

PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES AÑOS DORADOS CONDICIONES GENERALES

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA QUE EN EL PRESENTE CONTRATO SE LLAMARÁ LA ASEGURADORA, CON SUJECIÓN A LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y LÍMITES DE SUMA ASEGURADA INDICADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN SUS ANEXOS, CUBRE LOS RIESGOS QUE SE PRESENTEN NO EXCLUIDOS DURANTE EL TIEMPO DE COBERTURA.

CLÁUSULA PRIMERA. COBERTURAS

1. AMPARO BÁSICO MUERTE ACCIDENTAL

AMPARA CONTRA EL RIESGO DE MUERTE ACCIDENTAL QUE SUFRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO ESTE OCURRA DENTRO DE LOS 365 DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DEL ACCIDENTE.

1.1. DEFINICIÓN DE ACCIDENTE

PARA LOS EFECTOS DE ESTA PÓLIZA SE ENTENDERÁ POR ACCIDENTE EL SUCESO IMPREVISTO, REPENTINO, VIOLENTO DE ORIGEN EXTERNO QUE, EN FORMA DIRECTA Y EXCLUSIVA, PRODUZCA LA MUERTE, LESIONES CORPORALES O ALTERACIONES FUNCIONALES PERMANENTES O PASAJERAS MÉDICAMENTE COMPROBADAS QUE NO HAYAN SIDO PROVOCADAS DELIBERADAMENTE POR EL ASEGURADO.

FORMAN PARTE DE ESTE CONTRATO, LAS CLÁUSULAS, ANEXOS ADICIONALES, Y CUALQUIER OTRO DOCUMENTO ESCRITO Y ACEPTADO, QUE GUARDE RELACIÓN CON EL PRESENTE SEGURO.

1.2. EXCLUSIONES DE MUERTE ACCIDENTAL

- a. TODAS LAS ENFERMEDADES CONGÉNITAS O ADQUIRIDAS, Y/O LAS VIRALES ADQUIRIDAS ANTES O DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, ASÍ COMO LAS SECUELAS O LAS CONSECUENCIAS DIRECTAS O INDIRECTAS DE ESTAS ENFERMEDADES CONGENITAS Y/O VIRALES EN CASO DE ACCIDENTE, LAS LESIONES O LOS DEFECTOS FÍSICOS ORIGINADOS U OCURRIDOS ANTES DE LA VIGENCIA, CON O SIN CONOCIMIENTO DEL ASEGURADO.
- b. SUICIDIO O INTENTO DEL MISMO, SEA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE DEMENCIA Y/O ENAJENACIÓN.
- c. CUANDO EL ACCIDENTE SE ORIGINE O SE CAUSE POR ENCONTRARSE EL ASEGURADO, BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, DE DROGAS O SUSTANCIAS TÓXICAS, HEROICAS Y/O ALUCINÓGENAS O DE FÁRMACOS NO PRESCRITOS MÉDICAMENTE.
- d. LESIONES CAUSADAS VOLUNTARIAMENTE A SI MISMO POR EL ASEGURADO.
- e. MUERTE O LESIONES CAUSADAS AL ASEGURADO INTENCIONALMENTE POR TERCERAS PERSONAS.
- f. MUERTE O LESIONES CORPORALES CAUSADAS POR OTRA PERSONA CON ARMA DE FUEGO (SALVO EN LOS CASOS QUE SE DECLARE POR LA AUTORIDAD COMPETENTE COMO VÍCTIMA DE BALA PÉRDIDA), CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE.
- g. LA MUERTE PROVOCADA AL ASEGURADO; POR LA PARTICIPACIÓN DE PELEAS, RIÑAS Y ACTIVIDADES ILÍCITAS O CONTRAVENCIONALES CAUSADA POR CUALQUIER INFRACCIÓN A LAS LEYES, NORMAS LEGALES O DECRETOS.
- h. HOMICIDIO, SECUESTRO SIMPLE O EXTORSIVO DEL ASEGURADO O HURTO CALIFICADO, Y SUS TENTATIVAS.
- i. TRATAMIENTOS MÉDICOS Y/O QUIRÚRGICOS, QUE NO SEAN NECESARIOS PARA EL MANEJO DE ENFERMEDADES FÍSICAS Y PSÍQUICAS CUBIERTAS POR LA PÓLIZA.

- j. INFECCIONES PIÓGENAS QUE SOBREVENGAN LUEGO DEL ACAECIMIENTO DE UNA HERIDA NO ACCIDENTAL, SEAN ESTAS LOCALIZADAS, GENERALIZADA EN EL ÁREA DE OCURRENCIA O SISTÉMICAS EN CASOS GRAVES.
- k. DEFECTOS FÍSICOS O MENTALES Y LAS ENFERMEDADES RECURRENTE DE LAS CUALES EL ASEGURADO FUERA CONSCIENTE EN LA FECHA EN QUE FUE SOLICITADA LA PÓLIZA Y QUE NO HAYAN SIDO DECLARADAS POR EL ASEGURADO Y ACEPTADAS EXPRESAMENTE POR LA ASEGURADORA.
- l. LAS LESIONES SUFRIDAS COMO CONSECUENCIA DE LA PRÁCTICA DE DEPORTES DE ALTO RIESGO O PARTICIPACIÓN EN COMPETENCIAS DE BOXEO, BUCEO, MOTOCICLISMO, PARACAIDISMO, PESCA (ALTAMAR), PILOTAJE, ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA AVIACIÓN, CON LA TAUROMAQUIA Y CON PRUEBAS DE RESISTENCIA Y/O DE VELOCIDAD. ALPINISMO, BUNGEE JUMPING, CICLOMONTAÑISMO, TORRENTISMO, VUELO EN PLANEADORES, CUALQUIER MODALIDAD DE ESQUI; CUALQUIERA DE ESTAS A NIVEL PROFESIONAL.
- m. GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES Y OPERACIONES DE GUERRA (HAYA SIDO DECLARADA O NO), GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, ASONADA, TERRORISMO, SUBVERSIÓN, O ACTOS DELICTIVOS EN QUE EL ASEGURADO PARTICIPE DIRECTAMENTE.
- n. LOS ACCIDENTES OCASIONADOS POR ATAQUES CARDIACOS O EPILÉPTICOS, SINCOPE, RUPTURA DE ANEURISMAS Y LOS QUE SE PRODUZCAN MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE DROGAS TÓXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS, CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO REQUERIDA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
- o. EMBARAZO, ABORTO, ALUMBRAMIENTO Y LAS LESIONES O LA MUERTE QUE SOBREVENGAN COMO CONSECUENCIA DE ESTAS CAUSAS.
- p. VIAJAR COMO PASAJERO EN CUALQUIER AERONAVE NO AUTORIZADA OFICIALMENTE PARA OPERAR, O CUANDO EL PILOTO O SU TRIPULACIÓN CAREZCAN DE LA LICENCIA RESPECTIVA, O CUANDO UNO U OTRO REALICEN VUELOS ILÍCITOS.
- q. LA ENERGÍA ATÓMICA Y/O NUCLEAR, INSOLACIONES O CONGELACIONES, INDEPENDIEMENTE DE CÓMO SE HUBIEREN ORIGINADO.
- r. EL ASEGURADO SE ENCUENTRE SIRVIENDO EN LABORES MILITARES DE LAS FUERZAS ARMADAS O DE POLICÍA DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD NACIONAL O INTERNACIONAL.
- s. ACCIDENTES DE TRABAJO.

2. AMPAROS ADICIONALES

A SOLICITUD DEL TOMADOR ESTA PÓLIZA INCLUYE, LOS SIGUIENTES AMPAROS ADICIONALES, CUANDO ASÍ SE INDIQUE EN EL CUADRO DE AMPAROS OTORGADOS EN LA CARÁTULA, DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ESTIPULADAS PARA CADA AMPARO.

2.1. FRACTURAS ÓSEAS POR ACCIDENTE

LA ASEGURADORA REEMBOLSARÁ AL ASEGURADO(A), HASTA EL MONTO INDICADO EN EL CERTIFICADO DE SEGURO, PREVIA COMPROBACIÓN MÉDICA DEBIDAMENTE EXPEDIDA, SI SE VIERA PRECISADO A SOMETERSE A TRATAMIENTO MÉDICO, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS A LUGAR, A HOSPITALIZARSE Y SI REQUIRIERA SERVICIOS DE FISIOTERAPIA, MEDICAMENTOS, IMÁGENES DIAGNÓSTICAS Y/O ESTUDIOS DE LABORATORIO, CON LA PRESENTACIÓN DE FACTURAS DEBIDAMENTE CANCELADAS DE ACUERDO A LAS NORMAS DIAN. ELLO, DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, Y COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR LA MISMA, CAUSÁNDOSE EN UN SOLO EVENTO, LA FRACTURA DE UNO O MÁS HUESOS, SIEMPRE QUE DICHA RECLAMACIÓN SE MANIFIESTE DENTRO DE LOS 90 DÍAS SUBSIGUIENTES A LA FECHA DEL ACCIDENTE.

LA SUMA ASEGURADA SERÁ LA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA POR LO QUE UNA VEZ INDEMNIZADA SE TERMINARÁ LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA RESPECTO AL PRESENTE AMPARO.

LA PRESENTE COBERTURA SE PODRÁ UTILIZAR PARA EL TRATAMIENTO INTEGRAL, EN CASO QUE A RAÍZ DE UN ACCIDENTE, EL ASEGURADO SUFRA UNA FRACTURA DE UNO DE LOS SIGUIENTES HUESOS:

- ✓ CRÁNEO (NO INCLUYEN LOS HUESOS FACIALES).
- ✓ CUELLO Y TRONCO.
- ✓ HÚMERO, CÚBITO Y RADIO
* (SE CUBREN FRACTURAS DE CARPO).
- ✓ FRACTURAS DE CUELLO, DIÁFISIS Y CÓNDILOS FEMORALES Y CADERA.
- ✓ FRACTURA DE TIBIA Y PERONÉ DISTALES
** (SE CUBRE FRACTURA DE RÓTULA Y TARSO)

NOTA: *EXCEPTO META CARPO / EXCEPTO METATARSO

LA COBERTURA AMPARARÁ O CUBRIRÁ HASTA UN EVENTO POR AÑO PÓLIZA DE CADA ASEGURADO, SIEMPRE Y CUANDO EL EVENTO SE ENCUENTRE DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA MISMA Y SE ENCUENTRE AL DÍA EL PAGO DE LA PRIMA AL MOMENTO DE OCURRIR EL ACCIDENTE.

PARÁGRAFO: SE ENTIENDE POR FRACTURA DE HUESOS, LA DISCONTINUIDAD DE ELLOS, A CONSECUENCIA DE GOLPES, Y/O FUERZAS O INTENSIDADES QUE SUPEREN SU ELASTICIDAD. EN TODO CASO, EL ACCIDENTE QUE GENERE LA FRACTURA DE HUESOS, NO DEBE HABER SIDO PROVOCADO POR EL ASEGURADO Y DEBE HABER SIDO OCASIONADA POR UN HECHO SÚBITO EXTERNO CONFORME A LA DEFINICIÓN DE ACCIDENTE (INDICADA EN LA CLÁUSULA 1 AMPARO BÁSICO DE MUERTE ACCIDENTAL).

2.2. EXCLUSIONES POR FRACTURAS ÓSEAS POR ACCIDENTE

- a. TODAS LAS FRACTURAS PATOLÓGICAS DEBIDAS U OCASIONADAS POR LA OSTEOPOROSIS.
- b. FRACTURAS PATOLÓGICAS, QUE SE PRESENTAN EN PERSONAS SANAS CON ALGUNA.
- c. ENFERMEDAD DE BASE QUE CAUSA DEBILITAMIENTO DE LA ESTRUCTURA ÓSEA.
- d. FRACTURAS PROVOCADAS POR FUERZAS REPETITIVAS, OCASIONADAS POR ACTIVIDADES O DEPORTES TALES COMO CORRER, TENIS U OTRO TIPO DE ACTIVIDAD SIMILAR.
- e. CUALQUIER TIPO DE FRACTURA PATOLÓGICA, CAUSADA POR ENFERMEDADES DE BASE, EN LA QUE SE GENERE PÉRDIDA DE LA DENSIDAD ÓSEA Y QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN TRAUMA O UN ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PÓLIZA.
- f. NO SE CUBRIRÁN LAS RUPTURAS DE LIGAMENTOS, MENISCOS, CÁPSULAS ARTICULARES, TENDONES Y EN GENERAL TODO TEJIDO BLANDO QUE NO SE RELACIONE DE MANERA DIRECTA CON LA FRACTURA ÓSEA.
- g. NO SE DARÁ COBERTURA A PREEXISTENCIAS (FRACTURAS ATENDIDAS ANTES DEL INGRESO A LA PÓLIZA).

NOTA: TODO PAGO PARCIAL EFECTUADO POR LA COMPAÑÍA BAJO LA PRESENTE COBERTURA, SERÁ CONSIDERADO COMO UN ADELANTO DE LA SUMA DEFINITIVA A INDEMNIZAR RESPECTO DEL ACCIDENTE QUE ORIGINÓ DICHO PAGO.

2.3 RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

LA ASEGURADORA, INDEMNIZARÁ EL VALOR INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, POR CADA DÍA QUE LA PERSONA ASEGURADA SE ENCUENTRE RECLUIDA EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA O CLÍNICA, BAJO EL CUIDADO DE UN MÉDICO LEGALMENTE RECONOCIDO POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES PARA EL DESEMPEÑO DE SU PROFESIÓN.

EL PRESENTE AMPARO INCLUYE LA HOSPITALIZACIÓN EN CASA O DOMICILIARIA, CUANDO SEA PRESCRITA POR EL MÉDICO TRATANTE.

LA INDEMNIZACIÓN SE OTORGARÁ DESDE EL SEGUNDO (2) DÍA DE HOSPITALIZACIÓN, CON UN MÁXIMO DE QUINCE (15) DÍAS POR EVENTO Y DOS (2) EVENTOS DURANTE LA VIGENCIA ANUAL DE LA PÓLIZA (ENTENDIÉNDOSE POR EVENTO LAS HOSPITALIZACIONES COMO CONSECUENCIA DE UNA MISMA LESIÓN) Y SE EXTIENDE A AMPARAR AL ASEGURADO EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

2.3.1 HOSPITALIZACIÓN

DETERMINADA POR EL INGRESO DEL ASEGURADO COMO PACIENTE INTERNO EN UN CENTRO HOSPITALARIO AUTORIZADO, MÍNIMO POR VEINTICUATRO (24) HORAS, PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, BAJO EL CUIDADO Y SUPERVISIÓN DE UN MÉDICO LEGALMENTE RECONOCIDO POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES PARA EL DESEMPEÑO DE SU PROFESIÓN.

BAJO ESTE AMPARO LA ASEGURADORA PAGARÁ UNA SUMA DIARIA POR CADA DÍA DE HOSPITALIZACIÓN, A PARTIR DEL SEGUNDO DÍA DE LA MISMA, ES DECIR, EL PRIMER DÍA NO TIENE COBERTURA.

2.3.2 UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

BAJO ESTA COBERTURA, LA ASEGURADORA RECONOCERÁ COMO BENEFICIO DIARIO, EL EQUIVALENTE A DOS (2) VECES LA SUMA PACTADA EN LA COBERTURA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN, DURANTE LA PERMANENCIA DEL ASEGURADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SIN EXCEDER DE QUINCE (15) DÍAS CONTINUOS, COMO RESULTADO DE UN MISMO ACCIDENTE.

ESTOS AMPAROS TIENEN UN PERIODO DE NO COBERTURA DE UN (1) DÍA, POR LO CUAL LA ASEGURADORA PAGARÁ UNA SUMA DIARIA POR CADA DÍA DE HOSPITALIZACIÓN O DE UCI, A PARTIR DEL SEGUNDO (2DO) DÍA.

2.4 EXCLUSIONES DE RENTA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

- a. SE EXCLUYE LA INFECCIÓN POR V.I.H.
- b. TODA HOSPITALIZACIÓN QUE NO SEA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE DE ACUERDO A LA DEFINICIÓN DE ACCIDENTE INDICADA EN LAS PRESENTES CONDICIONES.
- c. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS COMO CONSECUENCIA DE PADECIMIENTOS PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO EN LA PÓLIZA.
- d. HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO EN UN CENTRO HOSPITALARIO QUE NO CUMPLA CON LOS REQUISITOS PARA TAL FIN O QUE EL ASEGURADO NO SE ENCUENTRE BAJO LA ATENCIÓN Y CUIDADO DE UN MÉDICO AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN.
- e. HOSPITALIZACIONES DEL ASEGURADO EN INSTITUCIONES MENTALES PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS, LOS LUGARES DE REPOSO, CONVALECENCIA O DESCANSO PARA ANCIANOS, CENTROS DE TRATAMIENTO PARA DROGADICTOS O ALCOHÓLICOS, CENTROS DE CUIDADO INTERMEDIO O LUGARES DONDE SE PROPORCIONAN TRATAMIENTOS NATURISTAS O DE ESTÉTICA.
- f. TODO CUIDADO AMBULATORIO PROVISTO EN EL CONSULTORIO DE UN MÉDICO.
- g. HOSPITALIZACIONES PARA PRÁCTICA DE EXÁMENES DE RUTINA, EXÁMENES DE LABORATORIO, RADIOGRAFÍAS, FISIOTERAPIA, TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS, DE DIAGNÓSTICO Y CONSULTAS MÉDICAS.
- h. HOSPITALIZACIONES RELACIONADAS CON TENTATIVAS DE SUICIDIO, BIEN SEA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE DEMENCIA; ASÍ COMO LAS LESIONES AUTOINFLIGIDAS O CUALQUIER INTENTO DE ELLO.
- i. HOSPITALIZACIONES PARA CIRUGÍAS QUE SEAN CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS.

- j. HOSPITALIZACIÓN QUE SEAN CONSECUENCIA DE LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN PELEAS O RIÑAS; SALVO EN LOS CASOS QUE SE TRATE DE LEGÍTIMA DEFENSA.
- k. HOSPITALIZACIONES POR LOS ACCIDENTES OCURRIDOS MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE SIENDO TRANSPORTADO EN AERONAVES PRIVADAS Y NO COMERCIALES (INCLUIDOS LOS HELICÓPTEROS).
- l. LA HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO QUE COMIENZE EN LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO ADICIONAL Y QUE SE DEBA A LA MISMA CAUSA O CAUSAS RELACIONADAS CON UNA HOSPITALIZACIÓN ANTERIOR Y POR LA CUAL SE HAYA PAGADO INDEMNIZACIÓN DIARIA BAJO EL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE, SIN QUE EXISTA UN PERIODO ENTRE ELLAS DE POR LO MENOS DOCE (12) MESES, SERÁ CONSIDERADA UNA CONTINUACIÓN DE DICHA HOSPITALIZACIÓN ANTERIOR PARA EFECTOS DE DETERMINAR EL PERIODO DE INDEMNIZACIÓN ESTIPULADO Y EL MÁXIMO BENEFICIO PAGADERO BAJO ESTA COBERTURA.
- m. POR EL CONTRARIO, HOSPITALIZACIONES SEPARADAS POR UN PERIODO IGUAL O SUPERIOR A DOCE (12) MESES Y HOSPITALIZACIONES QUE NO TENGAN UNA MISMA CAUSA O CAUSAS RELACIONADAS, NO SERÁN CONSIDERADAS COMO OCURRIDAS DURANTE EL MISMO PERIODO DE INDEMNIZACIÓN ESTIPULADO Y EL MÁXIMO BENEFICIO PAGADERO BAJO EL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE.

NOTA: TODO PAGO PARCIAL EFECTUADO POR LA COMPAÑÍA BAJO LA PRESENTE COBERTURA, SERÁ CONSIDERADO COMO UN ADELANTO DE LA SUMA DEFINITIVA A INDEMNIZAR RESPECTO DEL ACCIDENTE QUE ORIGINÓ DICHO PAGO.

2.5 AUXILIO POR ABANDONO

SI EL ASEGURADO, MAYOR DE 40 AÑOS, PRESENTARA MALTRATO INTRAFAMILIAR POR ABANDONO, DE ACUERDO A LO ESTIPULADO POR LA LEY 1850 DEL 19 DE JULIO DE 2017, TENDRÁ DERECHO A LA RECLAMACIÓN POR ESTE AUXILIO, EL ASEGURADO DEBERÁ APORTAR PARA PROBAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO DOCUMENTO EN EL CUAL SE DECLARE EL MALTRATO FAMILIAR POR AUTORIDAD COMPETENTE, COMO, POR EJEMPLO: SENTENCIA DE AUTORIDAD JUDICIAL COMPETENTE O DENUNCIO ANTE LA FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN.

LA SUMA OTORGADA SERÁ LA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA PAGADERA POR UNA ÚNICA VEZ Y EN UN SOLO INSTALAMIENTO.

2.6. EXCLUSIONES DE AUXILIO POR ABANDONO

EL AMPARO DE AUXILIO POR ABANDONO SE OTORGA SIN EXCLUSIONES, NO OBSTANTE, EN TODOS LOS CASOS SE APLICARÁN LOS TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 1058 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

2.7. AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL

SI DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO Y COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE EL ASEGURADO LLEGARE A FALLECER DENTRO DE LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE SU OCURRENCIA, LA ASEGURADORA, CON SUJECCIÓN A LA SUMA CONTRATADA, REEMBOLSARÁ EL VALOR DE LOS GASTOS INCURRIDOS SIN EXCEDER DEL LÍMITE CONTRATADO.

2.8. EXCLUSIONES POR AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL

PARA EL AMPARO DE AUXILIO FUNERARIO APLICARÁN LAS MISMAS EXCLUSIONES QUE PARA AMPARO BÁSICO MUERTE ACCIDENTAL, NO OBSTANTE, EN TODOS LOS CASOS SE APLICARÁN LOS TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 1058 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

Cláusula Segunda. Definiciones

Tomador: Es la persona jurídica o personas naturales que contrata un seguro por cuenta de terceros para asegurar un número determinado de personas. el tomador, es el responsable del pago de la totalidad de las primas causadas a través de la vigencia de las póliza.

Grupo Asegurado: Conjunto de personas que se asegura desde la fecha en que cumplen con los requisitos de elegibilidad, por las sumas y en los términos especificados en esta póliza.

Asegurado: Es cada una de las personas del grupo asegurado, que forman parte de un grupo o aquellas que tomen el seguro de forma individual.

Orfandad: La falta o carencia de ayuda o valimiento en que un adulto se encuentra por abandono.

Fractura de Hueso: Se entiende por la discontinuidad en los huesos a consecuencia de golpes, fuerzas o intensidades accidentales que superen la elasticidad del hueso.

CLAUSULA TERCERA. ACCIDENTES Y RECLAMACIONES

TODO ACCIDENTE QUE DÉ O PUEDA DAR LUGAR A RECLAMACIÓN BAJO LA PRESENTE PÓLIZA, DEBERÁ SER NOTIFICADO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA EN UN PLAZO MÁXIMO DE TRES (3) DÍAS EN CASO DE MUERTE DEL ASEGURADO, O DE QUINCE (15) DÍAS EN LOS DEMÁS CASOS.

HASTA DONDE LAS CIRCUNSTANCIAS LO PERMITAN, EL ASEGURADO DEBERÁ HACERSE ATENDER EN FORMA INMEDIATA POR UN MÉDICO DEBIDAMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN Y SUMINISTRAR A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA POR ESCRITO, DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO POSTERIORES AL ACCIDENTE, UN INFORME DETALLADO SOBRE LAS CAUSAS Y CIRCUNSTANCIAS DEL ACCIDENTE Y LAS LESIONES SUFRIDAS, ACOMPAÑADO DEL INFORME MÉDICO RESPECTIVO.

SIEMPRE QUE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LO REQUIERA, EL ASEGURADO DEBERÁ SOMETERSE AL EXAMEN DEL MÉDICO QUE ELLA DESIGNE Y SUMINISTRAR, DENTRO DE LOS QUINCE DÍAS SIGUIENTES A CADA PETICIÓN, CUANTOS INFORMES, PRUEBAS, DECLARACIONES O CERTIFICACIONES SEAN NECESARIAS PARA EL ADECUADO ESTABLECIMIENTO Y COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO, ASÍ COMO LA NATURALEZA Y LA GRAVEDAD DE LAS LESIONES.

EN CASO DE MUERTE DEL ASEGURADO, LOS BENEFICIARIOS O HEREDEROS DEBERÁN ENTREGAR A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ADEMÁS DE LOS DOCUMENTOS DE QUE TRATA EL PÁRRAFO ANTERIOR, LOS CERTIFICADOS Y COMPROBANTES NECESARIOS PARA DETERMINAR LA CAUSA DE LA MUERTE Y LA IDENTIDAD DEL FALLECIDO.

ASÍ MISMO, CUANDO HUBIERE DE PRACTICARSE EXAMEN DEL CADÁVER, DEBERÁ DARSE AVISO OPORTUNO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA A FIN DE QUE ÉSTA PUEDA HACERSE PRESENTE EN TAL DILIGENCIA.

EL ASEGURADO PODRÁ ACREDITAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO AMPARADO, MEDIANTE LA PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN QUE LE PERMITA DEMOSTRAR LAS CIRCUNSTANCIAS DE TIEMPO, MODO Y LUGAR EN QUE SUSTENTA SU RECLAMACIÓN. LA COMPAÑÍA SE RESERVA LA FACULTAD DE COMPROBAR LA VERACIDAD Y EXACTITUD DE LAS PRUEBAS QUE PARA TAL EFECTO SE APORTEN.

CLAUSULA CUARTA. PAGO DE INDEMNIZACIONES

SIN PERJUICIO DE LO INDICADO EN EL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO SE APORTARÁN LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

4.1. EN CASO DE MUERTE

4.1.1. FORMULARIO PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAVADO DE ACTIVOS LA 06 DILIGENCIADO POR EL BENEFICIARIO.

4.1.2. FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DEL ASEGURADO.

4.1.3. REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN ORIGINAL O FOTOCOPIA AUTÉNTICA.

4.1.4. INFORME DE FISCALÍA DONDE SE DETALLEN LAS CIRCUNSTANCIAS DE TIEMPO, MODO Y LUGAR DEL FALLECIMIENTO (ACCIDENTAL)

4.1.5. DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN DE CADA UNO DE LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS.

4.2 FRACTURAS ÓSEAS

4.2.1. EN CASO DE SINIESTRO QUE PUEDA DAR LUGAR A RECLAMACIÓN BAJO EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, EL TOMADOR O ASEGURADO SEGÚN EL CASO, DEBERÁ DAR AVISO DEL SINIESTRO A LA COMPAÑÍA, DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE LA HOSPITALIZACIÓN.

PARA QUE LA COMPAÑÍA PROCEDA AL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN POR EL PRESENTE AMPARO, EL ASEGURADO, DEBERÁ ACREDITAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, APORTANDO LOS DOCUMENTOS QUE DEMUESTREN LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN EL PRESENTE AMPARO.

CLAUSULA QUINTA. PAGO DE PRIMAS

CON OCASIÓN AL PAGO DE LA PRIMA, LA COMPAÑÍA CONCEDE SIN RECARGO DE INTERESES, UN PLAZO DE GRACIA DE UN MES. DURANTE DICHO PLAZO SE CONSIDERARÁ EL SEGURO EN VIGOR Y POR CONSIGUIENTE SI OCURRE ALGÚN SINIESTRO, LA COMPAÑÍA TENDRÁ LA OBLIGACIÓN DE PAGAR EL VALOR ASEGURADO DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES Y LAS DEDUCCIONES ACORDADAS.

SI LA CUOTA DE LA PRIMA YA SEA ÚNICA ANUAL O FRACCIONADA MENSUAL NO FUEREN PAGADAS POR LOS ASEGURADOS INDIVIDUALMENTE CONSIDERADOS, ANTES DE VENCERSE EL PLAZO DE GRACIA, SE PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO RESPECTO A DICHO ASEGURADO Y LA COMPAÑÍA QUEDARÁ LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD POR SINIESTROS OCURRIDOS DESPUÉS DE LA EXPIRACIÓN DE DICHO PLAZO.

EN CASO DE RENOVACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, SE CONCEDE UN PLAZO DE GRACIA DE UN (1) MES CONTADO A PARTIR DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA RENOVACIÓN DEL SEGURO, DURANTE EL CUAL SE CONSIDERA EL SEGURO EN VIGOR.

PARÁGRAFO 1:

EN EL TIEMPO QUE NO HAYA COBERTURA EFECTIVA AL RIESGO, NO HABRÁ LUGAR A RECAUDO DE PRIMA, POR TAL RAZÓN LA PRIMA SERÁ PAGADA UNA VEZ FINALICE EL PERIODO DE GRACIA.

POR EFECTO DEL PERÍODO DE GRACIA LA PRIMA CORRESPONDIENTE A LA PRIMERA VIGENCIA COMPRENDE UN PERÍODO DE COBERTURA DE DIEZ (10) MESES. LA PRIMA ANUAL DE LA RENOVACIÓN COMPRENDE UN PERÍODO DE COBERTURA DE DOCE MESES, POR LO CUAL LA PRIMA COMERCIAL ANUAL DE EXPEDICIÓN POR PRIMERA VEZ ES MENOR A LA DE RENOVACIÓN.

CLAUSULA SEXTA. FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS

LAS PRIMAS SON ANUALES, PERO PUEDEN SER PAGADAS EN FRACCIONES MENSUALES ANTICIPADAS. CUANDO EN ESTA PÓLIZA SE PACTE EL PAGO FRACCIONADO DE LA PRIMA, EL NO PAGO DE LAS CUOTAS POSTERIORES A LA PRIMERA DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE VENCIMIENTO, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO.

EL VALOR DE LA PRIMA FRACCIONADA SERÁ CALCULADO POR MEDIO DE UNA ANUALIDAD EQUIVALENTE AL VALOR PRESENTE DEL PAGO ÚNICO DE LA PRIMA, CON UNA TASA DE INTERÉS DEL 4% SUSCEPTIBLE DE SER AJUSTADA.

CLÁUSULA SÉPTIMA. EDADES DE INGRESO

LA EDAD MÍNIMA DE INGRESO A LA PÓLIZA ES DE 40 AÑOS TANTO PARA HOMBRES COMO PARA MUJERES; LA EDAD MÁXIMA DE INGRESO, EN AMBOS CASOS, SERÁ DE 80 AÑOS MÁS 364 DÍAS. LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA ES HASTA LOS 85 AÑOS MÁS 364 DÍAS.

CLÁUSULA OCTAVA. VIGENCIA INDIVIDUAL

"ANUAL. LA VIGENCIA INDIVIDUAL DEL ASEGURADO EMPIEZA EN LA FECHA INDICADA POR EL TOMADOR EN EL PRIMER REPORTE MENSUAL DE DICHO ASEGURADO. EN LOS CASOS QUE LA

VIGENCIA INDIVIDUAL INICIE EN UNA FECHA POSTERIOR AL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA COLECTIVA, LA COBERTURA CORRESPONDERÁ AL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL INICIO DE LA COBERTURA INDIVIDUAL Y EL FIN DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA COLECTIVA"

LA VIGENCIA DE CADA CERTIFICADO INDIVIDUAL NO PODRÁ SER SUPERIOR A LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA COLECTIVA.

CLÁUSULA NOVENA. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

EL SEGURO DE CUALQUIERA DE LAS PERSONAS AMPARADAS POR LA PRESENTE PÓLIZA TERMINARÁ POR LAS SIGUIENTES CAUSAS:

- A.** POR EL NO PAGO DE LA PRIMA POR PARTE DE CADA ASEGURADO INDIVIDUAL UNA VEZ TRANSCURRIDO EL PERIODO DE GRACIA.
- B.** AL VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA COLECTIVA SI ÉSTA NO SE RENUEVA.
- C.** POR CUMPLIR EL ASEGURADO LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA INDICADA EN EL AMPARO.
- D.** CUANDO EL TOMADOR SOLICITE POR ESCRITO LA REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA.
- E.** CUANDO EL ASEGURADO INDIVIDUAL SOLICITE POR ESCRITO LA REVOCACIÓN DE SU SEGURO.
- F.** POR MUERTE DEL ASEGURADO.
- G.** CUANDO SE DÉ POR TERMINADO ENTRE EL TOMADOR Y ASEGURADO EL VÍNCULO QUE DIO ORIGEN A LA COBERTURA, O DEJE DE PERTENECER AL GRUPO ASEGURADO.

CLÁUSULA DÉCIMA. REVOCACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO

EL CONTRATO DE SEGURO PODRÁ SER REVOCADO UNILATERALMENTE POR LOS CONTRATANTES. EN EL CASO DE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, MEDIANTE NOTICIA ESCRITA AL ASEGURADO, ENVIADA A SU ÚLTIMA DIRECCIÓN CONOCIDA, CON NO MENOS DE DIEZ (10) DÍAS DE ANTELACIÓN, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DEL ENVÍO; POR EL TOMADOR, PODRÁ SER REVOCADA LA PÓLIZA EN CUALQUIER MOMENTO, MEDIANTE AVISO ESCRITO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA; POR EL ASEGURADO PODRÁ SER REVOCADA LA PÓLIZA INDIVIDUAL EN CUALQUIER MOMENTO, MEDIANTE AVISO ESCRITO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA.

EN EL PRIMER CASO, LA REVOCACIÓN DA DERECHO AL ASEGURADO A RECUPERAR LA PRIMA NO DEVENGADA, O SEA, LA QUE CORRESPONDE AL LAPSO COMPRENDIDO ENTRE LA FECHA EN QUE COMIENZA A SURTIR EFECTOS LA REVOCACIÓN Y LA DEL VENCIMIENTO DEL CONTRATO. LA DEVOLUCIÓN COMPUTARÁ DE IGUAL MODO, SI LA REVOCACIÓN RESULTA DEL MUTUO ACUERDO ENTRE LAS PARTES.

EN EL SEGUNDO CASO, EL IMPORTE DE LA PRIMA DEVENGADA Y EL DE LA DEVOLUCIÓN SE CALCULARÁN TOMANDO EN CUENTA LA TARIFA DE SEGUROS A CORTO PLAZO.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA. NOTIFICACIONES

CUALQUIER ACLARACIÓN QUE DEBAN SURTIRSE LAS PARTES (ASEGURADORA, TOMADOR Y ASEGURADO) EN RELACIÓN CON EL PRESENTE CONTRATO, DEBERÁ HACERSE POR ESCRITO ENVIANDO LA COMUNICACIÓN A LA ÚLTIMA DIRECCIÓN REGISTRADA POR ELLAS.

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA. DOMICILIO.

SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS CON EL PRESENTE CONTRATO SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS PARTES EL ANOTADO EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA. DISPOSICIONES LEGALES

LA PRESENTE PÓLIZA ES LEY PARA LAS PARTES. EN LAS MATERIAS Y PUNTOS NO PREVISTOS NI RESUELTOS EN ESTE CONTRATO, TENDRÁN APLICACIÓN LAS DISPOSICIONES CONTENIDAS EN EL CLAUSULADO GENERAL ACCIDENTES PLATINUM Y EN LAS LEYES DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.