

PÓLIZA SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

PAN AMERICAN LIFE DE COLOMBIA, COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. que en adelante se denominará **PALIC**, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro presentada por el Tomador y en las solicitudes individuales de los asegurados, las cuales se entienden incorporadas al presente contrato para todos sus efectos y con sujeción a los términos y condiciones de esta póliza y sus anexos, conviene el otorgar la siguiente cobertura:

CONDICIONES GENERALES

PRIMERA – AMPAROS

AMPARO BASICO - MUERTE ACCIDENTAL

PALIC PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS EL VALOR INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, DESPUÉS DE RECIBIDAS Y APROBADAS LAS PRUEBAS EN CUANTO A QUE EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO SE PRODUJO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA LA PÓLIZA, COMO CONSECUENCIA DIRECTA E INMEDIATA DE UN ACCIDENTE.

SE ENTENDERÁ COMO FALLECIMIENTO INMEDIATO AQUEL QUE OCURRA A MÁS TARDAR DENTRO DE LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE.

AMPAROS OPCIONALES

PREVIO EL PAGO DE LA PRIMA ADICIONAL CORRESPONDIENTE Y SIEMPRE Y CUANDO FIGURE COMO CONTRATADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, PALIC CONVIENE EL OTORGAR LAS SIGUIENTES COBERTURAS OPCIONALES:

A - INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

SI COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PÓLIZA Y OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA, EL ASEGURADO SE INVALIDA TOTAL Y PERMANENTEMENTE, PALIC PAGARA LA SUMA ESTABLECIDA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO DICHA INVALIDEZ HAYA EXISTIDO POR UN PERIODO CONTINUO DE CIENTO OCHENTA (180) DIAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE.

B – DESMEMBRACIÓN

SI COMO CONSECUENCIA DIRECTA Y EXCLUSIVA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PÓLIZA, EL ASEGURADO SUFRE CUALQUIERA DE LAS PÉRDIDAS INDICADAS EN LA

TABLA DE INDEMNIZACIONES, PALIC PAGARÁ AL ASEGURADO EL PORCENTAJE ESTIPULADO, SIN EXCEDER EN NINGÚN CASO EL VALOR TOTAL DE LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA PARA ESTE AMPARO, SIEMPRE Y CUANDO DICHAS PÉRDIDAS SE MANIFIESTEN DENTRO DE LOS 180 DÍAS SIGUIENTES AL DE LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE.

C – GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE

PALIC REEMBOLSARÁ AL ASEGURADO, DESPUÉS DE APLICARSE EL DEDUCIBLE PACTADO, LOS GASTOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS EN QUE ÉSTE INCURRA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA POR ASISTENCIA MÉDICA, QUIRÚRGICA, FARMACÉUTICA, HOSPITALARIA U ODONTOLÓGICA; HASTA POR EL MONTO ANUAL INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SIEMPRE QUE TALES GASTOS SEAN PRODUCTO DE ATENCIONES PRESTADAS DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DIAS SIGUIENTES A LA FECHA DEL ACCIDENTE.

D – RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

SI COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PÓLIZA Y OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA, EL ASEGURADO SE INCAPACITA TOTALMENTE DE FORMA TEMPORAL, PALIC PAGARA LA RENTA DIARIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, DESPUÉS DE APLICARSE EL DEDUCIBLE PACTADO, MIENTRAS SUBSISTA LA INCAPACIDAD Y HASTA POR UN PERIODO MÁXIMO DE 180 DIAS, SIEMPRE Y CUANDO DICHA INCAPACIDAD SE MANIFIESTE DENTRO DE LOS 30 DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE.

E – RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR CAUSA ACCIDENTAL

PALIC PAGARA AL ASEGURADO QUE REQUIERA SER INTERNADO EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA POR UN

PERIODO NO MENOR DE VEINTICUATRO (24) HORAS CONSECUTIVAS, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE ACCIDENTE, LA SUMA DIARIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA INDEPENDIEMENTE DEL GASTO REAL EN QUE HAYA INCURRIDO EL ASEGURADO.

EN CASO DE QUE EL ASEGURADO SEA INTERNADO, POR UN PERIODO NO MENOR DE VEINTICUATRO (24) HORAS, DENTRO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) RECIBIRA EL DOBLE DEL VALOR ASEGURADO DIARIO CONTRATADO.

EL PAGO SE PRODUCIRA SIEMPRE Y CUANDO EL NÚMERO DE DIAS DE HOPITALIZACION SEA SUPERIOR A LOS DIAS DE DEDUCIBLE PACTADOS Y HASTA EL MÁXIMO DE DÍAS INDICADOS EN LA CARATULA DE POLIZA.

F - INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE AÉREO

PALIC PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS EL VALOR INDICADO PARA ESTE BENEFICIO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, CUANDO EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO SE PRODUZCA COMO CONSECUENCIA DIRECTA E INMEDIATA DE UN ACCIDENTE AÉREO, MIENTRAS EL ASEGURADO ESTUVIERE VIAJANDO EN CONDICIÓN DE PASAJERO EN CUALQUIER TIPO DE AVION DE PASAJEROS, OPERADO POR EMPRESA AÉREA COMERCIAL LEGALMENTE AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS, EN VUELO REGULAR CON ITINERARIO PREESTABLECIDO, ENTRE AEROPUERTOS DEBIDAMENTE ESTABLECIDOS Y HABILITADOS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE DEL PAIS RESPECTIVO.

G - INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL EN VEHÍCULO DE TRANSPORTE PUBLICO TERRESTRE

PALIC PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS EL VALOR INDICADO PARA ESTE BENEFICIO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, CUANDO EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO SE PRODUZCA COMO CONSECUENCIA DIRECTA E INMEDIATA DE UN ACCIDENTE, MIENTRAS EL ASEGURADO ESTUVIERE VIAJANDO EN CONDICIÓN DE PASAJERO, MEDIANTE PAGO DE PASAJE, EN CUALQUIER TIPO DE VEHICULO DE PASAJEROS, OPERADO POR UNA EMPRESA LEGALMENTE AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS Y CON RUTA FIJA ESTABLECIDA.

H- AUXILIO FUNERARIO

SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE EL SEGURADO FALLECE, PALIC PAGARÁ, HASTA LA SUMA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, A QUIEN DEMUESTRE HABER REALIZADO LOS GASTOS DE EXEQUIAS MEDIANTE DOCUMENTOS ORIGINALES.

EN CASO EN QUE LOS GASTOS DE EXEQUIAS INCURRIDOS SEAN INFERIORES AL VALOR INDICADO, EL EXCEDENTE SE ENTREGARÁ A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS EN LA MISMA PROPORCION QUE PARA EL AMPARO BASICO.

I - COBERTURA AMPLIA DE VUELO

MEDIANTE ESTE BENEFICIO OPCIONAL, PALIC ELIMINA PARCIALMENTE LA EXCLUSIÓN DEL NUMERAL 4 DE LA CLAUSULA SEGUNDA DE LA PRESENTE PÓLIZA, Y POR LO TANTO INDEMNIZARÁ LAS LESIONES QUE SUFRA EL ASEGURADO MIENTRAS VIAJE COMO PASAJERO DE CUALQUIER CLASE DE AERONAVE, YA SEA PROPIA O EN ARRENDAMIENTO, Y SIEMPRE QUE UTILICE PISTAS LEGALMENTE AUTORIZADAS POR LA AERONAUTICA CIVIL COLOMBIANA O ENTIDAD ESTATAL QUE HAGA SUS VECES EN OTROS PAISES.

J - COBERTURA DE HOMICIDIO

MEDIANTE ESTE BENEFICIO OPCIONAL, PALIC ELIMINA PARCIALMENTE LA EXCLUSIÓN DEL NUMERAL 3 DE LA CLAUSULA SEGUNDA DE LA PRESENTE PÓLIZA, Y POR LO TANTO INDEMNIZARÁ LA MUERTE DEL ASEGURADO CAUSADA POR OTRA PERSONA, CON ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE.

SEGUNDA - EXCLUSIONES

PALIC NO PAGARA NINGUN BENEFICIO OTORGADO MEDIANTE LA PRESENTE PÓLIZA, CUANDO SEA A CONSECUENCIA DE:

1. SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO, O LESIONES CAUSADAS A SÍ MISMO YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
2. ACTOS DE GUERRA INTERIOR O EXTERIOR, INVASIÓN, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS (EXISTA O NO DECLARACIÓN DE GUERRA), MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, SEDICIÓN, ASONADA, HUELGA, MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS, ACTOS TERRORISTAS, LEVANTAMIENTO MILITAR, INSURRECCIÓN, REVOLUCIÓN, USURPACIÓN DEL PODER Y LEY MARCIAL.
3. LESIONES O MUERTE CAUSADAS POR OTRA PERSONA, CON ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE.
4. ACCIDENTES DE AVIACIÓN QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO VIAJE COMO PASAJERO, PILOTO O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN DE CUALQUIER AERONAVE, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE

ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.

5. LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR VIOLACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO DE CUALQUIER NORMA DE CARÁCTER LEGAL.
6. ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE SUSTANCIAS ALUCINOGENAS, DROGAS TÓXICAS O HEROICAS O CUALQUIER OTRA SUSTANCIA QUE POR SU PROPIA NATURALEZA PRODUZCA DEPENDENCIA FÍSICA O SÍQUICA.
7. ACCIDENTES OCURRIDOS MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE AL SERVICIO LAS FUERZAS ARMADAS, NAVALES, AEREAS, DE POLICIA O CUALQUIER OTRO ORGANISMO DE SEGURIDAD DEL ESTADO.
8. ENFERMEDAD MENTAL O CORPORAL O CUALQUIER DOLENCIA PREEXISTENTES, O INFECCIÓN BACTERIAL DISTINTA DE LA CONTRAÍDA POR UNA LESIÓN CORPORAL AMPARADA.
9. LAS INFECCIONES PRODUCIDAS POR PICADURAS DE INSECTOS, TALES COMO MALARIA, TIFO, FIEBRE AMARILLA, ETC.
10. LOS ACCIDENTES QUE OCURRAN CUANDO EL ASEGURADO PARTICIPE EN COMPETENCIAS DE VELOCIDAD O HABILIDAD, O CUANDO EL ASEGURADO SEA CONDUCTOR O PASAJERO DE MOTOCICLETAS O MOTONETAS O LA PRACTICA DE DEPORTES CATALOGADOS COMO DE ALTO RIESGO O EXTREMOS.
11. LOS ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X, CHOQUES ELÉCTRICOS, ETC., SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO.
12. TEMBLORES DE TIERRA, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, TERREMOTO, TIFÓN, HURACÁN, TORNADO, CICLÓN, INUNDACIONES, RAYO, MAREJADA O CUALQUIER OTRO FENÓMENO O CONVULSIÓN DE LA NATURALEZA.
13. LESIONES INMEDIATAS O TARDÍAS, CAUSADAS POR ENERGÍA ATÓMICA, REACCIÓN NUCLEAR, RADIACIÓN NUCLEAR, CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA, QUÍMICA O BACTERIOLÓGICA.

14. PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA EN CUALQUIER CLASE DE RIÑA O PELEA.

15. HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO CON SIGNOS DE MUERTE CEREBRAL O DESCEREBRADO, SEGÚN CRITERIOS CLINICOS, PARACLINICOS Y LEGALES PARA EL DIAGNOSTICO DE MUERTE CEREBRAL; EN CASO DE TENER CONTRADO PARA EL BENEFICIO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR CAUSA ACCIDENTAL.

TERCERA - DEFINICIONES

Accidente: Para los efectos de la presente póliza se entiende por accidente todo suceso imprevisto, repentino, fortuito e independiente de la voluntad del asegurado, causado por medios externos y de un modo violento que afecte la integridad física del asegurado, ocasionándole la muerte o cualquiera de las pérdidas indicadas en la Tabla de Indemnizaciones.

No se consideran como accidente los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el asegurado.

Deducible: El monto de los gastos reembolsables amparados por la póliza que será siempre de cargo del asegurado y que esta representado en la cantidad (en días o pesos) o el porcentaje que invariablemente se deduce de la indemnización y será aplicable respecto de los gastos provenientes de cada accidente.

Gastos de Exequias: Son los pagos realizados por servicios exequiales, entendiéndose como tales los derechos de funeraria, iglesia, inhumación o cremación del cadáver, bóveda y servicios de cementerio, carro mortuorio y vehículos de servicio publico para los acompañantes.

Gastos razonables y acostumbrados: El monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar dentro de una misma área geográfica donde éstas son efectuadas, considerando además, que sean las prestaciones que generalmente se suministran para el tratamiento de las lesiones causadas por el accidentes, característica de los tratamientos y nivel de servicios otorgados.

Hospitalización: Es el ingreso a una institución Hospitalaria para recibir tratamiento médico y/o quirúrgico con una duración superior a veinticuatro (24) horas.

Incapacidad Total Temporal: Es aquella que imposibilita al asegurado para desempeñar todas y cada una de las actividades diarias propias de su trabajo u ocupación habitual en forma transitoria, obligándolo a internación hospitalaria o reclusión en su casa de habitación.

Institución Hospitalaria: Se entiende por institución hospitalaria el hospital, clínica o establecimiento legalmente autorizado para proveer las facilidades necesarias para el diagnóstico, tratamiento y cuidado de personas enfermas o lesionadas, bajo la supervisión de médicos y enfermeras graduadas las veinticuatro (24) horas del día.

Invalidez Total Y Permanente: Se refiere a la incapacidad resultante de lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables, sufridas accidentalmente estando asegurado bajo la presente póliza, que le impiden total y de manera permanente al Asegurado realizar trabajo alguno acorde con sus conocimientos o capacidades en razón de su educación, entrenamiento o experiencia, para percibir salarios, honorarios o cualquier tipo de remuneración.

Tomador: Es la persona natural o jurídica a cuyo nombre se expide la presente Póliza, para asegurar un número determinado de personas y quien se hace responsable por el pago de las primas.

Unidad de Cuidados Intensivos: Es un servicio para la atención de pacientes, adultos o niños, críticamente enfermos, recuperables, con disponibilidad permanente de personal médico especializado en cuidados intensivos, medicina interna y cardiología; personal paramédico con adiestramiento en cuidados intensivos; equipos de ayuda diagnóstica y de complementación terapéutica: electrocardiografía, monitoria cardioscópica y de presión arterial, respiradores de presión y de volumen, gasometría, oximetría, estimulación eléctrica intracardiaca (marcapasos temporales y definitivos) y equipos de desfibrilación, nebulizadores y otros.

CUARTA – TABLA DE INDEMNIZACIONES

PALIC pagara la indemnización estipulada en el beneficio de desmembración, al recibo de pruebas fehacientes que alguno de los asegurados sufrió, a causa de un accidente, cualquiera de las siguientes pérdidas:

DESCRIPCIÓN:	Porcentaje de la suma asegurada:
1. Pérdida de ambas manos	100%
2. Pérdida de ambos pie	100%
3. Pérdida de una mano junto con la de un pie	100%
4. Pérdida de una mano, o de un pie junto con la pérdida total e irreparable de la visión de un ojo	100%
5. Perdida total e irreparable de la visión de ambos ojos	100%
6. Enajenación Mental incurable causada por daño orgánico o estructural demostrable por medios clínicos.	100%
7. Pérdida de una mano	50%
8. Pérdida de un pie	50%
9. Pérdida de la visión de un ojo	50%
10. Pérdida total e irreparable del habla.	50%
11. Sordera total e incurable de la audición de ambos oídos	50%
12. Pérdida de las dos falanges del dedo pulgar de una de	15%

las manos	
13. Pérdida de las tres falanges del dedo índice de una de las manos	10%
14. Pérdida total de cualquier otro dedo de las manos	6%
15. Pérdida total del dedo gordo del pie	5%
16. Pérdida total de cualquier otro dedo del pie	4%

Para los efectos de esta condición, las pérdidas anteriores se definen así:

DE LAS MANOS: Amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radio carpiana.

DE LOS PIES: Amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana

DE LOS DEDOS: Amputación traumática o quirúrgica por encima de las articulaciones metacarpofalángicas o metatarsofalángicas.

DE LOS OJOS: La pérdida total e irreparable de la visión.

En todos los casos se entiende también por pérdida, la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado en forma tal que no pueda desarrollar ninguna de sus funciones naturales.

En caso de varias pérdidas causadas por el mismo accidente, el valor total de la indemnización será la suma de los porcentajes correspondientes a cada una, sin exceder la suma asegurada individual.

Este amparo continuara en vigor para el caso de fallecimiento por accidente hasta el próximo aniversario de la póliza, por la diferencia entre la suma asegurada individual y las indemnizaciones ya pagadas.

QUINTA - EDADES DE INGRESO

La edad mínima de ingreso a la póliza es de 18 años y la máxima será de sesenta y cinco (65) años no cumplidos.

SEXTA - REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Toda persona debe cumplir con los requisitos de asegurabilidad que señale **PALIC**.

SEPTIMA – INICIO VIGENCIA DEL SEGURO INDIVIDUAL

Los amparos solo entran en vigor a partir de la fecha en que **PALIC** comunique por escrito su aprobación al **TOMADOR**. Si dentro de los treinta (30) días comunes siguientes a la fecha de recibo de solicitud, **PALIC** no ha producido esta comunicación, se considera como no aprobada.

OCTAVA - TERMINACIÓN DE SEGURO INDIVIDUAL

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente Póliza, termina por las siguientes causas:

- 1. Por falta de pago de la prima, vencido el periodo de gracia.

2. Al vencimiento de la Póliza, si esta no se renueva.
3. Cuando el **TOMADOR** revoque por escrito la Póliza.
4. Cuando el asegurado principal revoque por escrito el seguro o deje de pertenecer al grupo asegurado.
5. Cuando el asegurado o sus beneficiarios hubiesen recibido una indemnización equivalente al 100% del valor asegurado por el beneficio de invalidez Total y Permanente o del beneficio por desmembración.
6. Al vencimiento de la anualidad en que el asegurado cumpla la edad de permanencia estipulada en la carátula de la póliza para cada amparo.

Si después de la terminación del seguro individual **PALIC** llegase a recibir alguna suma de dinero por concepto de prima, ello no significará que la cobertura ha sido restablecida y por lo tanto, la obligación de **PALIC** se limitará a la devolución de dichos valores.

NOVENA - SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL

La suma asegurada considerada individualmente por cada persona asegurada se determinará de acuerdo con la forma indicada en la carátula de la póliza.

DÉCIMA - BENEFICIARIOS

Se tendrá como beneficiario de esta póliza al propio asegurado. En caso de fallecimiento de éste se tendrá como beneficiario a la persona o personas, cuyos nombres estén indicados con tal carácter en la carátula de la póliza o certificado individual.

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

El asegurado podrá cambiar de beneficiario cuando lo estime conveniente.

El asegurador pagará válidamente a los beneficiarios registrados en esta póliza, y con ello quedará liberado de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de beneficiario realizado en testamento o fuera de él que no le haya sido notificado y registrado en esta póliza con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.

DÉCIMO PRIMERA - CALCULO DE LA PRIMA

La prima para cada anualidad de la póliza se calculará con base en los parámetros técnicos fijados por **PALIC**, monto asegurado, ocupación, estilo de vida y hobbies de cada uno de sus integrantes en el momento de ingresar a esta Póliza.

DECIMO SEGUNTA - FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS

Las primas son anuales, pero pueden ser pagadas en fracciones semestrales, trimestrales o mensuales, mediante la aplicación de un recargo financiero.

DECIMO TERCERA - PAGO DE LA PRIMA

En el pago de la prima o de la primera cuota en caso de fraccionamiento para su pago, es condición indispensable para la iniciación de la vigencia del seguro.

En el caso de fraccionamiento de la prima, para el pago de las cuotas de primas subsiguientes a la primera, **PALIC** concede, sin recargo de intereses, un plazo de gracia de un (1) mes. Durante dicho plazo se considera el seguro en vigor, por consiguiente, si ocurre algún siniestro, **PALIC** tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas y pendientes de pago por parte del **TOMADOR**, hasta completar la anualidad respectiva.

Si las cuotas de prima posteriores a la primera no fueren pagadas antes de vencerse el plazo de gracia, se producirá la terminación automática del contrato y **PALIC** quedara libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de dicho plazo. El hecho de que **PALIC** reciba suma alguna, después de la fecha de terminación automática no hará perder los efectos a dicha terminación, y en consecuencia, cualquier pago posterior será reembolsado.

En caso de renovación del contrato de seguro, se concede para el pago de la primera cuota de prima, un plazo de gracia de un (1) mes a partir de la iniciación de la vigencia de la renovación del seguro, durante el cual se considera el seguro en vigor.

PARAGRAFO.- Lo dispuesto en esta condición se entiende en adición a los requisitos establecidos en la Condición séptima, para la iniciación de la vigencia de los amparos individuales.

DÉCIMO CUARTA - DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

El **TOMADOR** está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por **PALIC**. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por **PALIC**, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el **TOMADOR** ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

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

Las sanciones consagradas en esta condición no se aplican si **PALIC**, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

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

DECIMO QUINTA - MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO

El asegurado o el **TOMADOR**, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, uno u otro deberán notificar por escrito a **PALIC** los hechos o circunstancias dependientes de su voluntad que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que signifiquen agravación del riesgo, en especial cualquier modificación en su actividad laboral u ocupación, estilo de vida y hobbies.

La notificación se hará con antelación no menor de diez (10) días a la fecha de la modificación del riesgo, si este depende del arbitrio del Tomador o Asegurado. Si es extraña a él, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta (30) días desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo en los términos previstos, **PALIC** podrá, si es del caso, revocar la póliza o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

DECIMO SEXTA - AVISO DE SINIESTRO

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo la póliza, el **TOMADOR**, el asegurado o el beneficiario, según el caso, deberán dar aviso a **PALIC** de la ocurrencia del siniestro, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

DECIMO SÉPTIMA – RECLAMACIÓN

La reclamación deberá ser presentada por el asegurado o los beneficiarios mediante pruebas que acrediten la ocurrencia del siniestro de acuerdo a lo señalado en el artículo 1077 del Código de Comercio.

Para el efecto se podrán presentar los documentos que se consideren relevantes, pero en todo caso con la presentación del formulario de reclamación suministrado por **PALIC** debidamente diligenciado por el Asegurado o sus Beneficiarios, acompañado de los siguientes documentos, según sea el caso, se entenderá debidamente demostrada la ocurrencia del siniestro:

En caso de Muerte:

1. Fotocopia autenticada de Registro Civil de Nacimiento o fotocopia simple de la cédula de ciudadanía del asegurado.
2. Fotocopia autenticada del Registro Civil de Defunción en el que conste la causa del deceso.
3. Fotocopia simple del acta de levantamiento del cadáver y de la necropsia, en su defecto informe de la autoridad competente en la que conste causas y circunstancias de la muerte accidental o violenta.
4. Original de los documentos que sirvan para acreditar la calidad de Beneficiario.
5. Facturas originales debidamente canceladas, en caso de reclamación por Auxilio Funerario con indicación de la persona que sufragó los gastos.

En caso de Invalidez Total y Permanente, Desmembración y Renta Diaria Por Incapacidad Total Temporal:

1. Original del Informe Médico donde conste causa de la Invalidez, Pérdida o Incapacidad, indicando fecha a partir de la cual se configura el hecho. Tratándose de incapacidad además deberá indicarse la fecha a partir de la cual el empleado no pudo desempeñar su profesión u Oficio habitual.
2. Fotocopia simple de Historia Clínica completa indicando la fecha de diagnóstico y los exámenes médicos adelantados para llegar a dicho diagnóstico, tratamiento y descripción de la pérdida.

En caso de Reclamación por Gastos Médicos:

1. Fotocopia simple de Historia Clínica completa indicando causas y fecha del accidente, exámenes médicos practicados y tratamiento realizado
2. Facturas originales debidamente canceladas, adjuntando las correspondientes ordenes medicas y/o formulas medicas en caso de exámenes o medicamentos.

En caso de Renta Diaria por Hospitalización por Causa Accidental:

1. Fotocopia simple de Historia Clínica completa indicando causas y fecha del accidente, exámenes médicos practicados y tratamiento realizado
2. Certificación original de la Institución Hospitalaria en la que conste el número de días de hospitalización, indicando fecha y hora de ingreso y salida del paciente.

PALIC podrá en todo caso solicitar la documentación o exámenes que considere necesaria para comprobar la ocurrencia del siniestro cuando esto no haya sido plenamente demostrado con la reclamación. Así mismo podrá a su propio costo, hacer examinar al Asegurado las veces que lo estime razonablemente necesario, durante el tiempo en que se encuentre pendiente una reclamación por los amparos opcionales.

Lo anterior sin perjuicio de la facultad del beneficiario de acreditar la ocurrencia del siniestro por cualquier otro medio probatorio reconocido por la ley.

DECIMO OCTAVA - PAGO DEL SINIESTRO

PALIC pagará, al asegurado o a los beneficiarios, la indemnización a que esta obligada por la Póliza y sus amparos adicionales si los hubiere, dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, la ocurrencia del siniestro así como la cuantía de la pérdida si fuere al caso.

DECIMO NOVENA - COEXISTENCIA DE SEGUROS

El asegurado está en la obligación a declarar a **PALIC**, los seguros coexistentes de igual naturaleza, con indicación del asegurador y de las sumas aseguradas. La inobservancia de esta obligación producirá la

terminación del contrato, a menos que el valor conjunto de los seguros no exceda el valor del interés asegurado.

En caso de siniestro, **PALIC** soportar la indemnización debida al asegurado en proporción a la cuantía de su contrato, siempre que el asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe le acarreará la pérdida del derecho a la prestación asegurada.

VIGESIMA - REDUCCION DEL CAPITAL ASEGURADO

La indemnización por concepto de los amparos opcionales de Invalidez Total y Permanente y/o Desmembración no nos acumulables al Amparo de Muerte Accidental, y por lo tanto una vez pagada la indemnización correspondiente a dichos amparos opcionales, **PALIC** libre de toda responsabilidad en lo que se refiere a la presente póliza.

Si a consecuencia de un mismo accidente, **PALIC** tuviere que efectuar algún pago por el beneficio de desmembración, y posteriormente el asegurado se Invalida Total y Permanentemente dicho pago será deducido del que pueda corresponder por el amparo de Invalidez Total y Permanente.

Igualmente, si a consecuencia de un accidente **PALIC** tuviere que efectuar algún pago por el beneficio de desmembración, y posteriormente, como consecuencia del mismo accidente, el asegurado fallece, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por el amparo de Muerte Accidental.

VIGÉSIMO PRIMERA - PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El asegurado o beneficiario, en su caso, quedará privado de todo derecho procedente de la presente Póliza, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, o si en apoyo de ella se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos.

VIGÉSIMO SEGUNDA - LIMITE AGREGADO MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD

PALIC no será responsable por suma alguna en exceso del límite agregado máximo de responsabilidad estipulado en la carátula de la póliza, si la totalidad de las sumas que individualmente tuviere que pagar a consecuencia de un mismo accidente, exceden dicho límite agregado de responsabilidad. **PALIC** pagará a cada asegurado la suma que proporcionalmente le corresponda con relación a dicho límite agregado.

VIGÉSIMO TERCERA - CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

PALIC expedirá para cada asegurado un certificado individual en aplicación a esta Póliza, dentro de los 45 días hábiles siguientes a la fecha en que se comunique la aceptación en el seguro, de cambio de beneficiario o de valor asegurado.

VIGÉSIMO CUARTA - RENOVACIÓN DEL CONTRATO

La presente póliza es renovable a voluntad de las partes contratantes.

Si las partes con una anticipación no menor de un (1) mes a la fecha de su vencimiento, no manifestaren lo contrario se entenderá renovado automáticamente, por un periodo igual al pactado, en iguales

condiciones de cobertura, aplicándose la prima de tarifa que **PALIC** tenga vigente en esa fecha.

VIGÉSIMO QUINTA - REVOCACIÓN DEL CONTRATO

La presente Póliza podrá ser revocada por el **TOMADOR** en cualquier momento, mediante aviso escrito dado a **PALIC**. El importe de la prima a devolver corresponderá a la prima nos devengada menos el diez por ciento (10%) de la misma.

PALIC podrá revocarla mediante aviso escrito al **TOMADOR** enviando a su última dirección conocida, con no menos de quince (15) días de antelación, contados a partir de la fecha de envío. En este caso, **PALIC** devolverá la parte proporcional de la prima no devengada desde la fecha de la renovación.

PARÁGRAFO. El hecho de que **PALIC** reciba suma alguna, después de la fecha de renovación no hará perder los efectos a dicha revocación. En consecuencia, cualquier pago posterior será reembolsado.

VIGÉSIMO SEXTA - MODIFICACIONES

Toda modificación a las cláusulas impresas de la Póliza, así como las cláusulas adicionales o los anexos, deberá ser puesta previamente a disposición de la Superintendencia Financiera de Colombia.

VIGÉSIMO SEPTIMA - NOTIFICACIONES

Las notificaciones que deban hacer las partes para los efectos de la presente póliza, salvo el aviso del siniestro, deberá consignarse por escrito y será prueba suficiente de las mismas, la constancia del envío de la comunicación por correo certificado o recomendado, dirigido a la última dirección registrada por las partes.

VIGÉSIMO OCTAVA - PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones que se derivan del presente contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

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

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

VIGÉSIMO NOVENA - ACTUALIZACIÓN DE DATOS

El Tomador y asegurado(s) se obligan a actualizar por lo menos una vez al año, la información relacionada con su actividad económica, comercial, financiera y demás, de acuerdo con los parámetros establecidos por la Superintendencia Financiera de Colombia.

TRIGÉSIMA - AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE INFORMACIÓN

El Tomador autoriza a la **PALIC** a reportar, procesar y divulgar a las Centrales de información autorizadas para el efecto, toda la información referente a su comportamiento como Tomador de pólizas de la Entidad.

Esta autorización también se extiende a la consulta de manera general y en cualquier momento de toda la información financiera y del comportamiento crediticio y comercial del Tomador, registrada en la base de datos de las mencionadas centrales de información.

TRIGÉSIMO PRIMERA – NORMAS APLICABLES

Para lo no previsto en las presentes Condiciones Generales, este contrato se regirá las Leyes de la República de Colombia, en especial por las disposiciones contenidas en el Título V, Libro Cuarto del Código de Comercio.

TRIGÉSIMO SEGUNDA - 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; para todos los efectos, el domicilio principal de **PALIC**, es la Cra 7 N° 75 – 09 de la misma ciudad.