o amparo individual, no obligará a conceder los beneficios aquí estipulados ni anulará tal revocación. Cualquier prima pagada por un periodo posterior a la revocación o terminación será reembolsada.

5.8 DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE.

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1058 del código de comercio, EL TOMADOR y los Asegurados individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea puesto por LA COMPAÑÍA. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por LA COMPAÑÍA, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del presente contrato. Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto, si EL TOMADOR ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado de riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable de EL TOMADOR, el contrato no será nulo pero LA COMPAÑÍA sólo estará obligada en caso de siniestro a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado de riesgo. Si la reticencia o la inexactitud provienen del Asegurado se aplicarán las mismas sanciones respecto de su cobertura individual.

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

5.9 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.

5.10 EDADES MAXIMAS DE INGRESO Y PERMANENCIA

La edad mínima para el ingreso a la póliza debe ser de 18 años y la máxima de 64 años y 364 días, con permanencia hasta los 79 años y 364 días para muerte por cualquier causa.

La edad mínima para el ingreso a la póliza debe ser de 18 años y la máxima de 64 años y 364 días, con permanencia hasta los 69 años y 364 días para incapacidad total y permanente y muerte accidental.

La edad mínima para el ingreso a la póliza debe ser de 18 años y la máxima de 64 años y 364 días, con permanencia hasta los 64 años y 364 días para enfermedades graves y cáncer de la mujer.

5.11 DOCUMENTOS EN CASO DE UNA RECLAMACION

Sin desconocer la libertad probatoria que consagra la legislación vigente, al el 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.

En caso de Muerte Accidental

Todos los documentos anteriores, más:

- 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.
- Fotocopia Cédula de Ciudadanía.
- Historia clínica completa.

Enfermedades Graves

- Carta de reclamación.
- Diagnóstico de la enfermedad por el médico tratante.
- Original o copia de la solicitud/certificado.
- Fotocopia Cédula de Ciudadanía del Asegurado Principal y Afectado
- Historia clínica completa.

Por cada amparo incluir documentos necesarios que se deben aportar en caso de reclamación.

Importante

El pago de la indemnización se hará mediante abono en la cuenta 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.

ASISTENCIA MEDICA TELEFONICA Y JURIDICA A LAS PERSONAS BBVA SEGUROS

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

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

REALIZARA A TRAVES DE UN TERCERO.

PRIMERA: OBJETO DEL ANEXO

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

SEGUNDA: DEFINICIONES

1. Tomador del seguro:

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

2. Asegurado:

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

TERCERA: AMBITO TERRITORIAL

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

CUARTA: COBERTURAS

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

a. Asistencia médica telefónica

En caso de accidente o enfermedad del asegurado y/o beneficiarios La Compañía pondrá a su disposición el servicio de asistencia médica básica telefónica 24 horas al día los 365 días del año.

Los operadores médicos que recepcionan la llamada, según la sintomatología y descripción del accidente o enfermedad dada por el beneficiario, harán un diagnóstico ajustado a las claves internacionales de servicios prehospitalarios de emergencia médica.

b. Asistencia jurídica telefónica

La Compañía realizará mediante una conferencia telefónica, una orientación jurídica en aspectos relativos al derecho civil relacionados con personas, bienes y contratos; derecho de familia en lo relativo a divorcio, alimentos, restitución de bienes y sucesiones; derecho penal en casos querellables, derecho administrativo, derecho tributario, derecho comercial a excepción de lo relacionado con el contrato de seguros, derecho policivo y derecho laboral, cuando el asegurado requiera adelantar una consulta en tales derechos.

La respuesta se dará en forma inmediata cuando se trate de temas de carácter general; si el asunto es específico, la respuesta se dará dentro de las 48 horas siguientes a la llamada del asegurado.

Nota: El límite de eventos es de dos eventos por vigencia.

QUINTA: EXCLUSIONES GENERALES

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

- a) Los servicios que el asegurado haya concertado por su cuenta sin el previo consentimiento y autorización dada por la Compañía.
- b) Los servicios adicionales que el asegurado haya contratado directamente con el prestador del servicio de asistencia bajo su cuenta y riesgo y por ello es que se excluyen igualmente, reembolsos dineros derivados de cualquier servicio descrito en el presente anexo.
- c) Los causados por mala fe del asegurado.

SEXTA: 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.

SEPTIMA: INCUMPLIMIENTO

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

Si el asegurado solicitara los servicios de asistencia y la Compañía no pudiera intervenir directamente, por causa de fuerza mayor, los gastos razonables en que se incurra serán reembolsados, previa presentación de los correspondientes recibos, siempre que tales gastos se hallen cubiertos.

OCTAVA: LIMITE DE RESPONSABILIDAD

El proveedor de servicios responde por los riesgos amparados de conformidad a la definición que de los mismos trae el presente contrato. En consecuencia no será responsable de coberturas adicionales, de hechos fortuitos que sobrevengan en el desarrollo de la prestación de los servicios por parte de los proveedores, ni de los hechos preexistentes a dicha prestación. Para el efecto, proveedores significara: técnicos, cerrajeros, electricistas, plomeros, vidrieros, hoteles, vigilantes, ambulancias y cualquier otra entidad que suministra la asistencia autorizada.

NOVENA: REEMBOLSOS

La Compañía reembolsará al beneficiario, el valor que éste hubiese pagado por la ocurrencia de cualquiera de los eventos amparados, mencionados en el presente anexo y hasta por los límites indicados, siempre y cuando el beneficiario cumpla con las siguientes obligaciones:

- El beneficiario deberá solicitar antes de contratar un servicio cubierto por el presente anexo, una autorización de la Compañía, la cual deberá pedirse por teléfono, a cualquiera

de los números indicados para prestar la asistencia, debiendo informar el nombre del beneficiario, el destinatario de la prestación, el número de la cédula de ciudadanía, o cédula de extranjería, el número de la póliza del seguro, el lugar donde se encuentra, el número de teléfono y tipo de asistencia que precisa.

- Una vez reciba la solicitud previa, la Compañía le 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 reembolso sin que el beneficiario haya remitido las facturas originales correspondientes y éstas siempre deberán cumplir con los requisitos exigidos por la ley.

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

Versión: VI-05-08-2012-1