

asegurado con



## CLAUSULADO GENERAL DE VIDA GRUPO CON ANEXOS

## CONDICIONES GENERALES

### OBJETO DEL SEGURO:

ACE Seguros S.A., quien en adelante se denominará **LA COMPAÑÍA**, con sujeción a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por El Tomador, en las individuales presentadas por los Asegurados (siendo incluidas las informaciones suministradas a través de: correo, fax, teléfono, autorización de descuentos de nómina, guía de servicios) que forman parte integrante de este seguro, así como en las condiciones generales y particulares, se obliga a indemnizar el valor asegurado contratado una vez se acredite la ocurrencia del siniestro.

### CONDICIÓN PRIMERA- AMPARO BÁSICO – VIDA

LA COMPAÑÍA ASUME EL RIESGO DE MUERTE DEL ASEGURADO, ASÍ:

**I. FALLECIMIENTO POR MUERTE ACCIDENTAL:** LA COBERTURA SERÁ EFECTIVA A PARTIR DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL SEGURO DE CADA UNO DE LOS ASEGURADOS.

**II. FALLECIMIENTO POR ENFERMEDAD:**

A. NO HAY COBERTURA DURANTE LOS PRIMEROS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DE CADA ASEGURADO SI ÉSTE FALLECE COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER ENFERMEDAD O POR SUICIDIO U HOMICIDIO.

**PARÁGRAFO 1: MUERTE PRESUNTA POR DESAPARECIMIENTO:** SI NO SE ENCONTRASE EL CUERPO DEL ASEGURADO, LA COMPAÑÍA PAGARÁ DE ACUERDO A LA OPCIÓN CONTRATADA, LA SUMA ASEGURADA CONSIGNADA EN EL CUADRO DE BENEFICIOS DEL CERTIFICADO DE SEGURO, PREVIA PRESENTACIÓN DE LA SENTENCIA DEBIDAMENTE EJECUTORIADA MEDIANTE LA CUAL EL JUEZ HAYA DECLARADO LA MUERTE PRESUNTA DEL ASEGURADO.

## CONDICIÓN SEGUNDA – AMPAROS ADICIONALES

PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE SEGURO Y CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES CONTRACTUALES, EL ASEGURADO PODRÁ INCLUIR AMPAROS OPCIONALES O ADICIONALES, PREVIO PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE, SIEMPRE Y CUANDO HAYAN SIDO INDICADOS EN EL CUADRO DE DECLARACIONES O EN LA SOLICITUD – CERTIFICADO DE SEGURO.

## CONDICIÓN TERCERA - EXCLUSIONES

**ESTE SEGURO NO SE APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES PROHÍBAN A LA COMPAÑÍA PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES. TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA NO SE MODIFICAN.**

## CONDICIÓN CUARTA - TOMADOR

Para efectos de esta póliza, en los términos del artículo 1039 del Código de Comercio, el Tomador es la que ha convenido con **LA COMPAÑÍA** el seguro para un tercero determinado o determinable.

## CONDICIÓN QUINTA- SEGURO DE VIDA GRUPO; EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA.

**LA COMPAÑÍA** para efectos administrativos y de operación, podrá identificar en sus sistemas de información los seguros ratificados o aceptados para esta póliza bajo un número de identificación único y podrá expedir un documento póliza matriz.

Los asegurados recibirán de **LA COMPAÑÍA** las condiciones generales de la póliza así como la solicitud- certificado de seguro.

Las edades de ingreso y permanencia para el amparo básico serán las siguientes, salvo que expresamente se modifiquen por condición particular mediante anexo convenido entre las partes.

Amparo	Ingreso	Permanencia
Muerte	De 18 a 65 años más 364 días	Hasta los 69 años más 364 días.

## CONDICIÓN SEXTA-VIGENCIA

La vigencia de la póliza es anual e inicia a partir de la fecha de expedición de la misma y la vigencia del seguro para cada persona asegurada inicia a las veinticuatro (24) horas siguientes a la fecha señalada en la solicitud certificado de seguro.

## CONDICIÓN SÉPTIMA - SUMA ASEGURADA, PRIMAS Y AJUSTE DE PRIMAS.

La suma asegurada del amparo básico y de los amparos adicionales, si los hay, se considerará individualmente para cada Asegurado, conforme a lo indicado en cada certificado individual de seguro.

El valor de la prima para cada persona asegurada será el señalado en el formulario de aceptación y a falta de éste, el establecido en el certificado individual de seguro.

**LA COMPAÑÍA**, podrá incrementar la suma asegurada, así como el valor de la prima, dependiendo del resultado técnico de la vigencia y del comportamiento del mercado de seguros y reaseguros. En caso de incremento será igual al Índice de Precios al Consumidor (IPC) del año inmediatamente anterior.

**LA COMPAÑÍA** podrá realizar incrementos adicionales de prima conforme a las tasas vigentes al momento de la renovación.

## CONDICIÓN OCTAVA - DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.

Corresponde a cada uno de los integrantes del grupo asegurado hacer la designación de sus propios beneficiarios a título gratuito. En ningún caso el Tomador puede intervenir en la designación de beneficiarios para el amparo básico, ni serlo tampoco para

aquellos amparos adicionales que por su naturaleza están establecidos en favor del asegurado.

Cuando no se hubiere designado Beneficiario o la designación fuere ineficaz o quedare sin efecto por cualquier causa, se aplicarán las normas legales establecidas en el código de comercio, esto es: tendrán la condición de tales, el cónyuge del respectivo Asegurado, en la mitad del seguro, y los herederos de éste en la otra mitad. Igual regla se aplicará en el evento de haber sido designados genéricamente como beneficiarios los herederos del Asegurado.

**PARÁGRAFO 1:** La designación de Beneficiarios a título gratuito podrá ser cambiada en cualquier momento por el Asegurado, pero tal cambio surtirá efecto solamente a partir de la fecha de recibo de la notificación escrita por parte de **LA COMPAÑÍA**. En esta póliza no se admite designación de beneficiarios a título oneroso.

## CONDICIÓN NOVENA - PAGO DE PRIMAS

En el seguro contributivo, corresponde a la persona asegurada proveer los recursos necesarios para que su ente recaudador efectúe el pago oportuno de las primas a **LA COMPAÑÍA**.

El valor de la prima es un valor único para la vigencia anual contratada, y será el establecido en la solicitud-certificado de seguro, el cual debe ser pagado en su totalidad en el momento de tomar y aceptar el seguro o su renovación.

## CONDICIÓN DÉCIMA – SINIESTROS.

En caso de siniestro que pueda dar lugar a la reclamación bajo la presente póliza, El Asegurado y/o Beneficiario según el caso, deberá dar aviso a **LA COMPAÑÍA** de la ocurrencia del siniestro, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes, a la fecha de éste.

Para que **LA COMPAÑÍA**, efectúe el pago de la indemnización correspondiente a la presente póliza, El Asegurado o los

Beneficiarios, según sea el caso, presentarán pruebas fehacientes, que demuestren la existencia del hecho amparado.

Sin embargo, **LA COMPAÑÍA** podrá comprobar la veracidad y exactitud de tales pruebas, teniendo derecho y la oportunidad, para hacerlo por ejemplo, pero sin limitarlo a que a través de sus médicos se examine a la persona asegurada mientras dure la reclamación o se encuentre pendiente una reclamación contra la presente póliza.

**LA COMPAÑÍA** pagará la indemnización al Asegurado o a los Beneficiarios, según sea el caso, dentro del mes siguiente a la fecha en que el Asegurado o beneficiario haya formalizado la reclamación.

Sin perjuicio de lo anterior, **LA COMPAÑÍA** sugiere al Asegurado o sus Beneficiarios, acompañar junto con la reclamación ya señalada, la siguiente documentación:

1. Registro Civil de Defunción.
2. Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Asegurado.
3. Historia clínica completa.
4. Copia del informe de autoridades de tránsito si aplica.
5. Acta del levantamiento del cadáver si aplica.
6. Para Beneficiarios Designados: Identificación de los beneficiarios. Para Beneficiarios de Ley: soporte de su calidad de beneficiarios.

El Asegurado, los Beneficiarios, los herederos legales o sus representantes personales, según sea el caso, quedarán privados de todo derecho procedente de la presente póliza, en caso de que la reclamación presentada a **LA COMPAÑÍA** sea de cualquier manera fraudulenta o, si en apoyo de ella se hicieron o utilizaren declaraciones falsas o documentos engañosos o dolosos o cualquier otro medio para sustentarla.

## CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA - REVOCACIÓN DEL CONTRATO.

El Tomador, podrá revocar unilateralmente el contrato de seguro. Además del Tomador el Asegurado también podrá revocar unilateralmente su cobertura. En cualquiera de los casos el seguro quedará revocado en la fecha de recibo de la comunicación en la cual se manifieste tal intención.

El Asegurado, por ser una póliza contributiva, será responsable en tal caso de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de la revocación, incluyendo las primas a prorrata por el período que comienza con el plazo de gracia y termina en la fecha de revocación. Si las primas ya se hubieren pagado, **LA COMPAÑÍA** reintegrará al Asegurado las primas recibidas no devengadas aplicando la tarifa de seguros a corto plazo que establece el artículo 1071 del Código de Comercio.

## CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA - TERMINACIÓN DEL SEGURO.

El seguro terminará en forma individual respecto de cualquiera de los integrantes del Grupo Asegurado, al presentarse alguna de las siguientes causas:

1. Dejar el asegurado de pertenecer al grupo asegurable.
2. Muerte del asegurado.
3. Mora en el pago de la prima, o de cualquier cuota si la prima ha sido fraccionada, de conformidad con lo establecido en el artículo 1152 del Código de Comercio.
4. Revocación de la póliza por el tomador, o del seguro, por parte de la persona asegurada.
5. Al vencimiento de la anualidad más próxima en que el Asegurado cumpla sesenta y nueve años (69) años más 364 días.
6. Cuando **LA COMPAÑÍA** paga la indemnización por la afectación de varios amparos que agoten el valor máximo del seguro, según los amparos contratados.

### CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA - DUPLICIDAD O MULTIPLICIDAD DE COBERTURAS.

El Asegurado sólo podrá tener una cobertura con **LA COMPAÑÍA**, respecto de un mismo amparo de esta póliza de seguro, correspondiente a este mismo plan. En caso de tener más de una cobertura, ello no le dará derecho a exigir más de una suma asegurada, toda vez que el Asegurado adquiere en este contrato las obligaciones de abstenerse de obtener más de una cobertura, bajo este mismo plan, y de informar a **LA COMPAÑÍA** la circunstancia de ya encontrarse asegurado bajo un certificado individual de seguro expedido bajo este mismo plan, con anterioridad a una nueva solicitud, para que **LA COMPAÑÍA** se abstenga de expedir certificados individuales de seguro adicionales.

En caso que el Asegurado incumpla las obligaciones contenidas en el inciso anterior, si **LA COMPAÑÍA** expide certificados individuales de seguro adicionales respecto del mismo asegurado y ocurre un siniestro, se considerará a esta persona asegurada solamente con base en el certificado individual de seguro que le proporcione el mayor beneficio. **LA COMPAÑÍA** devolverá, en tal caso, el valor de las primas no devengadas que hayan sido percibidas con base en los certificados individuales de seguro de menor beneficio.

### CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA - INTRANSFERIBILIDAD

La presente póliza y sus anexos es intransferible y por lo tanto ningún depósito, traspaso, endoso, acto o contrato semejante, podrá producir efectos frente a **LA COMPAÑÍA**, quien quedará definitivamente liberada de cualquier responsabilidad por virtud de los recibos expedidos por el Asegurado o por quienes lo representen en caso de sucesión, cuando aquel haya fallecido.

### CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA – PRESCRIPCIÓN.

Las acciones derivadas del contrato de seguro prescribirán de manera ordinaria o extraordinaria. La prescripción ordinaria será de dos (2) 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 extraordinaria será de cinco (5) años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

### CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA – CONDICIONES NO PREVISTAS EN EL CLAUSULADO.

Las situaciones no previstas dentro del presente clausulado se regirán conforme la ley colombiana aplicable al asunto.

### CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA – CONVERTIBILIDAD.

Los asegurados menores de 64 años más 364 días que se separen del grupo asegurado después de permanecer en él por lo menos durante (1) año continuo, tendrán derecho a ser asegurados en forma individual sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tenga en la póliza de vida grupo, pero sin beneficios adicionales, en el plan de seguros de vida individual de los que estén autorizados en otra Compañía de Seguros, con la cual **LA COMPAÑÍA** tenga un contrato para garantizar este beneficio, siempre y cuando el Asegurado lo solicite dentro de los treinta (30) días comunes siguientes contados a partir de su retiro del grupo.

Si el Asegurado fallece como consecuencia de un hecho cubierto en la presente póliza dentro del plazo para solicitar la póliza individual, conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que ella se hubiere expedido por otra Compañía (medie o no solicitud), sus beneficiarios tendrán derecho a la prestación asegurada bajo la presente póliza, caso en el cual se deducirá de la indemnización el valor de la prima correspondiente.

**PARÁGRAFO 1:** Esta condición no aplica para los aparos adicionales.

## CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA – RENOVACIÓN AUTOMÁTICA.

La presente póliza de vida grupo se renovará anualmente de manera automática en la fecha de su vencimiento, por un período igual al inicialmente contratado, si el Tomador o la persona asegurada no manifiesta por escrito su decisión de no renovar, dando aviso a **LA COMPAÑÍA** con una anticipación no menor a un (1) mes de la fecha de su vencimiento.

Si **LA COMPAÑÍA** decide no renovar el contrato de seguro, procederá a dar aviso al Tomador de su decisión, con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha en que cesen sus obligaciones y enviará noticia escrita a la última dirección registrada de cada asegurado, informando su decisión.

## CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA - GRUPO ASEGURADO Y GRUPO ASEGURABLE.

Se entiende por grupo asegurado, el conformado por las personas que tienen el carácter de asegurables y se encuentren amparados por la presente póliza.

Para efectos del presente contrato, son asegurables las personas naturales vinculadas como clientes de la Entidad Tomadora del seguro.

## CONDICIÓN VIGÉSIMA– DEFINICIONES

>> **BENEFICIARIO:** Es la persona que tiene derecho a recibir la prestación asegurada, de acuerdo con lo definido en este seguro.

>> **ACCIDENTE:** Evento ajeno a la voluntad del asegurado, que sea consecuencia exclusiva y directa de un hecho súbito, externo, fortuito amparado por la póliza, que le cause la muerte de manera instantánea o dentro de los ciento ochenta (180) días calendarios siguientes a la fecha del accidente.

>> **CÁNCER:** Se entiende como toda enfermedad manifestada por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por el crecimiento incontrolable, anormal de células malignas con o sin comprometer cualquier otro órgano del cuerpo.

>> **ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR O APLOPEJIA:** Se entiende como aquel complejo sintomático, secundario a patología vascular cerebral trombo Tica, embocido, oclusivo y/o hemorrágico, que se manifiesta con deficiencias motoras y/o sensoriales que producen secuelas neurológicas por más de veinticuatro (24) horas y de naturaleza permanente, correspondientes al área lesionada y en muchos casos, con trastornos del estado de conciencia.

>> **INSUFICIENCIA RENAL:** Es la falla crónica e irreversible de la función de ambos riñones por daño renal permanente. Como resultado de esta falla es necesario instaurar diálisis o llevar a cabo trasplante renal.

>> **INFARTO AL MIOCARDIO:** Se entiende como tal la muerte de un grupo de células miocárdicas a consecuencia de la supresión de la circulación que les pertenece en el músculo cardíaco.

>> **TRANSPLANTE DE ÓRGANOS VITALES:** Se entiende como la implantación de un órgano vital, (riñón, corazón, pulmón, hígado y páncreas) proveniente de otro cuerpo humano (donante).

## CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA - NOTIFICACIONES

Salvo el aviso de siniestro, cualquier declaración que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá consignarse por escrito y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío escrito por correo certificado dirigido a la última dirección registrada por las partes.

## CONDICIÓN VIGÉSIMA 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.; para todos los efectos, el domicilio principal de **LA COMPAÑÍA**, es la Calle 72 No. 10 - 51 Piso 7° de la misma ciudad.



**FIRMA AUTORIZADA**  
**ACE Seguros S.A.**  
**Nit 860.026.518.6**





asegurado con



## ANEXO DE ASISTENCIA A LA PÓLIZA DE VIDA CON PERIODOS DE CARENCIA FALABELLA

El presente amparo hace parte integrante de la póliza de seguro de vida grupo, siempre y cuando se haya incluido en el cuadro de amparos de la solicitud-certificado de seguro, sus modificaciones o renovación, de acuerdo con el valor asegurado contratado, quedando sujeto a todos los términos, condiciones y excepciones señaladas en las condiciones generales de dicho seguro con las que a continuación se estipulan.

**LA COMPAÑÍA** pondrá a disposición de sus asegurados y/o beneficiarios, servicios de traslado médico terrestre en caso de accidente, y la asistencia médica telefónica del asegurado y/o beneficiario, durante las 24 horas del día, los 365 días del año, a través de sus prestadores o proveedores de servicios, en las condiciones que se señalan en este anexo. Las coberturas o servicios incluidos en este amparo son los siguientes:

## CONDICIÓN PRIMERA – AMPAROS

### 1.- TRASLADO MÉDICO TERRESTRE EN CASO DE ACCIDENTE.

EN CASO DE QUE EL **ASEGURADO O BENEFICIARIO** REQUIERA UN TRASLADO MÉDICO TERRESTRE DE EMERGENCIA COMO CONSECUENCIA DE UNA LESIÓN SÚBITA E IMPREVISTA SUFRIDA EN UN ACCIDENTE Y QUE A CRITERIO DEL MÉDICO TRATANTE REQUIERA SU HOSPITALIZACIÓN O AMERITE SU ATENCIÓN EN UN CENTRO ASISTENCIAL, EL PROVEEDOR O PRESTADOR DEL SERVICIO CONTRATADO POR LA COMPAÑÍA GESTIONARÁ Y CUBRIRÁ EL COSTO DEL TRASLADO EN AMBULANCIA TERRESTRE HASTA EL CENTRO HOSPITALARIO MÁS CERCANO DENTRO DE LA CIUDAD EN QUE SE ENCUENTRE, SIEMPRE Y CUANDO EXISTA LA INFRAESTRUCTURA PRIVADA QUE LO PERMITA PARA SU ATENCIÓN MÉDICA A CARGO DE SU EPS, MEDICINA PREPAGADA O EL SERVICIO DE SALUD QUE EL ASEGURADO O BENEFICIARIO TENGA CONTRATADO. SI NO CUENTA CON ALGUNO DE ESTOS SERVICIOS, EL ASEGURADO O BENEFICIARIO DEBERÁ ASUMIR EL PAGO POR CONCEPTO DE LOS GASTOS MÉDICOS Y DE HOSPITALIZACIÓN A QUE HUBIERE LUGAR EN DICHO CENTRO HOSPITALARIO.

EN CASO DE NO EXISTIR, **EL PROVEEDOR O PRESTADOR** COORDINARÁ EL TRASLADO POR MEDIO DE LOS SERVICIOS MÉDICOS PÚBLICOS EN LA LOCALIDAD.

EL OPERADOR MÉDICO ORIENTARÁ A QUIEN SOLICITE EL SERVICIO EN RELACIÓN CON LAS CONDUCTAS Y MEDIDAS PROVISIONALES QUE SE DEBEN ASUMIR, MIENTRAS SE PRODUCE EL CONTACTO PROFESIONAL MÉDICO-PACIENTE.

EL TRASLADO PODRÁ REALIZARSE SEGÚN EL CRITERIO DEL MÉDICO TRATANTE POR CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES MEDIOS:

**a. TRASLADO BÁSICO:** CUANDO LA SITUACIÓN CLÍNICA PRESENTADA POR EL PACIENTE NO REVISTE NINGÚN TIPO DE SEVERIDAD O COMPROMISO DEL ESTADO VITAL Y NO REQUIERA ACOMPAÑAMIENTO MÉDICO, EL PRESTADOR PONDRÁ A DISPOSICIÓN DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO UN VEHÍCULO PARA QUE LO TRASLADÉ HASTA EL CENTRO HOSPITALARIO MÁS CERCANO. EL VEHÍCULO PODRÁ SER UN TAXI O UNA AMBULANCIA BÁSICA.

**b. TRASLADO MÉDICO EN AMBULANCIA:** UNA VEZ CALIFICADA LA SITUACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE, EL PRESTADOR COORDINARÁ, CONTACTARÁ Y HARÁ SEGUIMIENTO DEL ARRIBO DE UNIDADES MÉDICAS ESPECIALIZADAS DE ALTA O BAJA COMPLEJIDAD SEGÚN EL CASO, MODO Y LUGAR, PARA TRANSPORTAR AL PACIENTE HASTA EL CENTRO MÉDICO ASISTENCIAL MÁS CERCANO.

ESTE SERVICIO TENDRÁ UN LÍMITE DE TRES (3) EVENTOS POR AÑO Y UN (1) TRASLADO POR EVENTO EN TOTAL POR EL GRUPO FAMILIAR ESTABLECIDO O DESIGNADO Y SE PRESTARÁ EN LAS CIUDADES CAPITALES DEL PAÍS.

UNA VEZ AVALADO POR PARTE DEL OPERADOR MÉDICO EL ENVÍO DE LA AMBULANCIA, EL ASEGURADO O BENEFICIARIO DEBERÁ CONFIRMAR CON EL CENTRO ASISTENCIAL AL QUE EL PACIENTE VA A SER TRASLADADO EL NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

QUE LO RECIBE, CON EL ÁNIMO DE AGILIZAR LA ATENCIÓN DEL PACIENTE.

## 2.- ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

EN CASO DE QUE EL **ASEGURADO O BENEFICIARIO** LO REQUIERA Y A SOLICITUD DE ÉSTE, **EL PROVEEDOR** BRINDARÁ ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA ANTE CUALQUIER EMERGENCIA EN SU SALUD. ESTE SERVICIO ES SIN LÍMITE DE EVENTOS AL AÑO.

## 3.- REFERENCIAS MÉDICAS

A SOLICITUD DEL **ASEGURADO O BENEFICIARIO**, EL PRESTADOR BRINDARÁ INFORMACIÓN ACTUALIZADA SOBRE LOS CENTROS HOSPITALARIOS, FARMACIAS Y DROGUERÍAS DE TURNO, PARA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS. ESTE SERVICIO SE PRESTARÁ SIN LÍMITE DE EVENTOS AL AÑO. EL COSTO DE LOS MEDICAMENTOS QUE SE ADQUIERAN, ASÍ COMO LOS HONORARIOS MÉDICOS, CORRERÁN POR CUENTA DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO.

## 4.- HOSPEDAJE DE UN FAMILIAR POR HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL (A NIVEL NACIONAL):

A SOLICITUD DEL **ASEGURADO O BENEFICIARIO** Y EN CASO DE QUE LA HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO, VIAJANDO NO ACOMPAÑADO, FUESE SUPERIOR A 72 HORAS, **EL PROVEEDOR** REEMBOLSARÁ LOS GASTOS DE HOSPEDAJE DE SU FAMILIAR O ACOMPAÑANTE, HASTA POR TRECIENTOS MIL (\$300.000), CON UN LÍMITE DE (2) EVENTOS AL AÑO.

## CONDICIÓN SEGUNDA – EXCLUSIONES.

NO SON OBJETO DE LOS SERVICIOS DESCRITOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO, LAS SITUACIONES DE ASISTENCIA QUE PRESENTEN LAS SIGUIENTES CAUSAS:

a) **LA MALA FE, FRAUDE O ABUSO DE CONFIANZA DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO, COMPROBADA POR EL PROVEEDOR.**

b) **LOS FENÓMENOS DE LA NATURALEZA DE CARÁCTER EXTRAORDINARIO, TALES COMO INUNDACIONES, TERREMOTOS, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, HURACANES, TEMPESTADES CICLÓNICAS, ETC.**

c) **HECHOS Y ACTOS DEL HOMBRE DERIVADOS DE: TERRORISMO, GUERRA, GUERRILLA, VANDALISMO, ASALTO, MOTÍN O TUMULTO, ETC.**

d) **HECHOS Y ACTOS DE FUERZAS ARMADAS, FUERZA O CUERPO DE SEGURIDAD.**

e) **LA ENERGÍA NUCLEAR RADIATIVA.**

f) **LA INGESTIÓN DE DROGAS, SUSTANCIAS TÓXICAS, NARCÓTICOS O MEDICAMENTOS SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA.**

g) **ENFERMEDADES MENTALES.**

h) **PRÁCTICAS DEPORTIVAS EN COMPETENCIA PROFESIONAL.**

i) **EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PROCESALES QUE IMPONGA LA AUTORIDAD JUDICIAL COMO MEDIDA PREVENTIVA PARA ASEGURAR LA ASISTENCIA DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO EN EL PROCEDIMIENTO.**

j) **CUANDO EL ASEGURADO O BENEFICIARIO INCUMPLA CUALQUIERA DE LAS OBLIGACIONES INDICADAS EN ESTE DOCUMENTO.**

k) **LAS ENFERMEDADES, LESIONES O TRASLADOS MÉDICOS DERIVADOS DE TRATAMIENTOS MÉDICOS, PADECIMIENTOS CRÓNICOS O ENFERMEDADES PRE-EXISTENTES.**

l) **LO RELATIVO DERIVADO DE PRÓTESIS Y ANTEOJOS.**

## CONDICIÓN TERCERA - PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS Y ALCANCE TERRITORIAL.

### PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS:

Queda entendido que **EL PROVEEDOR** podrá prestar los servicios en forma directa, o a través de terceros con quienes dicha compañía contrate.

Los servicios a que se refiere el presente documento, configuran la única obligación a cargo de **LA COMPAÑÍA** y/o su red de prestadores y en ningún caso reembolsará al **ASEGURADO O BENEFICIARIO** las sumas que este hubiera erogado.

### ALCANCE DE LOS SERVICIOS:

El derecho a las prestaciones de los servicios de asistencia, se extenderá a todo el territorio de la República de Colombia, siempre que exista la infraestructura pública y privada para la prestación de los servicios, exceptuando aquellos lugares donde no exista un acceso transitable por carretera, aquellos lugares en los que por fuerza mayor o caso fortuito no se pudiere prestar la asistencia, o donde por razones de orden público se ponga en riesgo la integridad física del prestador del servicio.

## CONDICIÓN CUARTA – REEMBOLSOS.

Exclusivamente para los servicios solicitados en ciudades distintas de Bogotá D.C. Medellín, Cali, Barranquilla, Santa Marta, Cartagena, Pereira, Manizales y Armenia, **EL PRESTADOR** reembolsará al asegurado el valor que este hubiese pagado por la ocurrencia de cualquiera de los eventos amparados en el presente anexo y hasta por los límites allí indicados, siempre y cuando el asegurado cumpla con las obligaciones y procedimiento indicados a continuación:

Haber solicitado antes de contratar un servicio cubierto por el presente anexo, una autorización del **PRESTADOR** la cual deberá pedirse por teléfono, a cualquiera de los números indicados para prestar la asistencia, debiendo indicar el nombre del asegurado,

destinatario de la prestación, el número de la identificación consignado en la póliza, el número de la póliza de seguro, el lugar donde se encuentra, el número de teléfono y tipo de asistencia que precisa.

Una vez recibida la solicitud previa, se le dará al asegurado 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 **EL PRESTADOR** realizará reembolso sin que el asegurado haya remitido las facturas originales correspondientes y estas siempre deberán cumplir con los requisitos exigidos por la ley.

## CONDICIÓN QUINTA – RESPONSABILIDAD.

**LA COMPAÑÍA** quedará relevada de responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor o por decisión autónoma del Asegurado o sus Beneficiarios, no puedan efectuar cualquiera de las prestaciones específicamente previstas en este anexo. Así mismo respecto de los servicios que el Asegurado o Beneficiario haya contratado sin previo consentimiento de **LA COMPAÑÍA**, salvo en caso de comprobada fuerza mayor que le impida comunicarse con la misma o con terceros encargados de prestar dichos servicios.

La prestación de cualquiera de los servicios, o el pago de cualquier suma de dinero derivada de las coberturas descritas en el presente anexo, no implica aceptación de responsabilidad por parte de **LA COMPAÑÍA** respecto de los amparos básicos o adicionales de la póliza, a la que accede el presente anexo de asistencia.

## CONDICIÓN SEXTA – DEFINICIONES

Siempre que se utilicen en las presentes condiciones generales, los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye.

**ASEGURADO:** Es la persona física que haya contratado a través de **ACE SEGUROS** los **SERVICIOS** de asistencia.

**BENEFICIARIO:** Son beneficiarios del asegurado su cónyuge o compañero permanente, sus hijos menores de dieciocho (18) años que vivan permanentemente en el mismo domicilio y bajo la dependencia económica del ASEGURADO, así como los padres, siempre y cuando dependan económicamente del asegurado, vivan en una ciudad capital de Colombia y el ASEGURADO sea soltero o excluya expresamente de la cobertura a su cónyuge o compañero (a) permanente.

**GRUPO FAMILIAR:** Es el conjunto de beneficiarios incluyendo al ASEGURADO.

**SERVICIOS:** Los servicios de asistencia contemplados en el producto que haya sido contratado por el AFILIADO y cuyas definiciones se incluyen en el presente anexo.

**SITUACIÓN DE ASISTENCIA:** Todo hecho ocurrido en los términos y con las características y limitaciones establecidas en el cuerpo del presente anexo, que den derecho a la prestación de los SERVICIOS, de acuerdo a los términos y condiciones que se aluden en este anexo.

**EMERGENCIA:** Para efectos del presente Anexo se considera EMERGENCIA una situación accidental y fortuita, que ponga en riesgo la seguridad del AFILIADO o sus BENEFICIARIOS.

**EVENTO:** Es una SITUACIÓN DE ASISTENCIA reportada por un ASEGURADO y/o BENEFICIARIO que da derecho a la prestación de uno de los SERVICIOS, de acuerdo con los términos y condiciones que se aluden en el presente anexo.

**ACCIDENTE:** Todo acontecimiento que provoque daños materiales y/o corporales a un AFILIADO y/o BENEFICIARIO, causado única y directamente por una causa externa, violenta, fortuita y evidente (excluyendo la enfermedad previa y la preexistencia) que ocurra durante la vigencia de los servicios.

**FAMILIAR:** Se refiere al padre, madre, cónyuge e hijos y/o dependientes económicos de un AFILIADO.

**FECHA DE INICIO:** Fecha a partir de la cual los SERVICIOS que ofrece LA COMPAÑÍA estarán a disposición de los AFILIADOS.

**RESIDENCIA PERMANENTE:** El domicilio permanente que manifieste tener un AFILIADO, informado a ACE SEGUROS S.A.

**EQUIPO TÉCNICO:** El personal asistencial apropiado que esté gestionando los SERVICIOS a los AFILIADOS por cuenta de la COMPAÑÍA, de acuerdo a los términos y condiciones que se aluden en el presente anexo.

**MONTO POR EVENTO:** Es el costo máximo que será cubierto por LA COMPAÑÍA a través de sus PRESTADORES, asociado a la prestación de un SERVICIO. Si el valor de la prestación es superior a este MONTO POR EVENTO, la diferencia será de cargo del ASEGURADO O BENEFICIARIO.

**PROVEEDOR:** Es el EQUIPO TÉCNICO del PRESTADOR, o subcontratado por éste, apropiado para prestar los SERVICIOS a un ASEGURADO O BENEFICIARIO de acuerdo a los términos y condiciones que se aluden en el presente anexo.

**ENFERMEDAD:** Alteración de la salud o dolencia que afecte al AFILIADO y/o BENEFICIARIO.

**EN LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES, SE APLICARÁN AL PRESENTE ANEXO LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO Y LAS DISPOSICIONES DEL CÓDIGO DE COMERCIO.**



**FIRMA AUTORIZADA**  
**ACE Seguros S.A.**  
**Nit 860.026.518.6**





**ANEXO DE AMPARO DE INCAPACIDAD  
TOTAL Y PERMANENTE**

El presente amparo de Incapacidad Total y Permanente hace parte integrante de la póliza de seguro de vida grupo, siempre y cuando se haya incluido en el cuadro de amparos de la solicitud certificado de seguro, sus modificaciones o renovación, de acuerdo con el valor asegurado contratado, quedando sujeto a todos los términos, condiciones y excepciones señaladas en las condiciones generales de dicho seguro junto con las que a continuación se estipulan.

### **CONDICIÓN PRIMERA - AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.**

PARA TODOS LOS EFECTOS EXCLUSIVOS DE ESTE AMPARO, SE ENTIENDE COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE LA INVALIDEZ IGUAL O SUPERIOR AL CINCUENTA POR CIENTO (50%) SUFRIDA POR EL ASEGURADO MENOR DE 69 AÑOS DE EDAD MÁS 364 DÍAS, CUYA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN ESTÉ DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO, ORIGINADA EN LESIONES FÍSICAS ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES NO PREEXISTENTES Y NO CAUSADAS INTENCIONALMENTE POR ÉSTE, QUE SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE CALIFICADA POR CUALQUIERA DE LAS JUNTAS DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ ESTABLECIDAS LEGALMENTE EN EL TERRITORIO NACIONAL, CON BASE EN EL MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ (REGLAMENTADO POR EL DECRETO 917 DE 1999. O NORMA LEGAL QUE LO SUSTITUYA).

### **CONDICIÓN SEGUNDA - PERIODOS DE CARENCIA:**

La cobertura para el amparo de Incapacidad Total y Permanente de que trata este anexo, aplica por periodos de carencia así:

A) Durante los primeros 180 días de la vigencia del seguro, solamente, será indemnizada la incapacidad total y permanente del asegurado que sean consecuencia de un accidente no excluido (No incluye homicidio) ocurrido durante la vigencia de la cobertura individual del asegurado.

B) A partir del día 181 de iniciada la vigencia del seguro, sin tener en cuenta preexistencias, será indemnizada la Incapacidad total y permanente del asegurado, siempre y cuando: i) La estructuración de la misma esté dentro de la vigencia del seguro, ii) La estructuración de la misma sea posterior al día 181 antes mencionado iii) El hecho causante de la incapacidad total y permanente no esté excluido y iv) La fecha de calificación de tal incapacidad no sea posterior a los dos años de terminada la vigencia del seguro.

### **CONDICIÓN TERCERA – EXCLUSIONES.**

**EL PRESENTE ANEXO NO AMPARA LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DETERMINADA POR CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:**

- 1. CUALQUIER ACTO DE GUERRA, DECLARADA O SIN DECLARAR, SEDICIÓN, REBELIÓN O ASONADA.**
- 2. SIRVIENDO EN LABORES MILITARES EN LAS FUERZAS ARMADAS O DE POLICÍA DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD INTERNACIONAL.**
- 3. VIAJE COMO PILOTO O TRIPULANTE DE NAVES AÉREAS, INCLUYENDO HELICÓPTEROS.**
- 4. LESIONES AUTOINFLINGIDAS INTENCIONALMENTE, BIEN SEA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE DEMENCIA.**
- 5. EN LA PRÁCTICA, ENTRENAMIENTO O PARTICIPACIÓN EN COMPETENCIAS. CORRESPONDIENTES A DEPORTES COMO EL BUCEO, ALPINISMO O ESCALAMIENTO EN MONTAÑAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO Y EN GENERAL PRÁCTICA DE DEPORTES DE MANERA PROFESIONAL.**



**CONDICIÓN CUARTA - EDADES PARA ESTE ANEXO.**

Las edades de ingreso y permanencia para el presente anexo ofrecido en la solicitud – certificado de seguro, serán las siguientes, salvo que expresamente se modifiquen por condición particular mediante anexo convenido entre las partes.

Amparo	Ingreso	Permanencia
Incapacidad Total y Permanente	De 18 a 65 años más 364 días	Hasta los 69 años más 364 días.

**CONDICIÓN QUINTA - SUMA ASEGURADA**

El valor asegurado será el establecido en el certificado de seguro para cada integrante del colectivo asegurado.

**PARÁGRAFO 1:** La indemnización por Incapacidad Total y Permanente no es acumulable al pago por muerte, por lo tanto una vez pagada la indemnización por Incapacidad Total y Permanente, el seguro termina y **LA COMPAÑÍA** quedará libre de toda responsabilidad.

**CONDICIÓN SEXTA – RECLAMACIONES.**

Para que **LA COMPAÑÍA** proceda al pago de la indemnización por el presente amparo, el asegurado o el respectivo curador designado por el juzgado, deberán acreditar la ocurrencia del siniestro, aportando los documentos que demuestren las condiciones establecidas en el presente amparo.

Sin perjuicio de lo anterior, **LA COMPAÑÍA** sugiere al Asegurado o al respectivo curador designado por el juzgado, acompañar junto con la reclamación ya señalada, la siguiente documentación:

1. Historia clínica completa de la hospitalización objeto del reclamo.
2. Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado.

3. Informe de cualquiera de las juntas de calificación de invalidez establecidas legalmente en el territorio nacional con base en el manual único de calificación de invalidez reglamentado por el decreto 917 de 1999 o norma lo modifique, adicione o sustituya.

**CONDICIÓN SÉPTIMA - DUPLICIDAD DE ESTE AMPARO.**

El Asegurado no podrá estar amparado por más de un seguro correspondiente a este mismo plan y del mismo colectivo asegurado. En caso de tener más de una cobertura, ello no le dará derecho a exigir los dos pagos de la indemnización, toda vez que El Asegurado tiene la obligación de informar la existencia del primer seguro, para que **LA COMPAÑÍA** se abstenga de expedir otro. En caso de no hacerlo y ocurriere el siniestro, se considerará a esta persona asegurada solamente con el seguro que le proporcione el mayor beneficio. **LA COMPAÑÍA** devolverá en tal caso, el valor de la prima pagada en el otro seguro, reconociendo solamente el corriente interés legal.

**EN LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, SE APLICARÁN AL PRESENTE AMPARO LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES LA PÓLIZA DE SEGURO A LA CUAL ACCEDE ESTE ANEXO Y EN LO NO PREVISTO SE REGIRÁ POR LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO**



**FIRMA AUTORIZADA**  
**ACE Seguros S.A.**  
**Nit 860.026.518.6**