

PÓLIZA DE SEGURO SIGA

**Seguros Integrales Grupo
y Accidentes**



Índice

1. Póliza de seguro SIGA	3
2. Sección 1: seguro de vida grupo	3
3. Anexo de incapacidad total y permanente, desmembración o inutilización	7
4. Anexo de enfermedades graves	9
5. Anexo de auxilio de exequias	13
6. Anexo de asistencia en viaje a las personas	17
7. Seguro de accidentes personales grupo	24
8. Sección dos: seguro de accidentes personales grupo	24
9. Anexo de renta diaria por hospitalización debido a accidente y/o enfermedad	32
10. Edades límite. documentos necesarios para una reclamación	35

PÓLIZA DE SEGURO SIGA

Condiciones del seguro

BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., con sujeción a las condiciones del presente 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: amparos del seguro

BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., en adelante denominada "LA COMPAÑÍA", cubre a los miembros del grupo asegurado contra los riesgos que se indican en cada una de las secciones que se señalan a continuación, siempre que se cumplan los requisitos y condiciones previstos en cada una de ellas, salvo los riesgos expresamente excluidos en la cláusula segunda (exclusiones) tanto en forma general como en forma específica.

SECCION 1: SEGURO DE VIDA GRUPO

1. AMPARO BÁSICO

"LA COMPAÑÍA" cubre a los miembros del grupo asegurado contra los riesgos de muerte sea por causa natural o accidental, incluyendo el suicidio, desde el primer día de vigencia del seguro, 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.

2. EXCLUSIONES

El amparo básico no contempla exclusiones.

3. CONDICIONES GENERALES

3.1. El tomador

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

3.2. 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.

3.3. Requisitos de Asegurabilidad

Toda persona debe cumplir con los requisitos de asegurabilidad que LA COMPAÑÍA señale para ingresar y formar parte del grupo asegurado.

3.4. 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 caso de no señalarse dicho plazo, de acuerdo con el artículo 1066 del Código de Comercio, EL TOMADOR del seguro estará obligado al pago de la prima dentro del mes siguiente a la fecha en la cual se entregue la póliza o el certificado individual del seguro a EL TOMADOR.

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.

3.5. 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.

3.6. Terminación del amparo individual

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza 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/asegurado solicite por escrito la exclusión del seguro.
- c. Al vencimiento del seguro si éste no se renueva.
- d. A la terminación o revocación del contrato por parte de EL TOMADOR.
- e. Al momento en que a un Asegurado se le indemnice 100% de la suma asegurada contemplada en la sección dos de este contrato por Incapacidad Total y Permanente o, Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración, si han sido contratados por el Asegurado.
- f. 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.
- g. Al momento de haber dejado de pertenecer al grupo asegurado.
- h. En el seguro del cónyuge o cualquier asegurado dependiente, al fallecimiento del asegurado principal o cuando éste se retire del grupo asegurado

3.7. 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 ser asegurados en el amparo de vida sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo esta póliza 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 de acuerdo con las condiciones del respectivo plan y conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el Asegurado y su ocupación en la fecha de solicitud. En caso de haberse aceptado bajo la póliza riesgos con azarosidad o sobremortalidad (subnormales) (se expedirán las pólizas individuales con la clasificación impuesta bajo la póliza de grupo y la extraprima que corresponda al seguro de vida individual.

3.8. Inexactitud respecto de la declaración de edad

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

- a. Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la 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.

ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN

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:

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 este 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, 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 65% y no haya sido provocada a sí mismo por el asegurado.

Sin perjuicio de cualquier causa de incapacidad total y permanente, para efectos de este amparo se considerará como tal: (i) la pérdida de la visión por ambos ojos, (ii) la pérdida de ambas manos o ambos pies, (iii) la pérdida de toda una mano y de todo un pie; (iv) la pérdida de toda una mano o de todo un pie junto con la visión por un ojo; (v) la pérdida del habla o de la audición.

Este amparo se configura exclusivamente con la fecha de Calificación de la incapacidad, la cual se considerará la fecha del siniestro, y su indemnización no es acumulable al seguro de vida; por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicha incapacidad, la compañía quedará liberada de toda responsabilidad en lo que se refiere al seguro de vida del asegurado incapacitado.

1.2. 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 120 días calendario contados desde la fecha en que el asegurado sufra lesiones corporales, éstas dan lugar a una desmembración o inutilización en los términos que a continuación se señalan:

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 él.

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. CONVERTIBILIDAD

Las partes acuerdan expresamente que el derecho de conversión previsto en la póliza a la cual accede no es aplicable a este anexo

3. REVOCACIÓN Y TERMINACIÓN

La revocación o la terminación de la póliza de seguro a la que accede el presente anexo, implica la revocación o terminación del mismo.

ANEXO 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.

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 transplante 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.

g. Trasplante de órgano mayor: es la implantación de un órgano extraído de un donante humano en el organismo del asegurado, con restablecimiento de las conexiones vasculares, arteriales y venosas. Los órganos cuyo trasplante están cubiertos por esta póliza son los siguientes: hígado, corazón, médula ósea, páncreas, pulmón e intestino.

h. Gran quemado que presente quemaduras de grado ii y iii mayores al 40% de extensión corporal total.

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

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:

2.1 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.

2.2 La presencia del virus del sida, descubierto mediante test de anticuerpos o virus del sida con resultado positivo.

2.3 Cualquier otra enfermedad derivada de lo anterior.

2.4 Cáncer de seno o de cuello de la matriz.

2.5 Tumores de la piel, salvo que se trate de melanomas malignos.

2.6 Cáncer in situ no invasivo.

2.7 Tentativa de suicidio.

3. DEFINICIONES

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

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 50% 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 haciendo los ajustes de primas correspondientes a la renovación .

4. 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. 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.

6. REVOCACIÓN

Este amparo quedará revocado en los siguientes casos:

6.1 Cuando el Tomador o el Asegurado expresamente lo solicite por escrito, remitido a LA COMPAÑÍA.

6.2 “LA COMPAÑÍA” podrá en cualquier tiempo revocar este amparo, 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.

6.3 La revocación o la terminación de la póliza de seguro a la que accede el presente anexo, implica la revocación o terminación del mismo.

PARÁGRAFO:

El hecho de que “LA COMPAÑÍA” haya recibido una o más primas por este amparo, después de que haya sido revocado o terminado por alcanzar la edad límite de permanencia, 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.

7. TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente 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 anexo.
- c. En el aniversario de vigencia del seguro más próximo a la fecha en que el asegurado cumpla la edad de 65 años
- d. A la terminación o revocación del contrato por parte de EL TOMADOR.
- e. Al momento en que a un Asegurado se le indemnice 100% de la suma asegurada contemplada en la sección dos de este contrato por el anexo de Incapacidad Total y Permanente o, en el anexo de Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración, si han sido contratados por el Asegurado.

- f. 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.
- g. Al momento de haber dejado de pertenecer al grupo asegurado.
- h. En el seguro del cónyuge o cualquier asegurado dependiente, al fallecimiento del asegurado principal o cuando éste se retire del grupo asegurado.

ANEXO DE AUXILIO DE EXEQUIAS

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:

1. AMPARO

De acuerdo con el plan elegido, LA COMPAÑÍA cubre el auxilio de gastos funerarios en que se incurra por el fallecimiento, durante la vigencia del presente amparo, de uno o varios de los asegurados indicados expresamente en la solicitud/certificado de seguro y cumplirá con su obligación indemnizatoria a la persona que acredite el derecho de recibir el dinero por este concepto, tan pronto se demuestre la ocurrencia del deceso mediante la presentación del certificado de defunción del asegurado fallecido.

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

1. La muerte del asegurado o un miembro de su grupo familiar amparado no se puede presentar dentro de los periodos de carencia en las condiciones previstas para ellos en el punto tercero del presente contrato;
2. El asegurado y los miembros de su grupo familiar amparados deben cumplir con las edades de ingreso y de permanencia de que trata el punto quinto del presente contrato.
3. Los miembros del grupo familiar amparados deben cumplir con los requisitos de parentesco señalados en los puntos cuarto y quinto del presente contrato.

2. EXCLUSIONES

LA COMPAÑÍA no efectuará pago alguno bajo el presente anexo, en los siguientes casos:

- a. Cuando el fallecimiento del asegurado o asegurados sea establecido mediante declaración judicial de muerte presunta por desaparecimiento en los términos del artículo 97 del código civil.
- b. Cuando el fallecimiento del asegurado principal o miembro del grupo familiar asegurado se presente dentro del período de carencia señalado en el punto tercero del presente anexo.
- c. El fallecimiento del asegurado o asegurados causado por suicidio, sea éste voluntario o involuntario, consciente o inconsciente.

3. PERIODOS DE CARENCIA

Es el tiempo transcurrido desde la entrada en vigencia de cada certificado individual de inclusión en el presente contrato y la muerte del asegurado o un miembro de su grupo familiar amparado, dentro de los cuales no se tiene cobertura.

Para efectos de este seguro se establecen los siguientes periodos de carencia:

- a. Dentro de los primeros 60 días comunes de entrada en vigencia de cada certificado individual, el presente seguro no cubre el fallecimiento del asegurado o de un miembro de su grupo familiar amparado por cualquier causa natural.
- b. Del día 61 al 180 comunes de entrada en vigencia de cada certificado individual, el presente seguro no cubre el fallecimiento del asegurado o de un miembro de su grupo familiar amparado cuando la causa de la muerte es producida por: cáncer, sida, infarto o accidente cerebro vascular.
- c. Del día 181 al 365 comunes de entrada en vigencia de cada certificado individual, el presente seguro no cubre el fallecimiento del asegurado o de un miembro de su grupo familiar amparado cuando la causa de la muerte es producida por: cáncer o sida.
- d. A partir del primer día del segundo año de vigencia de cada certificado individual, el presente seguro cubre la muerte del asegurado o de un miembro de su grupo familiar amparado por cualquier causa.

4. DEFINICIONES

Para los efectos de este anexo se entiende por:

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 Grupo Familiar.

Asegurado: Es el Asegurado principal y/o cada uno de los miembros de su Grupo Familiar (como se define más adelante) que se encuentre expresamente relacionado en la solicitud/Certificado de seguro, que cumpla con las condiciones de asegurabilidad descritas en el presente anexo.

Beneficiario: Asegurado principal y/o Grupo Familiar, que se encuentre expresamente relacionado en la solicitud/certificado de seguro, respecto del cual LA COMPAÑÍA paga la indemnización en caso de fallecimiento.

Grupo Familiar: Está conformado por las personas que ostentan las siguientes calidades y se encuentran debidamente relacionadas en la póliza y/o anexo:

- Asegurado principal (quien tiene relación legal o contractual con EL TOMADOR).
- Cónyuge o compañero (ra) permanente del asegurado principal.
- Hijo solteros del asegurado principal y/o del cónyuge o compañero(ra) permanente del asegurado principal.
- Progenitores del asegurado principal, si éste es soltero.

Accidente: Todo suceso imprevisto, repentino, fortuito e independiente de la voluntad del tomador, asegurado o beneficiario, causado por medios externos, que ocasione la muerte del asegurado.

5. GRUPO ASEGURABLE Y EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Para los efectos de la presente cobertura son asegurables las personas que, al momento de su inclusión en el anexo como asegurados principales o miembros de su grupo familiar cumplan los siguientes requisitos y sean expresamente aceptadas por LA COMPAÑÍA, aceptación que se entenderá surtida con la expedición de la póliza o solicitud/certificado de seguro, según el caso:

a. Asegurado principal, personas naturales, mayores de dieciocho (18) años y menores de sesenta y cinco (65) años.

b. Cónyuge o compañero (a) permanente del asegurado principal, mayores de dieciocho (18) años y menores de sesenta y cinco (65) años.

- c. Progenitores del asegurado principal soltero, menores de sesenta y cinco (65) años.
- d. Hijos solteros del asegurado principal: haber cumplido un (1) día de nacido y ser menor de veinticinco (25) años.

Cualquier ingreso de asegurados, solicitado con posterioridad al inicio de la vigencia del seguro deberá hacerse mediante solicitud escrita del asegurado principal a LA COMPAÑÍA y sólo tendrá efecto a partir de la fecha de aceptación por parte de ésta. Cuando se trate del nacimiento de un nuevo hijo, se otorga un amparo automático de treinta (30) días calendario, contados a partir del segundo día de nacido, periodo durante el cual el Asegurado principal, mediante comunicación escrita dirigida a LA COMPAÑÍA deberá solicitar el ingreso para este nuevo asegurado. Si vencido el término anotado no se ha reportado la novedad, terminará la cobertura automática y sólo quedará asegurado cuando se solicite por escrito su inclusión y haya sido aceptada por LA COMPAÑÍA.

La permanencia en el seguro será indefinida, excepto para los hijos cuya cobertura terminará al momento de cumplir los veinticinco (25) años de edad.

6. VALOR DEL AUXILIO

Será el monto convenido por el asegurado que se encuentra estipulado en la solicitud/cerificado de seguro de acuerdo al valor asegurado escogido para esta cobertura.

El valor del auxilio se podrá aumentar en cada renovación, según lo acordado con EL TOMADOR, en cuyo caso la prima se reajustará en las mismas proporciones.

7. RECLAMACIÓN

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

- Registro Civil de Defunción del asegurado fallecido.
- Registro Civil de Nacimiento del asegurado principal, en caso de fallecimiento del padre del asegurado.
- Fotocopia de la Cédula o Tarjeta de Identidad del asegurado fallecido.
- Certificado póliza de seguro.
- Registro Civil de Nacimiento del hijo asegurado fallecido.
- Registro Civil de Matrimonio o en su defecto Declaración Extrajuicio en su calidad de Compañero (a) permanente.

LA COMPAÑÍA podrá solicitar documentos adicionales a los mencionados cuando, a juicio de ésta, no se haya acreditado suficientemente la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida.

8. Revocación Y Terminación

La revocación o la terminación de la póliza de seguro a la que accede el presente anexo, implica la revocación o terminación del mismo.

ANEXO DE ASISTENCIA EN VIAJE A LAS PERSONAS

Mediante el presente anexo, BBVA SEGUROS en adelante "LA COMPAÑÍA" aseguran los servicios de asistencia en viaje contenidos en las siguientes cláusulas:

1. 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 éstos se encuentren 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 efecto 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.

2. DEFINICIONES

Se entenderá por:

2.1 Tomador del seguro:

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

2.2 Asegurado:

Persona titular del interés expuesto al riesgo y quien es beneficiario, en su caso, de los derechos derivados del contrato.

Tiene además la condición de beneficiario:

- El titular de la póliza
- El cónyuge y los ascendientes y descendientes en primer grado de las personas naturales aseguradoras, siempre que convivan con éstas y a sus expensas, aunque viajen por separado y en cualquier medio de locomoción.

2.3 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.

3. ÁMBITO TERRITORIAL

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

4. COBERTURAS A LAS PERSONAS

a. Transporte o repatriación en caso de lesiones o enfermedad del asegurado y/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 de este servicio será ilimitada.

b. Transporte o repatriación de los asegurados y/o beneficiarios

Cuando la lesión o enfermedad del asegurado y/o beneficiario 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 encuentre 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 en ambulancia del beneficiario 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 caso de que la hospitalización del asegurado y/o beneficiario, fuese superior a 5 días LA

COMPañÍA sufragará a un familiar los siguientes gastos:

- En territorio colombiano: el transporte del viaje ida y vuelta al lugar de hospitalización, y los gastos de alojamiento y alimentación en un hotel elegido por él, igualmente con unos límites para el total de la estancia de setenta (70) SMLDV.
- 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 doscientos (200) SMDLV.

e. Desplazamiento del asegurado por interrupción del viaje debido a fallecimiento de un familiar

LA COMPañÍA abonará los gastos de desplazamiento del asegurado y/o beneficiario, cuando tenga que interrumpir 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 SMLDV.

f. Asistencia hospitalaria por lesión o enfermedad en el extranjero

Si durante la estadía del asegurado y/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 atiende.

LA COMPañÍA mantendrá los contactos necesarios con el centro médico y con los facultativos que atiendan al asegurado y/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 de 3.000 SMLDV.

g. Gastos odontológicos del asegurado y/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 SMLDV por beneficiario y por evento.

h. Prolongación de la estancia del asegurado y/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 SMLDV por beneficiario y por evento y sin restricción de sumas diarias o número de días.

i. Repatriación del asegurado y/o beneficiario fallecido

En caso de fallecimiento del asegurado y/o beneficiario, 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 y/o beneficiarios, siempre que no sea posible obtenerlos localmente o sustituirlos por otros, será por cuenta del asegurado y/o beneficiario 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 de 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 son hurtados documentos importantes 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 y/o beneficiario que esté de viaje en el exterior, la compañía podrá informarle el nombre de abogados especialistas en asuntos de índole legal. el asegurado y/o beneficiario 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 y/o beneficiario 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.

5. 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 40 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 viaje 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 SMLDV 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 ésta de la pérdida definitiva del equipaje.

6. EXCLUSIONES

No son objeto de la cobertura, 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.

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, terremotos, 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 radioactiva.

f. Los que se produzcan con ocasión de la participación del asegurado y/o en apuestas o desafíos.

7. OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO

En caso de evento cubierto por el presente anexo el asegurado deberá solicitar siempre la asistencia por teléfono, a cualquiera de los números indicados en el carnet de Asistencia, debiendo indicar el nombre del asegurado, destinatario de la prestación, el número de la cédula de Ciudadanía o Cédula de Extranjería, el número de la póliza de seguro, el lugar donde se encuentra, el número de teléfono y el tipo de asistencia que precisa.

Las llamadas telefónicas serán con cobro revertido, y en los lugares en que no fuera posible hacerlo así, el asegurado 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 asistencias prestadas por servicios ajenos a esta compañía.

8. 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 excesivamente gravosa que razonablemente impide a alguna de las partes cumplir sus obligaciones.

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

10. 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 de cédula extranjera, 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 reembolso sin que el tarjetahabiente haya remitido las facturas originales correspondientes al servicio autorizado.

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES GRUPO

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

SECCIÓN DOS: SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES GRUPO

1. AMPAROS DEL SEGURO

Muerte accidental, desmembración e incapacidad total y permanente.

La COMPAÑÍA se compromete a pagar al asegurado y/o beneficiario las prestaciones propias de cada uno de los amparos expresamente señalados en la carátula de la presente póliza y/o en los certificados individuales, en caso de que la persona designada como asegurado o el grupo familiar asegurado designado expresamente en dicha carátula de la póliza y/o certificados individuales sufra, durante la vigencia del presente contrato de seguro, un accidente objeto de las coberturas que se indican a continuación, en los términos y condiciones previstos para cada amparo y hasta el valor asegurado estipulado expresamente en la carátula de la póliza y/o certificado individual para cada uno de ellos.

2. COBERTURAS

2.1. Definiciones de accidentes personales

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.

2.2. Amparo de muerte accidental

LA COMPAÑÍA se obliga a pagar a los beneficiarios designados en la carátula de la póliza y a falta de estos los previstos por el artículo 1142 del código de comercio, 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.

La edad máxima de permanencia, para esta cobertura es el aniversario más próximo a la fecha en que el asegurado cumpla setenta (70) años de edad.

2.3. Indemnización por desmembración e incapacidad total y permanente

La compañía, de conformidad con las definiciones aquí contenidas, se obliga a pagar al asegurado señalado en la carátula de la póliza y/o certificado individual de seguro, los valores que resulten de aplicar al valor asegurado previsto en la carátula de la póliza, los porcentajes establecidos en esta cláusula, si las lesiones corporales que sean consecuencia de un accidente amparado por esta póliza, causaren al asegurado, dentro de los ciento ochenta (180) días comunes siguientes a la fecha del accidente, alguna de las pérdidas o inutilizaciones descritas a continuación,

La edad máxima de permanencia, para esta cobertura es el aniversario más próximo a la fecha en que el asegurado cumpla setenta (70) años de edad.

2.3.1. Incapacidad total y permanente: 100% del valor asegurado.

Para efectos de este beneficio, incluyendo los regímenes 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 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 65% y no haya sido provocada a sí mismo por el asegurado.

Sin perjuicio de cualquier causa de incapacidad total y permanente, para efectos de este amparo se considerará como tal: (I) la pérdida de la visión por ambos ojos, (II) la pérdida de ambas manos o ambos pies, (III) la pérdida de toda una mano y de todo un pie; (IV) la pérdida de toda una mano o de todo un pie junto con la visión por un ojo; (V) la pérdida del habla o de la audición.

Este amparo se configura exclusivamente con la fecha de calificación de la incapacidad, la cual se considerará la fecha del siniestro, y su indemnización no es acumulable al seguro de vida; por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicha incapacidad, la compañía quedará liberada de toda responsabilidad en lo que se refiere al seguro de vida del asegurado incapacitado.

- a. Por la pérdida total e irreparable de la visión de ambos ojos: 100% del valor asegurado.
- b. Por la pérdida o inutilización total y permanente de ambas manos o ambos pies o de una mano junto con un pie: 100% del valor asegurado.
- c. Por la pérdida total e irrecuperable de la visión por un ojo, conjuntamente con la pérdida o inutilización total y permanente de una mano o de un pie: 100% del valor asegurado.
- d. Por la pérdida total e irrecuperable del habla o de la audición por ambos oídos: 100% del valor asegurado.
- e. Por la pérdida o inutilización total y permanente de una mano o de un pie: 60% del valor asegurado
- f. Por la pérdida total o irrecuperable de la visión por un ojo: 60% del valor asegurado
- g. Por la pérdida o inutilización total y permanente del dedo pulgar de una de las manos: 20% del valor asegurado
- h. Por la pérdida o inutilización total y permanente de uno o cualquiera de los restantes dedos de la mano, diferentes al dedo pulgar: 10% del valor asegurado
- i. Por la pérdida o inutilización total y permanente de cada uno de los dedos de los pies: 10% del valor

3. DEFINICIÓN DE PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN

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

(I) PÉRDIDA:

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

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

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

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

4. EXCLUSIONES

4.1 Exclusiones aplicables al seguro de accidentes personales grupo contenido en la sección dos de esta póliza:

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

- a.** Guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades y operaciones de guerra, guerra civil, sedición, revolución o asonada.
- b.** Hallarse el asegurado bajo influencia de bebidas embriagantes, estupefacientes, alucinógenos, drogas tóxicas o heroicas, cuya utilización no haya sido requerida por prescripción médica.
- c.** Enfermedades físicas o síquicas o mentales, tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean aquellos necesarios en razón de accidentes amparados por esta póliza, infecciones bacterianas (salvo infecciones piogénicas, que ocurren como consecuencia de una herida accidental); ni los efectos síquicos (excepto demencia incurable) o estéticos resultantes de cualquier accidente.
- d.** Embarazo, aborto o alumbramiento; ni la agravación en lesiones o la muerte resultantes de alguna de tales causas.
- e.** Participación del asegurado en competencias de velocidad motorizada.
- f.** Cuando el asegurado conduzca o viaje como pasajero en motocicletas, cuatrimotos, o bicimotos.
- g.** Uso de planeadores, parapentes, cometas o alas delta.
- h.** Accidentes de aviación, cuando el asegurado viaje como piloto o miembro de la tripulación de

cualquier aeronave o en aeronaves no autorizadas oficialmente para operar en forma comercial en el transporte de pasajeros.

- i. Cuando el asegurado se encuentre al servicio de las fuerzas armadas o de la policía de cualquier país o autoridad internacional, en caso que el asegurado fuere llamado a prestar servicio militar obligatorio, la compañía le devolverá la prima, correspondiente al periodo no cubierto.
- j. Las lesiones o la muerte producidas intencionalmente por del asegurado o por los beneficiarios del seguro.
- k. El suicidio o su tentativa.
- l. Las hernias, várices o eventraciones y oclusiones intestinales.

5. REVOCACIÓN DEL CONTRATO

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

En tal caso, el tomador será responsable de pagar de todas primas causadas hasta la fecha de revocación. El amparo individual de la sección uno quedará revocado en la fecha del recibo de tal comunicación por "LA COMPAÑÍA" o en la fecha especificada por el asegurado para tal terminación si es posterior a la fecha de recibo de la comunicación, y el tomador será responsable de pagar a "LA COMPAÑÍA" todas las primas adeudadas en esa fecha.

6. RENOVACIÓN

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

7. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

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

8. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

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

- a.** Será beneficiario a título gratuito aquel cuya designación tiene por causa la mera liberalidad del asegurado. En los demás casos, el beneficiario será a título oneroso. El beneficiario a título oneroso deberá ser designado en forma expresa en el presente contrato.
- b.** El beneficiario a título gratuito carecerá, en vida del asegurado, de un derecho propio en el seguro contratado a su favor. Lo tendrá el beneficiario a título oneroso, pero no podrá ejercerlo sin el consentimiento escrito del asegurado. Con la muerte del asegurado nacerá, o se consolidará, según el caso, el derecho del beneficiario.
- c.** Cuando el beneficiario sea título gratuito, el asegurado lo podrá cambiar en cualquier momento, pero tal cambio sólo surtirá efecto a partir de la fecha de recibo de la notificación escrita a “LA COMPAÑÍA”.
- d.** Cuando no se designe beneficiario, o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, tendrán la calidad de tales el cónyuge del asegurado, en la mitad del seguro, y los herederos de éste en la otra mitad. Igual regla se aplicará en el evento de que se designe genéricamente como beneficiarios a los herederos del asegurado.
- e.** Cuando el asegurado y el beneficiario mueren simultáneamente o se ignora cuál de los dos ha muerto primero, tendrán derecho al seguro el cónyuge y los herederos del asegurado, en las proporciones indicadas en el literal anterior, si el título de beneficiario es gratuito; si es oneroso, tendrán derecho los herederos del beneficiario.

9. EXÁMENES MÉDICOS

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

10. SEGUROS COEXISTENTES

Cuando el Asegurado estuviere amparado por otros seguros que cubra “Gastos Médicos”, deberá declararlo en la solicitud de este seguro y al presentar reclamación queda LA COMPAÑÍA facultada legalmente para repetir proporcionalmente con las otras aseguradoras la indemnización hasta la cuantía real de la pérdida, sin exceder de la suma asegurada. Jurídico.

11. AVISO DE SINIESTRO Y RECLAMACIÓN

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

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

12. PAGO DE LA PRIMA

De conformidad con el artículo 1066 del Código de Comercio, el tomador del seguro está obligado al pago de la prima. Salvo disposición legal o contractual en contrario, deberá hacerlo a más tardar dentro del mes siguiente a la fecha de entrega de la póliza o, si fuere el caso de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella.

13. TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL

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

- a. En el aniversario más próximo a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 70 años.
- b. Por el pago de la suma asegurada por muerte accidental amparada por este seguro.
- c. Por el pago del 100% del Valor del amparo contratado, en los eventos previstos en los literales a),b),c),d) y e) de la Condición 1.1.2. de la Sección Segunda de la Cláusula Primera del presente contrato.

d. Por solicitud escrita del Asegurado En este evento, LA COMPAÑÍA devolverá las primas pagadas y no devengadas calculadas a la tarifa a corto plazo.

e. Por decisión de LA COMPAÑÍA, mediante aviso escrito con anticipación no menor de diez (10) días contados a partir de la fecha del envío de la comunicación. La terminación del presente seguro no perjudicará las reclamaciones originadas con anterioridad a dicha terminación.

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

f. Cuando el Asegurado deje de pertenecer al grupo asegurado.

g. En el momento de la disolución del grupo asegurado. Se entenderá disuelto, cuando el grupo quede integrado por un número inferior a 5 asegurados durante la vigencia de la póliza.

14. VALOR ASEGURADO

La Compañía pagará al asegurado o a los beneficiarios designados en el certificado de seguro, según el caso, el capital contratado vigente al momento del fallecimiento del asegurado o de la calificación de la incapacidad total y permanente.

El valor asegurado alcanzado se incrementará automáticamente en el aniversario de cada certificado individual de seguro, aplicando el Índice de Precios al Consumidor (IPC) reconocido por el Gobierno Nacional acumulado al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior.

15. 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.

16. RENOVACIÓN

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

17. DOMICILIO

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

ANEXO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN DEBIDO A ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD.

1. AMPARO BÁSICO

Si como consecuencia de un accidente y/o enfermedad no excluidos por el presente anexo y cuya ocurrencia se presente durante la vigencia, siempre y cuando el asegurado no haya alcanzado la edad de 65 años, éste resultare internado de modo necesario y continuo en un centro hospitalario por más de veinticuatro (24) horas por recomendación de un médico en ejercicio, o que hubiese sido enviado por el centro hospitalario a su residencia bajo la modalidad de hospitalización domiciliaria por más de veinticuatro (24) horas, la compañía pagará al asegurador el valor de la renta diaria contratada, por cada día que permanezca hospitalizado, ya sea en el centro hospitalario o en su domicilio, bajo supervisión médica, pero sin que dichos pagos exceden de un periodo máximo de ciento veinte (120) días, como resultado del mismo accidente y/o enfermedad.

Este amparo otorga cobertura a la mujer embarazada al momento del parto (normal o por cesárea), con máximo tres (3) días de estancia hospitalaria, siempre y cuando dicho embarazo haya iniciado por lo menos con treinta (30) días después del ingreso a este anexo.

El presente anexo se encuentra sujeto a las siguientes edades de ingreso y de permanencia:

- Edad de ingreso y de permanencia en la póliza de acuerdo con lo estipulado en la tabla de primas.
- Edad de permanencia e ingreso máxima: hasta sesenta y cinco (65) años

2. EXTENSIONES DE COBERTURA

2.1 Doble pago por unidad de cuidados intensivos.

Si como consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por este anexo, la persona asegurada requiere ser internada en una unidad de cuidados intensivos, la compañía reconocerá el doble pago de la renta diaria acordada para este anexo hasta por un periodo máximo de 60 días.

2.2. Incapacidad domiciliaria.

La cobertura otorgada por este anexo se extiende a indemnizar la renta diaria contratada cuando el asegurado tenga una incapacidad médica domiciliaria certificada por el médico tratante, por un periodo de indemnización igual a cuatro (4) días, siempre y cuando el asegurado principal haya permanecido hospitalizado por lo menos cuatro (4) noches consecutivas.

Si se trata de un miembro del grupo familiar que se encuentre registrado en la póliza, esta indemnización será equivalente a dos (2) días comunes.

Esta renta adicional se reconocerá hasta por dos (2) eventos por vigencia.

Esta extensión de cobertura se encuentra condicionada al hecho de que el asegurado aporte la incapacidad médica emitida por el médico tratante.

2.3 Periodos sucesivos de hospitalización.

Los periodos sucesivos de hospitalización debido a las mismas causas relacionadas entre sí, se consideran como resultantes del mismo accidente o de la misma enfermedad, caso en el cual se indemnizará como máximo las primeras dos (2) hospitalizaciones, hasta por el tiempo fijado por el médico tratante, sin exceder en conjunto de ciento veinte (120) días. Pasados seis (6) meses sin internamiento alguno después de haber terminado un periodo de hospitalización los periodos subsiguientes se consideran como un nuevo reclamo.

3. EXCLUSIONES

La COMPAÑÍA no efectuará pago alguno bajo el presente anexo, cuando la hospitalización del asegurado, sean estas anteriores a la contratación del seguro, o tengan su causa, consistan en, o sean consecuencia, directa o indirecta, total o parcial, de:

3.1 Aborto

3.2 Exámenes físicos de rutina o cualquier caso cuando haya indicios objetivos de deterioro en el estado de salud normal exámenes de laboratorio o rayos x, excepto en el curso de una dolencia comprobada mediante la participación de un médico y que esté cubierta por el presente anexo.

3.3 Lesiones intencionalmente infringidas a sí mismo por el asegurado, o intento de suicidio, sea éste voluntario o involuntario, consciente o inconsciente, o cualquier acto relacionado con tales sucesos.

3.4 Cirugía plástica o cosmética, excepto la que fuere motivada por el resultado de un accidente cubierto.

3.5 Anomalías congénitas y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, o se relacionen con ellas.

3.6 Cualquier desorden mental, nervioso o curas de reposo.

3.7 Lesiones o enfermedades causadas por actos de guerra, invasiones, hostilidades, haya o no declaración de guerra; ni mientras el asegurado cumpla el servicio militar en cualquier rama de las fuerzas armadas nacionales o extranjeras, ya sea en tiempo de paz o de guerra.

3.8 Lesiones o enfermedades causadas por conspiración civil, huelga, insurrección, motín, prisión, sabotaje o usurpación del poder cuando el asegurado haya participado directa o indirectamente en tales hechos.

3.9 Tratamientos odontológicos.

3.10 Hospitalizaciones cuando el asegurado no se encuentra bajo la atención y cuidado de un médico autorizado para el ejercicio de su profesión.

3.11 Todo cuidado ambulatorio provisto en el consultorio de un médico, clínica u hospital.

4. DEFINICIONES

Para efectos de este anexo se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

a. Clínica u hospital:

Establecimiento que funciona y está autorizado por la autoridad competente y legalmente para el cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas, como pacientes del mismo, con medios organizados para diagnóstico y cirugía mayor, con servicios médicos prestados por profesionales MÉDICOS, legalmente calificados en Medicina, y por enfermeras u enfermeros graduados.

La palabra “MÉDICO” significa una persona con título universitario vigente, capacitado para ejercer la Medicina, y que no tenga la calidad de Asegurado ni miembro familiar inmediato hasta tercer grado de consanguinidad del Asegurado.

b. Centro de cirugía

Es una institución que reúna los siguientes requisitos:

1. Tenga personal médico que incluya: médicos, enfermeras y anestelistas, debidamente licenciados en su país de residencia o donde esté ejerciendo su profesión;
2. Deberá tener como mínimo dos salas de cirugía y una sala de recuperación.
3. Que cuente con laboratorios de diagnóstico y salas de radiología.
4. Esté debidamente equipado para asistencia de emergencias.
5. Mantenga archivos médicos o historias clínicas.
6. Que posea registros y licencia de acuerdo a las normas vigentes y regulatorias del País.

c. Cirugía:

Procedimiento médico quirúrgico realizado en una sala de operaciones de un hospital o clínica.

d. Día de hospitalización:

Para efectos del presente anexo se entiende como día de hospitalización la estancia hospitalaria que incluye la noche.

Edades limites y documentos en caso de reclamación

Edades de cobertura:

- Edad de ingreso y de permanencia en la póliza de acuerdo con lo estipulado en la tabla de primas.
- Edad de permanencia para anexo: hasta sesenta y cinco (65) años excepto exequias.

Documentos en caso de reclamación

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

Renta diaria por hospitalización

- Carta de reclamación.
- Certificación de la clínica u hospital sobre la causa y tiempo de hospitalización (día a día); en caso de U.C.I., historia clínica con evaluación
- Original o copia de la solicitud/certificado. Para este caso debe ser copia del certificado de seguro.
- Fotocopia Cédula de Ciudadanía del Asegurado Principal.
- Documentos de Identidad del Asegurado Afectado.

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 declaración.