



SEGURO DE VIDA BIENESTAR FAMILIAS

01/04/2019-1407-P-34-GR-000000000126-00DI

CONDICIONES GENERALES

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., que en el presente contrato se llamará "**LA ASEGURADORA**", en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por "**EL TOMADOR**" y/o "**ASEGURADO**", a los certificados individuales de seguro y a las declaraciones de asegurabilidad de los asegurados, los cuales hacen parte integral de este contrato, pagará la correspondiente suma asegurada de acuerdo con las siguientes condiciones, teniendo en cuenta que lo no previsto por ésta póliza, se rige por el Código de Comercio y la regulación en materia de Protección al Consumidor Financiero.

PRIMERA.- AMPARO BÁSICO DE VIDA

LA ASEGURADORA cubre el riesgo de muerte de los asegurados, siempre y cuando ocurra dentro de la vigencia de la póliza indicada en el certificado individual de la póliza. Adicionalmente, se otorga:

- Un amparo de Últimos Gastos por el valor registrado en el Certificado Individual de Seguro, por el fallecimiento del **ASEGURADO** principal o del cónyuge o del hijo **ASEGURADO**, según lo establecido en la Cláusula Séptima de este documento.
- Un Bono Canasta por el valor registrado en el Certificado Individual de Seguro por el fallecimiento o por la Incapacidad Total y Permanente del **ASEGURADO** principal o del cónyuge o del hijo **ASEGURADO**, si este amparo ha sido contratado expresamente, según lo establecido en la Cláusula Séptima de este documento

SEGUNDA - EXCLUSIONES

Dentro de los cuatro (4) primeros meses contados desde la fecha de iniciación de la vigencia del seguro, **LA ASEGURADORA** no queda obligada al pago de ninguna indemnización por el siguiente evento:

a) Suicidio

Si cualquier **ASEGURADO** se quitare la vida bajo cualquier circunstancia estando en su sano juicio o demente o en cualquier otra circunstancia.

TERCERA - DEFINICIONES

3.1. Tomador

Es la persona natural o jurídica a cuyo nombre se expide la presente póliza para asegurar un número determinado de personas, el cual está obligado al pago de la prima.

3.2. Grupo asegurable

Es el constituido por más de una persona natural, agrupadas bajo una misma personería jurídica en virtud de una situación legal o reglamentaria o que tengan con una persona, natural o jurídica, relaciones estables de la misma naturaleza cuyo vínculo no tenga relación con el propósito de contratar el seguro.



Para la presente póliza se considera dentro del grupo asegurable el cónyuge y/o compañero (a) permanente y los hijos del **ASEGURADO** principal.

3.3. Asegurado

Es la persona natural que hace parte del grupo asegurado y cuya vida se asegura por parte de **LA ASEGURADORA**, en virtud del presente contrato.

3.4. Beneficiario

Es la persona designada por el **ASEGURADO** para recibir los beneficios derivados del presente contrato en caso de siniestro. A falta de designación de beneficiario, o cuando la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, o cuando se designe genéricamente como beneficiario a los herederos del **ASEGURADO**, se aplicarán las normas legales vigentes.

CUARTA - VIGENCIA

Los amparos individualmente considerados entrarán en vigencia a partir de la fecha prevista en el Certificado Individual de Seguro, siempre y cuando se haya pagado la prima del seguro, o su primera cuota en caso de fraccionamiento, de acuerdo con la periodicidad de pago señalada en la póliza, y el documento no haya sido rechazado por **LA ASEGURADORA**.

QUINTA - EDAD DE INGRESO Y EDAD DE PERMANENCIA

5.1. Edad de ingreso

Sin perjuicio de los demás requisitos de asegurabilidad, para que un miembro del grupo asegurable pueda contratar esta póliza debe cumplir con los siguientes requisitos de edad al momento de su ingreso:

- a. Tener mínimo 18 años para el **ASEGURADO** principal y su cónyuge - Tener mínimo un año de edad para los hijos.
- b. No ser mayor de sesenta (60) años.

5.2. Edad de permanencia

La cobertura de la póliza terminará, para cualquiera de las personas aseguradas, al vencimiento de la anualidad más próxima en que **EL ASEGURADO** haya cumplido setenta (70) años de edad.

SEXTA - LÍMITE DE RESPONSABILIDAD

LA ASEGURADORA limitará su responsabilidad cuando por un mismo **ASEGURADO** se suscriban pólizas de seguros de vida bajo esta misma modalidad de seguro, hasta un valor asegurado acumulado máximo igual al ofrecido en la opción más alta vigente indicado en la carátula de la póliza, en el momento de expedir el o los seguros.



SÉPTIMA - VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES

- 7.1.** El valor asegurado del seguro de cada persona miembro del grupo asegurable se incrementará automáticamente de acuerdo con la variación del IPC de los últimos 12 meses. El incremento del valor asegurado se liquidará en el primer aniversario de la póliza sobre el valor asegurado inicial y en los años siguientes sobre el valor asegurado acumulado, teniendo en cuenta los incrementos anteriores.
- 7.2. LA ASEGURADORA** reconocerá como valor del seguro de cada persona asegurada, aquel valor registrado en el Certificado Individual de Seguro, vigente en el momento de presentarse el siniestro.
- 7.3.** Por el fallecimiento del **ASEGURADO** principal o del cónyuge o del hijo **ASEGURADO**, se otorga un amparo para Últimos Gastos por el valor asegurado registrado en el certificado individual de seguro como suma única a favor de los beneficiarios designados, junto con el pago de la indemnización, si hubiere lugar a ella. En consecuencia, en caso de que el beneficiario no tenga derecho al pago del amparo básico de vida, tampoco habrá lugar al pago del amparo de Últimos Gastos.
- 7.4.** Por el fallecimiento o por la Incapacidad Total y Permanente del **ASEGURADO** principal o del cónyuge o del hijo **ASEGURADO**, si este amparo ha sido contratado expresamente, se otorga un Bono Canasta por el valor registrado en el Certificado Individual de Seguro al momento del siniestro, como suma única a favor de los beneficiarios designados junto con el pago de la indemnización, si hubiere lugar a ella. En consecuencia, en caso de que el beneficiario no tenga derecho al pago del amparo de vida, o de la Incapacidad Total y Permanente tampoco habrá lugar al pago del Bono Canasta.

OCTAVA - CÁLCULO DE LA PRIMA

La prima se establecerá teniendo en cuenta, la edad de cada **ASEGURADO**, su estado de salud, el valor asegurado individual en el momento de ingresar a la póliza, o en su renovación, según la cotización del día que se realice el cálculo de la prima.

NOVENA - PAGO DE LAS PRIMAS

EL TOMADOR/ASEGURADO es responsable por el pago de las primas. El pago de la prima del primer periodo es condición indispensable para la vigencia del seguro.

Salvo el pago de la prima del primer periodo, para el pago de las primas en forma anual, o cuotas semestrales o de 10 meses, se concede al **TOMADOR/ASEGURADO** un período de gracia de un mes contado a partir de las fechas que para tal efecto se han señalado en la Solicitud-Certificado de esta póliza. Para el pago de primas en cuotas mensuales, se concede un periodo de gracia de quince (15) días.

LA ASEGURADORA tendrá derecho a deducir de la indemnización, las primas o cuotas pendientes de pago, hasta completar la anualidad respectiva.

La presente Póliza de Vida Grupo es de carácter de seguro contributivo, es decir, la totalidad de la prima es sufragada por los integrantes del grupo asegurado, por lo tanto, le corresponde al **ASEGURADO** proveer los recursos necesarios para que **EL TOMADOR** efectúe el pago de la prima a **LA ASEGURADORA**.



Si las primas posteriores a la primera no fueren pagadas antes de vencerse el plazo de gracia, se producirá la terminación automática del contrato y **LA ASEGURADORA** quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de dicho periodo.

DÉCIMA - FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS

Las primas son anuales, pero también pueden ser pagadas por el **ASEGURADO** en fracciones mensuales, semestrales o en 10 meses, para lo cual se aplicará a la prima anual el factor de 0,0898, 0,5207 y 0,1076 respectivamente.

DÉCIMA PRIMERA - REVOCACIÓN DEL CONTRATO

El **TOMADOR** puede revocar unilateralmente el seguro mediante aviso escrito remitido a **LA ASEGURADORA**. Si en tal aviso no se indica una fecha específica para la revocación, se entenderá que surtirá efectos inmediatos a partir de la fecha de recibo por parte de **LA ASEGURADORA**. En caso de revocación del seguro, **LA ASEGURADORA** devolverá al **TOMADOR** la prima no devengada, cuando haya lugar.

EL ASEGURADO también podrá revocar su seguro mediante el mismo procedimiento.

Durante la vigencia de la póliza no es revocable por **LA ASEGURADORA** el amparo básico de Vida al que hace referencia esta póliza.

Sin embargo, en cualquier momento **LA ASEGURADORA** podrá revocar cualquiera de los anexos contratados por **EL ASEGURADO**, mediante aviso escrito al **TOMADOR**, enviado a su última dirección conocida, con no menos de Diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 1071 del Código de Comercio.

DÉCIMA SEGUNDA - DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

EL TOMADOR y **EL ASEGURADO** están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por **LA ASEGURADORA**.

La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por **LA ASEGURADORA**, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, produce la nulidad relativa del seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o inexactitud producen igual efecto si **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO** han 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 **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO**, el contrato no será nulo, pero **LA ASEGURADORA** 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 del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 del Código de Comercio sobre error en la edad.



De conformidad con el artículo 1158 del Código de Comercio, aunque **LA ASEGURADORA** prescinda de examen médico, **EL ASEGURADO** no puede considerarse exento de la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, ni de las sanciones que se generen por la reticencia o inexactitud en la que incurra.

Las sanciones previstas no se aplicarán si **LA ASEGURADORA**, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer hechos o circunstancias sobre los que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Parágrafo: De conformidad con lo dispuesto por el artículo 1059 del Código de Comercio, **LA ASEGURADORA** tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena, en caso de que el **TOMADOR** o el **ASEGURADO** hayan incurrido en reticencia o inexactitud en la declaración de asegurabilidad.

DÉCIMA TERCERA - IRREDUCTIBILIDAD

Transcurridos dos (2) años en vida del **ASEGURADO**, desde el inicio de vigencia de la póliza, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error inculpable en la declaración de asegurabilidad.

DÉCIMA CUARTA - TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

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

- a) Por falta de pago de la prima o de cualquier cuota, si la prima anual ha sido fraccionada, una vez vencido el período de gracia.
- b) Un mes después de haber dejado de pertenecer al grupo asegurado.
- c) Cuando **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO** soliciten la revocación del contrato de seguro.
- d) Al vencimiento de la anualidad más próxima en que **EL ASEGURADO** cumpla setenta (70) años de edad.
- e) Al vencimiento de la vigencia del certificado individual si éste no se renueva.
- f) En el seguro del cónyuge o cualquier **ASEGURADO** dependiente, al fallecimiento del **ASEGURADO** principal o cuando éste se retire del grupo.
- g) Cuando **LA ASEGURADORA** pague la Indemnización por el Anexo de Incapacidad Total y Permanente, cuando dicho anexo hubiere sido contratado.
- h) Cuando en el momento de la renovación, el grupo asegurado no se encuentre constituido por más de un **ASEGURADO**.

DÉCIMA QUINTA - COBERTURA ININTERRUMPIDA

Como un beneficio para el grupo asegurado, con el fin de conservar la antigüedad adquirida por **EL ASEGURADO** mediante la presente póliza de seguro, las partes acuerdan que una vez termine la primera vigencia, este seguro y los anexos contratados se renovarán automáticamente por periodos consecutivos de igual plazo, excepto cuando:



15.1. Opere alguna causal de terminación.

15.2. EL ASEGURADO o EL TOMADOR manifiesten su intención de dar por terminado el contrato de seguro, lo cual pueden realizar en cualquier momento, caso en el cual **LA ASEGURADORA** efectuará la devolución de la prima por el tiempo no corrido de la vigencia.

15.3. EL ASEGURADO o EL TOMADOR manifiesten a **LA ASEGURADORA**, con anterioridad a la fecha del vencimiento de la póliza, su voluntad de que esta no se renueve para una nueva vigencia.

En cada una de las renovaciones de la póliza, **LA ASEGURADORA** actualizará el valor asegurado y las primas de seguro, de acuerdo a lo señalado en la Condición Séptima y Octava, para lo cual remitirá al **ASEGURADO** el certificado de renovación que contenga la información correspondiente a las condiciones del seguro y al nuevo valor de prima para la anualidad.

DÉCIMA SEXTA - CONVERTIBILIDAD

Los Asegurados menores de setenta (70) años que se separen del grupo después de permanecer en él por lo menos durante un año continuo, siempre y cuando lo soliciten dentro del mes siguiente contado a partir de su retiro del Grupo, tendrán derecho a ser asegurados exclusivamente por el amparo básico de vida, sin requisitos médicos o de asegurabilidad, en cualquiera de los planes de seguro individual de los que emite **LA ASEGURADORA**, con excepción de los planes temporales o crecientes, pero sin beneficios ni amparos adicionales, y hasta por una suma igual a la que tenga bajo la Póliza de Grupo.

El seguro individual se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan y conforme a la tarifa aplicada a la edad alcanzada por el **ASEGURADO** a la fecha de la solicitud.

La convertibilidad no es aplicable a los Anexos de la presente póliza.

DÉCIMA SÉPTIMA - INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE EDAD

Si respecto a la edad informada por el **ASEGURADO** se comprobare inexactitud, se aplicarán las siguientes normas:

17.1. Si la edad real está fuera de los límites autorizados por la tarifa de **LA ASEGURADORA**, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el Artículo 1058 del Código de Comercio.

17.2. Si la edad real 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 ASEGURADORA**.

17.3. Si la edad real es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el numeral 17.2.



DÉCIMA OCTAVA - MODIFICACIONES

LA ASEGURADORA expedirá para cada **ASEGURADO** un certificado individual en aplicación a esta póliza. En caso de cambio de valor asegurado y/o modificación de amparos y anexos, previo al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad previstos para este contrato, y a la aprobación de **LA ASEGURADORA**, **EL ASEGURADO** deberá diligenciar una Solicitud de Modificación-Certificado, que actualiza, complementa y hace parte integral de la Solicitud-Certificado inicial.

DÉCIMA NOVENA - DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Los beneficiarios serán libremente designados por **EL ASEGURADO** quien los podrá cambiar en cualquier momento, mediante notificación escrita a **LA ASEGURADORA**.

Serán beneficiarios el cónyuge o compañero (a) permanente del **ASEGURADO** en la mitad del seguro, y sus herederos en la otra mitad, cuando:

- 19.1. EL ASEGURADO** fallezca sin que haya designado beneficiario.
- 19.2.** La designación de beneficiario sea ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa.
- 19.3.** Se ha designado genéricamente como beneficiarios a sus herederos.
- 19.4.** El beneficiario fallezca simultáneamente con **EL ASEGURADO** o se ignore cuál de los dos ha muerto primero.

VIGÉSIMA - RECLAMACIÓN

Para cualquier reclamación, bien sea para el amparo básico o cualquiera de los anexos, el beneficiario o **EL ASEGURADO**, según el caso, deberá remitir los documentos necesarios para acreditar la ocurrencia del siniestro.

EL ASEGURADO o el beneficiario, según el caso, quedará privado de todo derecho procedente de la presente póliza, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, si en apoyo de ella se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos.

LA ASEGURADORA se reserva el derecho de comprobar la veracidad y exactitud de las pruebas que para tal efecto se aporten.

EL TOMADOR, ASEGURADO o beneficiario, a petición de **LA ASEGURADORA**, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle la investigación del siniestro.

VIGÉSIMA PRIMERA - AVISO DE SINIESTRO

En caso de muerte de cualquiera de los **ASEGURADOS, EL TOMADOR** o el beneficiario deberá dar aviso a **LA ASEGURADORA** dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en el que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.



VIGÉSIMA SEGUNDA - PAGO DE SINIESTRO

LA ASEGURADORA pagará al **ASEGURADO** o a los beneficiarios, según el caso, la Indemnización a la que está obligada por la presente póliza y sus anexos, si los hubiere, dentro del mes siguiente a la fecha en la que se acredite la ocurrencia del siniestro.

En el caso de hijos asegurados, el pago de la indemnización se realizará a los padres en partes iguales, si este es menor de edad; en caso contrario, es decir, si el hijo es mayor de edad, el pago de la indemnización en caso de coberturas diferentes al fallecimiento, se realizará al hijo.

Es importante mencionar que de conformidad con el artículo 28 de la Ley 1943 de 2018 las indemnizaciones por seguros de vida que superen en el año doce mil quinientas (12.500) UVT (Unidad de Valor Tributario) estarán gravadas con el impuesto de ganancia ocasional, por lo anterior sugerimos tenerlo en cuenta al momento de cumplir con las obligaciones tributarias para el año gravable en el cual recibe el dinero de la indemnización.

VIGÉSIMA TERCERA - NOTIFICACIONES

Salvo el aviso de siniestro, que puede efectuarse por cualquier medio, toda comunicación a que haya lugar entre las partes respecto de la ejecución de las condiciones estipuladas en el presente contrato se hará por escrito. Será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío escrito por correo recomendado o certificado, dirigido a la última dirección conocida por las partes.

VIGÉSIMA CUARTA - DOMICILIO

El lugar de cumplimiento de las obligaciones emanadas del presente contrato es la ciudad de Bogotá, D.C., Colombia, que constituye el domicilio principal de **LA ASEGURADORA**.

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.
Firma representante Legal



ANEXO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN

01/04/2019-1407-A-34-GR-0000000000127-00DI

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S. A., que en el presente Anexo se llamará “**LA ASEGURADORA**”, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro presentada por **EL ASEGURADO**, y al pago de la prima respectiva, otorga el presente Anexo, el cual queda sujeto a las condiciones y exclusiones de la póliza a la cual accede, en adición a las siguientes:

PRIMERA - AMPARO

Si dentro de la vigencia del presente anexo y como consecuencia de un accidente que dentro de los noventa (90) días calendario siguientes a su ocurrencia produce una lesión que cause la muerte o desmembración del **ASEGURADO**, **LA ASEGURADORA** pagará, previa comprobación de la ocurrencia del accidente, como indemnización adicional al monto del valor asegurado del amparo básico de vida de la póliza, el valor pactado para este anexo.

SEGUNDA - EXCLUSIONES DEL ANEXO

Este anexo no cubre la muerte, lesión o pérdida que sea consecuencia de o respecto de:

- a) Homicidio o su tentativa.
- b) Muerte lesión o pérdida causada por arma de fuego, arma contundente o corto-punzante.
- c) Suicidio, tentativa de suicidio o lesión intencionalmente causada por **EL ASEGURADO** a sí mismo, ya sea en estado de cordura o demencia.
- d) Los accidentes causados por violación, por parte del **ASEGURADO**, de cualquier norma legal.
- e) Participación en competencias de velocidad.
- f) Accidentes que sufra **EL ASEGURADO** como consecuencia de cualquier clase de participación en aviación, salvo que viaje como pasajero de una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros.
- g) Accidentes en que el pasajero se encuentre viajando como conductor o pasajero de motocicletas, motonetas o carros a motor (karts).
- h) Intoxicaciones, oclusiones intestinales, rotura de aneurismas e infecciones bacterianas excepto la que se presente por lesión sufrida a consecuencia de un accidente cubierto por este anexo.
- i) Temblores de tierra, erupciones volcánicas, inundaciones, rayo, marejada, o cualquier otro fenómeno o convulsión de la naturaleza.
- j) Guerra civil o internacional, motines, huelgas, acciones de movimientos subversivos, actos terroristas o en general, conmociones de cualquier clase.
- k) Fisión nuclear y los efectos que produzca la contaminación radioactiva.
- l) Encontrarse **EL ASEGURADO** por cualquier causa bajo la influencia de bebidas embriagantes, de drogas tóxicas o heroicas o alucinógenas, siempre y cuando tal influencia tenga relación causal con el accidente.
- m) Ingestión de veneno o inhalación de gases o vapores en forma accidental o deliberada.
- n) Enfermedad mental o corporal o cualquier dolencia o tara distintas de las contraídas por lesión corporal accidental.
- o) Las infecciones producidas por picaduras de insectos, tales como malaria, tifo y fiebre amarilla.

- p) Los accidentes sufridos por **EL ASEGURADO** durante intervenciones quirúrgicas o como consecuencia de ellas o los causados por tratamientos médicos de rayos x y choques eléctricos salvo que obedezcan a la curación de lesiones producidas por un accidente amparado por el presente anexo.
- q) Personas que sean miembros de las fuerzas armadas.
- r) Procesos de extracción o de construcción efectuados bajo tierra o sobre/ bajo agua.
- s) Industrias químicas u otras industrias en donde se utilicen o fabriquen sustancias tóxicas o explosivas.
- t) Grupo de personas expuestas a acumulación de riesgos por aviación como personal de empresas de aeronavegación, así como la utilización de aeronaves propiedad de la empresa tomadora o al servicio de ésta. Y viajes aéreos colectivos en que participen varias personas integrantes del grupo asegurado.

TERCERA - DEFINICIONES

3.1. Accidente

Para los efectos del presente anexo, se entiende por accidente el hecho exterior, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del **ASEGURADO**, que produzca una lesión corporal que tenga como consecuencia directa e independiente de otra causa, cualquiera de las pérdidas enumeradas en la tabla de indemnizaciones y que se manifieste dentro de los noventa (90) días siguientes a su ocurrencia. No se consideran accidentes aquellos hechos enumerados en la condición segunda de este anexo, que hace referencia a las exclusiones.

CUARTA - SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL

Es el valor contratado para cada **ASEGURADO** del grupo individualmente considerado el cual se establece en la solicitud certificado correspondiente.

QUINTA - TABLA DE INDEMNIZACIONES

Una vez **EL ASEGURADO** haya acreditado la ocurrencia del siniestro en los términos del presente Anexo, **LA ASEGURADORA** pagará la Indemnización, de acuerdo con la siguiente Tabla de Indemnizaciones:

- Muerte accidental 100% del Valor Asegurado.
- Pérdida de ambas manos o ambos pies 100% del Valor Asegurado.
- Pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos 100% del Valor Asegurado.
- Pérdida de una mano o un pie y la visión en un ojo 100% del Valor Asegurado.
- Pérdida de una mano o un pie o la visión en un ojo 50% del Valor Asegurado.

Para efectos de la tabla anterior, se entenderá por pérdida lo siguiente:

- a) **Manos:** La amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radiocarpiana, es decir, a nivel de la muñeca.
- b) **Pies:** La amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana, es decir, a nivel del tobillo.
- c) **Ojos:** La pérdida total e irreparable de la visión.

En caso de reclamación por alguno de los eventos descritos en la tabla de Indemnizaciones se aplicarán las siguientes condiciones:

- a) Si un accidente produce la muerte accidental del **ASEGURADO** y al mismo tiempo una de las pérdidas contempladas en la Tabla de Indemnizaciones, **LA ASEGURADORA** solo indemnizará el valor asegurado por muerte accidental.
- b) Cualquier pago realizado por este anexo de desmembración se descontará del pago a que haya a lugar por el amparo de Muerte Accidental o por el anexo de Incapacidad Total y Permanente (si está contratado) como consecuencia del mismo accidente.

SEXTA - RECLAMACIONES

Para que **LA ASEGURADORA** pague la indemnización por el presente Anexo, **EL ASEGURADO** o beneficiario deberá acreditar la ocurrencia del siniestro. **LA ASEGURADORA** se reserva el derecho de comprobar la veracidad y exactitud de las pruebas que para tal efecto se aporten.

SÉPTIMA - INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTE

EL TOMADOR, ASEGURADO o beneficiario se comprometen a dar aviso a **LA ASEGURADORA** de todo accidente de cualquiera de los asegurados que pudiere dar lugar a la reclamación bajo el presente Anexo, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

OCTAVA - EXÁMENES MÉDICOS

LA ASEGURADORA podrá efectuar al **ASEGURADO** todas las valoraciones médicas y exámenes diagnósticos que consideren necesarios mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente anexo.

NOVENA - CONVERTIBILIDAD

El derecho de convertibilidad previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.

DÉCIMA - REVOCACIÓN

Este anexo podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes:

- 10.1.** Por **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO** en cualquier momento, mediante aviso escrito a **LA ASEGURADORA**.
- 10.2.** Por **LA ASEGURADORA**, en cualquier momento mediante aviso escrito al **TOMADOR-ASEGURADO**, enviado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 1071 del Código de Comercio.

En cualquiera de los dos eventos de revocación, **LA ASEGURADORA** procederá a la devolución de la prima pagada y no devengada. Así mismo, cualquier prima pagada por un período posterior a la revocación será reembolsada.

Si después de revocado el anexo **LA ASEGURADORA** recibe una o más primas por este anexo ello no implica que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes, ni anula tal revocación.

NOVENA - TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL DEL ANEXO

El presente anexo se dará por terminado por las siguientes causas:

- 9.1.** Al vencimiento de la anualidad más próxima en que **EL ASEGURADO** cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.
- 9.2.** El pago al **ASEGURADO** de la indemnización del valor asegurado en este anexo.
- 9.3.** El pago al **ASEGURADO** de la Indemnización del valor asegurado del anexo de Incapacidad Total y Permanente si fuera contratado, y
- 9.4.** Por cualquier causa de terminación del seguro principal.

En todo lo no previsto en las anteriores condiciones, se aplicarán al presente Anexo las estipulaciones contenidas en las Condiciones Generales de la póliza.



COMPañÍA DE SEGUROS BOLÍVAR
Firma Representante Legal



ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

01/04/2019-1407-A-34-GR-000000000128-00DI

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S. A., que en el presente Anexo se llamará **LA ASEGURADORA**, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro presentada por **EL ASEGURADO**, y al pago de la prima respectiva, otorga el presente Anexo, el cual queda sujeto a las condiciones y exclusiones de la póliza a la cual accede, en adición a las siguientes:

PRIMERA - DEFINICIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

Para todos los efectos de este anexo se entiende por Incapacidad Total y Permanente la condición de salud del **ASEGURADO** que por cualquier causa no provocada intencionalmente y que no sea una enfermedad o trauma preexistente a la fecha de su inclusión en la póliza, le produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona realizar cualquier labor remunerativa relacionada con su ocupación habitual u otra cualquiera compatible con su educación, formación o experiencia, siempre que dicha incapacidad haya existido por un período continuo no menor de ciento veinte (120) días y no haya sido provocada por el **ASEGURADO**.

También se considerará como Incapacidad Total y Permanente, entre otras, la pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos, la amputación de ambas manos o de ambos pies, o de toda una mano y de todo un pie, eventos en los cuales, para que opere el amparo, no se requerirá que transcurra el período continuo de ciento veinte (120) días de incapacidad.

Si **EL ASEGURADO** cuenta con la calificación de pérdida del 50% o más de su capacidad laboral, realizada por la EPS, la ARL y/o entidades autorizadas para tal fin, ésta será válida, atendiendo a lo establecido en el Decreto 1507 de 2014 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

Para que haya derecho a la indemnización, este anexo debe estar vigente a la fecha de estructuración de la invalidez que constituye la fecha de ocurrencia del siniestro.

La fecha de ocurrencia del siniestro será la fecha de estructuración de invalidez determinada exclusivamente por algunas de las entidades competentes señaladas en la Condición Quinta del presente anexo, a través del dictamen de pérdida de capacidad laboral que debe ser emitido atendiendo únicamente los parámetros establecidos en el manual único para la calificación de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (Decreto 1507 de 2014) o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

SEGUNDA - EXCLUSIONES

Para todos los efectos, este Anexo no cubre la Incapacidad Total y Permanente generada por trastornos o enfermedad psiquiátrica o del comportamiento.

TERCERA - SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL

Es el valor contratado para cada **ASEGURADO** del grupo individualmente considerado para cada uno de los integrantes del grupo, el cual se establece en el certificado individual correspondiente.



Adicionalmente, por la Incapacidad Total y Permanente del **ASEGURADO** principal o del cónyuge o del hijo **ASEGURADO**, si este amparo ha sido contratado expresamente, se otorga un Bono Canasta por el valor registrado en el Certificado Individual de Seguro al momento del siniestro, como suma única junto con el pago de la indemnización, si hubiere lugar a ella. En consecuencia, en caso de que no exista derecho al pago del amparo de Incapacidad Total y Permanente tampoco habrá lugar al pago del Bono Canasta.

CUARTA - PÉRDIDA

Para efectos del presente anexo, se entenderá por pérdida lo siguiente:

- a) **Manos:** La amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radiocarpiana, es decir, a nivel de la muñeca.
- b) **Pies:** La amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana, es decir, a nivel del tobillo.
- c) **Ojos:** La pérdida total e irreparable de la visión.

QUINTA - RECLAMACIONES

El pago de la indemnización a que hubiere lugar se hará al **ASEGURADO**.

En el evento de que el **ASEGURADO** no pueda efectuar el cobro de la indemnización en razón de su estado de salud certificado por el médico tratante y con las pruebas adicionales exigidas y aceptadas por la **ASEGURADORA**, el pago se hará a quién acredite ser el curador de **EL ASEGURADO**.

En el caso de hijos asegurados, serán beneficiarios los padres en partes iguales, si este es menor de edad; en caso contrario, es decir, si el hijo es mayor de edad, el pago de la indemnización se realizará al hijo.

Para que **LA ASEGURADORA** pague la indemnización correspondiente a una Incapacidad total y permanente, **EL ASEGURADO** o Beneficiario(s) deberá(n) presentar pruebas fehacientes que determinen la existencia de tal incapacidad de acuerdo con los términos de este Anexo.

Cuando **EL ASEGURADO** aporte el dictamen de pérdida de capacidad laboral, de acuerdo con lo establecido en el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional (Decreto 1507 de 2014) o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, **LA ASEGURADORA** aceptará las calificaciones de pérdida de capacidad laboral emitidas exclusivamente por cualquiera de las siguientes entidades:

- Administradoras de riesgos laborales (ARL).
- Administradoras de fondos de pensiones (AFP).
- Otras aseguradoras de vida que asuman el riesgo de invalidez y muerte.
- Entidades promotoras de salud (EPS).
- Colpensiones.
- Juntas regionales y nacional de calificación de invalidez.

LA ASEGURADORA se reserva el derecho de comprobar la veracidad y la exactitud de las pruebas aportadas por **EL ASEGURADO** para el pago de la indemnización y de solicitar la información adicional que se considere necesaria.



EL ASEGURADO autoriza a **LA ASEGURADORA** para solicitar el concepto de los médicos tratantes o de los profesionales o instituciones que posean información acerca de su salud, así como a obtener su historia clínica y demás documentos que demuestran el grado de compromiso físico y funcional aún después de su fallecimiento. Así mismo debe suministrar la información que solicite **LA ASEGURADORA** para efectos de acreditar la ocurrencia del siniestro, sin perjuicio de la libertar probatoria que les asiste.

LA ASEGURADORA podrá efectuar al **ASEGURADO** todas las valoraciones médicas y exámenes diagnósticos que consideren necesarios mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente anexo.

EL ASEGURADO a petición de **LA ASEGURADORA** deberá hacer todo lo que este a su alcance para permitir la investigación del siniestro.

EL ASEGURADO quedará privado de todo derecho procedente de este seguro, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta o si en apoyo de ella se hacen o utilizan declaraciones falsas o se emplean otros medios o documentos engañosos o dolosos.

Parágrafo:

- a) La indemnización por incapacidad total y permanente es excluyente de la indemnización por el amparo básico de Vida, razón por la cual, una vez pagada la Indemnización por dicha incapacidad, se terminará el contrato de seguro.
- b) Cualquier pago realizado por este anexo se descontará del pago a que haya a lugar por el anexo de Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración (si está contratado) como consecuencia del mismo accidente.

SEXTA - CONVERTIBILIDAD

El derecho de convertibilidad previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.

SÉPTIMA - REVOCACIÓN

Este anexo podrá ser revocado:

7.1. Cuando **EL TOMADOR** y/o el **ASEGURADO**, en cualquier momento, expresamente lo manifiesten por escrito a **LA ASEGURADORA**.

7.2. Por **LA ASEGURADORA**, mediante aviso escrito al **TOMADOR**, enviado a su última dirección conocida, con no menos de Diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 1071 del Código de Comercio.

LA ASEGURADORA devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de la revocación.



Si después de revocado el anexo **LA ASEGURADORA** recibe una o más primas por este anexo, ello no implica que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes, ni anula tal revocación; en todo caso cualquier prima recibida por un período será reembolsada.

OCTAVA - TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL DEL ANEXO

El presente anexo se dará por terminado por las siguientes causas:

- 8.1.** Al vencimiento de la anualidad más próxima en que **EL ASEGURADO** cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.
- 8.2.** El pago al **ASEGURADO** de la indemnización del valor asegurado en este anexo que genera además la terminación del anexo, de la póliza y de los demás anexos, y
- 8.3.** Por cualquier causa de terminación del seguro principal.

En este Anexo, se aplicaran al mismo las estipulaciones contenidas en las Condiciones Generales de la póliza.


COMPañÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.
Firma Representante Legal



ANEXO DE RENTA DIARIA

01/04/2019-1407-A-34-GR-0000000000130-00DI-00DI

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S. A., que en el presente Anexo se llamará “**LA ASEGURADORA**”, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro presentada por **EL ASEGURADO**, y al pago de la prima respectiva, otorga el presente Anexo, el cual queda sujeto a las condiciones y exclusiones de la póliza a la cual accede, en adición a las siguientes:

PRIMERA.- AMPAROS.

1.1. Renta diaria por hospitalización.

Si a consecuencia de un accidente o una enfermedad, ocurrido en el territorio colombiano, no preexistente en el momento de la expedición de este anexo, **EL ASEGURADO** es hospitalizado, **LA ASEGURADORA**, pagará el valor asegurado establecido en Certificado Individual, de la siguiente forma:

- 1.1.1.** Se pagará a partir del segundo día corriente de hospitalización y hasta el día treinta (30), con un máximo de treinta (30) días al año, siempre y cuando el contrato de seguro se encuentre vigente.
- 1.1.2.** El número de días de cobertura se irá disminuyendo de acuerdo con los pagos de las indemnizaciones y se restablecerá únicamente en cada renovación de Anexo.
- 1.1.3.** No es objeto de cobertura la hospitalización domiciliaria.

Este amparo otorga cobertura cuando, el accidente ocurrido dentro del territorio colombiano y/o el diagnóstico de la enfermedad, ocurren dentro de la vigencia de este Anexo.

1.2. Renta diaria por incapacidad post hospitalaria

Si al momento de la salida de la hospitalización, al asegurado le es ordenado un período de incapacidad adicional que le dé continuidad a la hospitalización y/o sea consecuencia directa de la misma, se le reconocerá el valor asegurado establecido en el Certificado Individual, por cada día de incapacidad que le sea ordenado por la institución de salud, sin sobrepasar un máximo de seis (6) días por evento y por anualidad.

La suma asegurada se restablecerá en cada renovación del Anexo, bajo las mismas condiciones de la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización.

SEGUNDA.- EXCLUSIONES

Este Anexo no cubre la Renta Diaria por Hospitalización o por Incapacidad Post Hospitalaria ocasionada como consecuencia de:

- a)** Cualquier tratamiento de carácter estético o cirugía plástica o reconstructiva, siempre y cuando no sea consecuencia de un accidente objeto de cobertura de la póliza y sus anexos.
- b)** Tratamientos de infertilidad, fecundación in vitro, fertilización, pruebas genéticas, planificación familiar,



- anticoncepción, impotencia, frigidez, tratamientos por mal funcionamiento sexual, cambio de sexo parcial o total y tratamientos de esterilización o su reversión.
- c) Tratamientos hospitalarios derivados o que se relacionen de forma directa o indirecta con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y que no se haya desarrollado sida.
 - d) Enfermedades congénitas o padecidas antes del ingreso a la póliza, por tratarse de hechos ciertos que son inasegurables.
 - e) Secuelas (enfermedades o lesiones) de accidentes ocurridos antes del inicio de vigencia de la póliza, por tratarse de hechos ciertos que son inasegurables.
 - f) Actos de guerra interior o exterior, revolución, rebelión, sedición, asonada o actos violentos motivados por conmoción social o por aplicación de la ley marcial, prestación del servicio militar, naval, aéreo o de policía.
 - g) Eventos ocurridos como consecuencia de fisión o fusión nuclear, radiactividad o el uso de armas atómicas, bacteriológicas o químicas.
 - h) Encontrarse EL ASEGURADO por cualquier causa bajo la influencia de bebidas embriagantes, de drogas tóxicas o heróicas o alucinógenas, siempre y cuando tal influencia tenga relación causal con el accidente.
 - i) Hospitalización o tratamiento médico o quirúrgico como consecuencia de catástrofes naturales tales como tifón, huracán, ciclón, erupción volcánica, terremoto, fuego subterráneo o inundación.
 - j) Tratamientos médicos por problemas de drogadicción, alcoholismo, trastornos o alteraciones psicológicas o psiquiátricas.
 - k) Hospitalización por tratamientos odontológicos.
 - l) Tratamientos para adelgazar.
 - m) Accidentes o enfermedades preexistentes al inicio de vigencia del Anexo.
 - n) Cualquier hospitalización que tenga origen o sea consecuencia de la participación del ASEGURADO en una actividad delictiva.
 - o) Hospitalización domiciliaria en el caso del amparo de la Renta Diaria por Hospitalización.

TERCERA.- PERIODOS DE CARENCIA.

LA ASEGURADORA reconocerá la Renta Diaria por la Hospitalización o la Incapacidad Post Hospitalaria derivada de las enfermedades citadas a continuación, siempre y cuando no sean preexistentes y se haya cumplido el período de carencia de doce (12) meses, el cual comienza a contarse desde el primer día de inclusión del **ASEGURADO** en este Anexo:

- a) Enfermedad coronaria.
- b) Cálculos biliares (en la vesícula).
- c) Cálculos urinarios o renales.
- d) Cistocele o Rectocele.
- e) Hernias de cualquier tipo.
- f) Miomatosis uterina (miomas).
- g) Várices.
- h) SIDA.



CUARTA - DEFINICIONES.

Para efectos de este Anexo se entiende por:

4.1. Accidente

El hecho exterior, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del **ASEGURADO**, que produzca una lesión corporal.

4.2. Asegurado

Persona natural titular del interés asegurable objeto de cobertura en el presente anexo.

4.3. Asegurado principal

Es la persona natural que hace parte del grupo asegurable y que tiene con el **TOMADOR** un vínculo distinto al de la contratación del seguro.

4.4. Enfermedad

Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, que se manifiesta por síntomas y signos característicos y cuya evolución es más o menos previsible.

4.5. Hospitalización

Es el ingreso del **ASEGURADO** a una institución hospitalaria legalmente establecida, para recibir tratamiento médico o quirúrgico con una duración mínima de veinticuatro (24) horas continuas.

4.6. Indemnización

Es la suma que, limitada al valor asegurado, está obligada a pagar la **ASEGURADORA**, de acuerdo con las estipulaciones del presente anexo y del contrato de seguro.

QUINTA - SUMA ASEGURADA

Es el valor contratado para cada **ASEGURADO** del grupo individualmente considerado, el cual se establece en el Certificado Individual de Seguro correspondiente, para cada uno de los amparos cubiertos por este Anexo.

SEXTA - RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

En caso de que la póliza y/o este Anexo no sea renovado, y el **ASEGURADO** se encuentre hospitalizado por un evento médico amparado por este seguro, **LA ASEGURADORA** sólo será responsable de cubrir la Renta Diaria por Hospitalización generada por la hospitalización en curso y hasta la fecha de terminación de la póliza de seguro o el presente Anexo. Por lo tanto, las Rentas diarias por hospitalización que se causen con



posterioridad a la fecha de terminación, no estarán cubiertas aunque se deriven de una enfermedad diagnosticada o de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro.

SÉPTIMA - RECLAMACIONES

Para el pago de la indemnización, el **ASEGURADO** deberá presentar la reclamación con los documentos que acrediten la ocurrencia del siniestro.

LA ASEGURADORA podrá efectuar al **ASEGURADO** todas las valoraciones médicas y exámenes diagnósticos que consideren necesarios mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente anexo.

El **ASEGURADO** autoriza a **LA ASEGURADORA** a solicitar el concepto de los médicos tratantes o de los profesionales o instituciones que posean información acerca de la salud de las personas amparadas, así como a obtener la historia clínica y demás documentos médicos de éstas y se obliga a suministrar toda la información que solicite **LA ASEGURADORA** relacionada con la reclamación.

El **ASEGURADO** quedará privado de todo derecho cuando la reclamación presentada sea de cualquier manera fraudulenta o si en apoyo de ella, se hacen o utilizan declaraciones falsas o se emplean otros medios o documentos engañosos o dolosos.

OCTAVA - CONVERTIBILIDAD

El derecho de convertibilidad previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.

NOVENA - REVOCACIÓN

Este Anexo podrá ser revocado:

9.1. Por decisión unilateral de **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO**, mediante comunicación escrita dirigida a **LA ASEGURADORA**.

9.2. Por decisión unilateral de **LA ASEGURADORA**, mediante aviso escrito al **TOMADOR** y/o **ASEGURADO**, enviado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío.

LA ASEGURADORA devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de la revocación.

Si después de revocado el anexo **LA ASEGURADORA** recibe una o más primas por este anexo ello no implicará que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes, ni anula tal revocación; en todo caso cualquier prima recibida por un período posterior será reembolsada.



DÉCIMA - TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL

Este Anexo terminará por las siguientes causas:

- 10.1.** Al vencimiento de la anualidad más próxima en que **EL ASEGURADO** cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.
- 10.2.** Por cualquier causal de terminación del seguro al cual accede este Anexo
- 10.3.** Por revocación del Anexo, de conformidad con la Cláusula Novena del presente Anexo.

Si después de terminado el Anexo **LA ASEGURADORA** recibe una o más primas por este anexo ello no implicará que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes, ni anula tal terminación; en todo caso cualquier prima recibida por un período posterior será reembolsada.

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.
Firma Representante Legal

Página en blanco



ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES COMO ANTICIPO DEL 50 % DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO BÁSICO DE VIDA

01/04/2019-1407- A-34-GR-000000000129-00DI

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S. A., que en el presente Anexo se llamará “**LA ASEGURADORA**”, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro presentada por **EL ASEGURADO**, y al pago de la prima respectiva, otorga el presente Anexo, el cual queda sujeto a las condiciones y exclusiones de la póliza a la cual accede, en adición a las siguientes:

PRIMERA - AMPAROS

LA ASEGURADORA, pagará el valor asegurado cuando **EL ASEGURADO** acredite el diagnóstico médico de cualquiera de las siguientes enfermedades:

- 1.1. Infarto de miocardio.
- 1.2. Cáncer, incluida Leucemia.
- 1.3. Accidente cerebro vascular.
- 1.4. Insuficiencia renal crónica.
- 1.5. Cirugía de revascularización miocárdica.
- 1.6. Trasplante de órganos vitales.
- 1.7. Cirugía de la Aorta.
- 1.8. Reemplazo de la válvula del corazón.
- 1.9. Esclerosis múltiple.
- 1.10. Anemia Aplástica.
- 1.11. Quemaduras graves (Gran Quemado).
- 1.12. Parálisis.
- 1.13. Parkinson.

Los diagnósticos de las enfermedades, el trasplante o la cirugía, deberán tener lugar después de transcurridos los tres (3) primeros meses de iniciación de la vigencia para cada asegurado. La supervivencia una vez presentado el evento deberá ser mayor a treinta (30) días.

EL ASEGURADO tendrá derecho hasta el porcentaje máximo del valor asegurado establecido en la presente póliza, así se le diagnostique más de una de las enfermedades cubiertas por este anexo.



SEGUNDA - EXCLUSIONES

LA ASEGURADORA no será responsable de los eventos producidos en forma directa o indirecta, total o parcialmente por:

1. Enfermedad derivada o relacionada con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
2. Cualquier tumor pre-maligno, cualquier cáncer no invasivo (cáncer in situ), tumores malignos de la piel (excepto melanomas malignos), cualquier tumor maligno en presencia de cualquier virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
3. Cáncer de seno, matriz o próstata.
4. Alteración congénita.
5. Angioplastia y/o cualquier otra intervención intra-arterial en ausencia de infarto agudo de miocardio, así como el tratamiento láser, operación por tumoración intracardiaca.
6. Tentativa de suicidio o Lesiones causadas intencionalmente por EL ASEGURADO a sí mismo, ya sea en estado de cordura o demencia, sea consciente o inconsciente, voluntario o involuntario.
7. Enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas o preexistentes al ingreso del ASEGURADO a la póliza.
8. Enfermedades graves causada directa o indirectamente por adicción al alcohol o a las drogas.
9. Riñas o alborotos populares en los que hubiere intervenido EL ASEGURADO.
10. Se excluye el infarto de miocardio sin elevación del segmento ST con solamente elevación de troponina I ó T, otros síndromes coronarios agudos (por ejemplo angina de pecho estable o inestable), el infarto de miocardio silente.
11. Se excluyen el infarto de tejido cerebral o hemorragia intracraneal producto de traumatismo externo. Se excluye el accidente isquémico transitorio (AIT). Los síntomas neurológicos secundarios a migraña. Los infartos lacunares sin déficit neurológico.
12. Se excluyen las diálisis temporales y los cuadros de insuficiencia renal no terminal que no requieran diálisis regular permanente.
13. Se excluye la reparación de aneurismas de aorta mediante endoprótesis.
14. Se excluye la reparación de válvulas cardíacas, la (s) valvulotomía y/o valvuloplástia, lesiones de válvulas con diagnóstico previo a la vigencia del anexo.
15. Parálisis debida a síndrome de Guillain-Barré

TERCERA - DEFINICIONES

Para todos los efectos de este anexo se entiende por:

3.1. Infarto de miocardio

La muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de una irrigación sanguínea deficiente a la zona respectiva. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista y cumplir todos los siguientes criterios:

- a) Historial de dolores típicos del Tórax.
- b) Nuevos cambios característicos de infarto en el ECG.
- c) Elevación de las enzimas específicas de infarto, troponinas u otros marcadores bioquímicos.



3.2. Cáncer

La presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y la multiplicación incontrolada de células malignas y la invasión de tejidos. Esta definición incluye también leucemia en sus diversos tipos y enfermedades malignas del sistema linfático, como por ejemplo la enfermedad de Hodgkin (Linfogranuloma).

3.3. Accidente cerebrovascular

Cualquier evento cerebrovascular isquémico o hemorrágico provocado por infarto del tejido cerebral, hemorragia de un vaso intracraneano o por embolización de fuente extracraneal, que produzca un déficit neurológico por un tiempo mayor de 24 horas y que persista no menos de 3 meses independiente del proceso de rehabilitación. El diagnóstico debe estar confirmado por nuevos cambios en la Tomografía Axial Computarizada o la Resonancia Magnética Nuclear. Se debe presentar documentación médica que demuestre la existencia de deficiencia neurológica durante al menos tres (3) meses contados a partir del diagnóstico.

3.4. Insuficiencia renal crónica

Estado de falla renal terminal debido a disfunción crónica e irreversible de ambos riñones y que requiera efectuar regularmente diálisis (hemodiálisis o diálisis peritoneal) o un trasplante renal. El diagnóstico y el requerimiento de diálisis regular deberán estar certificados por un informe nefrológico.

3.5. Cirugía de revascularización miocárdica.

La intervención quirúrgica para corregir el estrechamiento o bloqueo de dos o más arterias coronarias mediante injertos arteriales o venosos tipo bypass o puentes coronarios realizados por técnica de tórax. El diagnóstico de la oclusión coronaria debe ser efectuado por angiografía coronaria y la indicación quirúrgica debe estar dada por un cardiólogo según los resultados de la angiografía coronaria. El resultado de la angiografía coronaria, así como el informe médico deberán estar a disposición de **LA ASEGURADORA.**

3.6. Trasplante de órganos vitales

Haber requerido un trasplante de corazón, pulmones, hígado, páncreas, riñón, médula ósea, en calidad de receptor del trasplante. La información y la historia médica deberán estar a disposición de **LA ASEGURADORA.**

3.7. Cirugía de la aorta

La realización actual de cirugía por una enfermedad crónica de la aorta que haya requerido la extirpación y reemplazo quirúrgico de la aorta enferma por una prótesis. A efectos de esta definición se entiende por aorta la aorta torácica y abdominal pero no sus ramas. La realización de la cirugía aórtica debe ser confirmada por especialista.



3.8. Reemplazo de válvula del corazón

Reemplazo quirúrgico de una o más válvulas cardíacas por válvulas artificiales, mecánicas o biológicas. Esto incluye el reemplazo de válvulas aórtica, mitral, tricúspide y pulmonar por válvulas artificiales, debido a una estenosis o insuficiencia o a la combinación de ambos factores. La realización de la cirugía de reemplazo valvular debe ser confirmada por un especialista.

3.9. Esclerosis múltiple

Diagnóstico inequívoco de Esclerosis Múltiple establecido por un neurólogo. Este diagnóstico debe ser confirmado por síntomas clínicos típicos de desmielinización, y la afección de funciones motoras y sensoriales y por hallazgos típicos en la resonancia magnética.

Para demostrar el diagnóstico, **EL ASEGURADO** debe ya sea presentar anomalías neurológicas persistentes por un período mínimo de seis (6) meses o haber presentado al menos dos episodios clínicamente documentados con al menos un mes de separación entre ambos o haber presentado un episodio clínicamente documentado acompañado de hallazgos característicos en el fluido cerebroespinal, como así también de lesiones cerebrales específicas detectadas por resonancia Magnética.

3.10. Anemia aplásica

Diagnóstico inequívoco de falla de la médula ósea confirmado por especialista y evidenciado por los resultados de biopsia de médula ósea. La enfermedad debe ocasionar anemia, neutropenia y trombocitopenia, que requieran al menos uno de los siguientes tratamientos:

- a) Transfusión de productos de sangre.
- b) Estimulantes de la médula ósea.
- c) Agentes inmunosupresores.
- d) Trasplante de médula ósea.

3.11. Quemaduras Graves (Gran Quemado)

Quemaduras de tercer grado que cubriendo al menos un 20 % del área de superficie del cuerpo de los Asegurados. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por los resultados de la carta de Lund Browder o un calculador equivalente de áreas corporales quemadas.

3.12. Parálisis

Pérdida total e irreversible del uso de dos o más extremidades por parálisis secundaria a enfermedad o accidente de la médula espinal. Estas condiciones deben ser documentadas médicamente por al menos 3 meses después de su diagnóstico.



3.13. Parkinson

Enfermedad de Parkinson primaria o idiopática donde se incapacite de manera permanente para realizar de forma independiente tres o más actividades de la vida diaria.

Actividades de la vida diaria: realización de las siguientes actividades cotidianas por sí mismo, sin necesitar ayuda: bañarse, vestirse y desvestirse, mantener la higiene personal, desplazarse, subir y bajar escaleras, controlar los esfínteres, alimentarse y levantarse. Estas condiciones deben perdurar por lo menos durante tres meses y estar médicamente documentadas.

Esta cobertura está sujeta a que la enfermedad sea diagnosticada a través de los medios idóneos y por lo menos tres meses después de haberse contratado esta cobertura.

CUARTA - SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL

La suma que **LA ASEGURADORA** será hasta del 50 % del valor asegurado correspondiente al amparo básico de vida alcanzado en el momento de la ocurrencia del siniestro.

Parágrafo: La indemnización por enfermedad grave es excluyente con el pago del Anexo de Incapacidad Total y Permanente, si hubiere sido contratado, y no es acumulable a la indemnización por el Amparo Básico de Vida; por lo tanto, una vez pagada la indemnización del presente Anexo, dicha suma será deducida del valor a indemnizar por el Amparo Básico de Vida o del Anexo de Incapacidad Total y Permanente, en el caso de haber sido contratado y se disminuirán las primas a pagar.

QUINTA - RECLAMACIONES

El pago de la indemnización a que hubiere lugar se hará al **ASEGURADO**.

En el evento en que **EL ASEGURADO** no pueda efectuar el cobro de la indemnización en razón de su estado de salud, certificado por el médico tratante y con las pruebas adicionales exigidas y aceptadas por **LA ASEGURADORA**, el pago se hará a quién acredite ser el curador del **ASEGURADO**.

En el caso de hijos asegurados, serán beneficiarios los padres en partes iguales, si este es menor de edad; en caso contrario, es decir, si el hijo es mayor de edad, el pago de la indemnización se realizará al hijo.

SEXTA - EXÁMENES MÉDICOS

LA ASEGURADORA podrá efectuar al **ASEGURADO** todas las valoraciones médicas y exámenes diagnósticos que considere necesarios mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente anexo.

SÉPTIMA - CONVERTIBILIDAD

El derecho de convertibilidad previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.



OCTAVA - REVOCACIÓN

Este anexo podrá ser revocado:

8.1. Cuando **EL TOMADOR** y/o **EL ASEGURADO** expresamente lo manifiesten por escrito.

8.2. Por **LA ASEGURADORA**, mediante aviso escrito al **TOMADOR** y/o **ASEGURADO**, enviado a su última dirección conocida, con no menos de Díez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío.

LA ASEGURADORA devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de la revocación.

Si después de revocado el anexo **LA ASEGURADORA** recibe una o más primas por este anexo ello no implica que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes, ni anula tal revocación; en todo caso cualquier prima recibida por un período será reembolsada.

NOVENA - TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL

El presente Anexo se dará por terminado por las siguientes causas:

9.1. Al vencimiento de la anualidad más próxima en que **EL ASEGURADO** cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.

9.2. El pago al **ASEGURADO** de la indemnización del valor asegurado en este Anexo.

9.3. El pago al **ASEGURADO** de la Indemnización del valor asegurado del Anexo de Incapacidad Total y permanente si fuera contratado.

9.4. Por cualquier causal de terminación del seguro al cual accede este Anexo

9.5. Por revocación del anexo, de conformidad con la Cláusula Octava

Si después de terminado el anexo **LA ASEGURADORA** recibe una o más primas por este anexo, ello no implicará que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes, ni anula tal terminación; en todo caso cualquier prima recibida por un período posterior será reembolsada.

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.
Firma Representante Legal